

EVALUATION OF NURSING PAIN MANAGEMENT QUALITY INDEX ON POST-OPERATIVE PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL AND DIGESTIVE SURGERY, HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Do Thi Thu Hien¹, Nguyen Thi Hue¹, Trung Thi Thanh¹

¹Hai Duong Medical Technical University - No. 1 Vu Huu Street, Le Thanh Nghi Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 21/11/2025

Revised: 21/12/2025; Accepted: 23/03/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality indicators of postoperative pain management among surgical patients at the Department of Gastrointestinal and General Surgery, Hai Duong Provincial General Hospital in 2024.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 295 postoperative patients at the Department of Gastrointestinal and General Surgery, Hai Duong Provincial General Hospital from February to October 2024. The study used the Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management Questionnaire (SCQIPP), which consists of 14 items, to assess the quality indicators of postoperative pain management performed by nurses. The SCQIPP responses were dichotomized into two groups, “agree” and “disagree,” based on a five-point Likert scale. Descriptive statistics were used to analyze the quality indicators of postoperative pain management.

Results: Patients aged ≥ 60 years accounted for 39.3% of the study population. Nearly 50% of participants reported that nurses did not routinely assess pain at least three times per day. In addition, 58.6% of patients indicated that they were not given the opportunity to participate in choosing pain relief methods, and 53.2% reported that they did not receive assistance from nurses in positioning to relieve pain.

Conclusion: Patients showed positive evaluations regarding nursing interventions for pain relief and the ward environment. However, the proportion of patients agreeing with several indicators related to postoperative pain management remained relatively low. Further training is needed to improve nurses' knowledge and competencies in postoperative pain management.

Keywords: Pain management, gastrointestinal surgery, nursing, Vietnam.

*Corresponding author

Email: dothuhien@hmtu.edu.vn **Phone:** (+84) 986965918 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4604**



ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG QUẢN LÝ ĐAU CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HOÁ- TỔNG HỢP, BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Đỗ Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Huế¹, Trung Thị Thanh¹

¹ Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương - Số 1 Vũ Hựu, phường Lê Thanh Nghị, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 21/12/2025; Ngày duyệt đăng: 23/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau trên người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hoá- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 295 người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hoá- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 2 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management Questionnaire (SCQIPP) gồm 14 mục để đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật của Điều dưỡng. Kết quả SCQIPP được chia thành hai nhóm là “đồng ý” và “không đồng ý” theo thang đo Likert 5 điểm. Nghiên cứu sử dụng thống kê mô tả để đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật.

Kết quả: Độ tuổi người bệnh ≥ 60 chiếm 39,3%. Gần 50% người bệnh tham gia nghiên cứu phản ánh điều dưỡng không thường xuyên đánh giá đau ít nhất 3 lần/ngày. Có tới 58,6% người bệnh cho rằng điều dưỡng chưa tạo điều kiện để người bệnh lựa chọn phương pháp giảm đau và 53,2% người bệnh không nhận được sự giúp đỡ của điều dưỡng về tư thế giúp giảm đau.

Kết luận: Người bệnh có đánh giá tích cực về hoạt động can thiệp giảm đau của điều dưỡng và môi trường phòng bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh đồng ý với các chỉ báo liên quan đến quản lý đau sau phẫu thuật còn chưa cao. Cần tăng cường tập huấn để nâng cao kiến thức về quản lý đau sau phẫu thuật cho điều dưỡng.

Từ khóa: Quản lý đau, phẫu thuật tiêu hóa, điều dưỡng, Việt Nam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một trong những vấn đề thách thức chính đối với người bệnh sau phẫu thuật [1]. Mỗi năm, trên thế giới ước tính có khoảng 312,9 triệu ca phẫu thuật [2]. Theo báo cáo của viện y tế quốc gia Hoa Kỳ, 80% người bệnh bị đau sau phẫu thuật, trong đó chưa đến 50% người bệnh được giảm đau đầy đủ [3]. Tình trạng đau nếu không được quản lý hiệu quả sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề cho người bệnh như tăng huyết áp và nhịp tim, tăng tiêu thụ oxy, giảm nhu động ruột, tác động tiêu cực đến chức năng hô hấp, vận động kém và nghiêm trọng hơn là đau cấp tính có thể chuyển thành mạn tính. Từ đó làm ảnh hưởng nhiều đến quá trình phục hồi và tâm lý của người bệnh [4, 5]. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Hiệp hội nghiên cứu đau quốc tế (IASP) đề xuất đau là dấu hiệu sinh tồn thứ năm sau mạch, huyết áp, nhịp thở và nhiệt độ [3].

Tại Việt Nam, việc điều trị đau được xem là một trong những mục tiêu cơ bản của chăm sóc y tế hiện nay [6]. Quản lý đau sau phẫu thuật nhằm mục đích giảm sự khó chịu của người bệnh, tạo điều kiện cho người bệnh vận động sớm và phục hồi chức năng, đồng thời ngăn ngừa cơn đau cấp tính chuyển

thành cơn đau mạn tính. Chính vì vậy, quản lý đau hiệu quả là một nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng để đảm bảo chất lượng chăm sóc người bệnh [7]. Một số nghiên cứu về lĩnh vực quản lý đau của điều dưỡng chỉ ra rằng công tác quản lý đau càng tốt thì sự hài lòng của người bệnh càng cao.

Tại Hải Dương chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về vấn đề quản lý đau của Điều dưỡng, chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “**Đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau của Điều dưỡng trên người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu Hoá- Tổng Hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2024**” với mục tiêu: Đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau trên người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hoá- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Tiêu hoá- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 2 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024.

*Tác giả liên hệ

Email: dothuhien@hmtu.edu.vn Điện thoại: (+84) 986965918 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4604](https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4604)

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh ở khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: + Người bệnh tuổi ≥ 18 sau phẫu thuật ngày thứ 3 (khi người bệnh đỡ đau và có thể trả lời chính xác bộ câu hỏi)

+ Người bệnh có khả năng giao tiếp, đọc và hiểu biết tiếng Việt.

+ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán rối loạn tâm thần bởi bác sĩ. Người bệnh sau phẫu thuật hôn mê hoặc mê sảng. Người bệnh đa chấn thương.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu: 295 người bệnh. Lấy toàn bộ người bệnh sau phẫu thuật đang điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số/ chỉ số nghiên cứu:

Biến đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Biến chỉ số chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng

2.6. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ thu thập: Bộ câu hỏi gồm có 2 phần. Phần 1: Câu hỏi đặc điểm của đối tượng nghiên cứu bao gồm: thông tin về tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử và đặc điểm phẫu thuật, tư vấn và giáo dục sức khỏe. Phần 2: Đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật của Điều dưỡng có tên quốc tế Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management Questionnaire (SCQIPP) [8]. Bộ công cụ SCQIPP được sử dụng để đánh giá mức độ đồng thuận của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc sau phẫu thuật. Công cụ này gồm 14 mục bao gồm ba miền chính: quản lý đau, can thiệp điều dưỡng và môi trường chăm sóc.

Độ tin cậy và tính giá trị bộ công cụ đánh giá chỉ số chất lượng quản lý đau

Kiểm tra tính giá trị về nội dung: 13/14 câu hỏi SCQIPP có trị số giá trị nội dung với từng câu là I-CVI dao động từ 0,98-1; 1câu có sự đồng thuận trung bình (I-CVI =0,57). Giá trị nội dung của bộ câu hỏi SCQIPP có giá trị S-CVI/ Ave=0,98; tính giá trị nội dung của cả thang đo đạt giá trị rất cao [9]

Kiểm tra độ tin cậy về tính đồng nhất nội tại của thang đo (Internal consistency): hệ số Cronbach’s Alpha có giá trị 0.78 > 0.7 [10]

Cách tính và cho điểm bộ câu hỏi: Các mục trong bộ công cụ SCQIPP được đánh giá theo thang đo Likert 5 điểm, từ 1 (rất không đồng ý) đến 5 (rất đồng ý). Tổng điểm của thang đo dao động từ 14 đến 70 điểm, trong đó điểm càng cao cho thấy chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng càng tốt [11]. Tuy nhiên, trong quá trình phân tích, các câu trả lời được nhị phân hóa thành hai nhóm “đồng ý” và “không đồng ý” nhằm thuận lợi cho việc diễn giải kết quả. Trong đó, các mức “đồng ý” và “rất đồng ý” được xếp vào nhóm “đồng ý”, còn các mức “rất không đồng ý”, “không

đồng ý” và “trung lập” được xếp vào nhóm “không đồng ý”. Việc nhị phân hóa thang Likert được sử dụng nhằm phân biệt giữa những người bệnh thể hiện sự đồng ý rõ ràng với các chỉ báo chất lượng và những người không bày tỏ sự đồng ý [11].

Phương pháp thu thập: Nghiên cứu viên gặp gỡ người bệnh vào thời gian thuận tiện sau khi NB đã làm xong các thủ thuật, thông báo, giải thích cho người bệnh về mục đích và nội dung nghiên cứu. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu trả lời vào bộ câu hỏi tự điền đã thiết kế sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống kê mô tả bao gồm tần suất, tỷ lệ phần trăm để đánh giá đặc điểm của ĐTNC và chỉ số chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. Đối tượng nghiên cứu tham gia dựa trên tinh thần tự nguyện. Thông tin người bệnh được bảo đảm bí mật, số liệu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC (n = 295)

Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18-39	78	26,5
	40-59	101	34,2
	≥ 60	116	39,3
Giới tính	Nam	143	48,2
	Nữ	152	51,8
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông hoặc thấp hơn	226	76,6
	Đại học, cao đẳng, trung cấp	63	21,4
	Sau đại học	6	2,0
Nghề nghiệp	Nông dân	94	31,9
	Công nhân	52	17,6
	Công chức/ viên chức	42	14,2
	Học sinh/ sinh viên	12	4,1
	Kinh doanh, buôn bán/ dịch vụ/thợ thủ công	73	24,7
	Khác (thất nghiệp, về hưu, già...)	22	7,5
BMI (kg/m ²)	< 18,5 (thiếu cân)	27	9,1
	18,5 - 22,9 (bình thường)	202	68,5
	23 - 24,9 (thừa cân)	40	13,6
	25 - 29,9 (béo phì độ I)	26	8,8
	≥ 30 (béo phì độ II)	0	0

Nhận xét: Tổng số 295 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đã tham gia nghiên cứu. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,3%), tiếp theo là nhóm 40–59 tuổi (34,2%) và nhóm 18–39 tuổi (26,5%). Tỷ lệ nữ giới (51,8%) cao hơn nam giới (48,2%). Về trình độ học vấn, 76,6% người bệnh có trình độ trung học phổ thông hoặc thấp hơn, trong khi 2,0% có trình độ sau đại học. Người bệnh thuộc nhiều nhóm nghề nghiệp khác nhau, trong đó nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (31,9%). Về chỉ số khối cơ thể (BMI), 68,5% người bệnh có BMI trong giới hạn bình thường, 22,4% thuộc nhóm thừa cân/béo phì độ I và 9,1% thiếu cân.

3.1.2. Đặc điểm phẫu thuật của ĐTNC

Bảng 3.2: Tiền sử phẫu thuật của ĐTNC (n = 295)

Đặc điểm tiền sử phẫu thuật của ĐTNC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử đau mạn tính trước phẫu thuật	Có	117 (39,7)
	Không	178 (60,3)
Tiền sử sử dụng các loại thuốc giảm đau trước phẫu thuật	Có	73 (24,7)
	Không	222 (75,3)
Tiền sử sử dụng thuốc lá, thuốc lào trước phẫu thuật	Có	50 (16,9)
	Không	245 (83,1)
Tiền sử sử dụng các chất gây nghiện như ma túy hoặc các chất tương tự	Có	7 (2,4)
	Không	288 (97,6)

Nhận xét: 60,3% người bệnh không có tiền sử đau mạn tính trước phẫu thuật, trong khi 39,7% người bệnh có tiền sử đau mạn tính. Ngoài ra, 75,3% người bệnh không sử dụng các loại thuốc giảm đau trước phẫu thuật, trong khi 24,7% có sử dụng. Về thói quen trước phẫu thuật, 16,9% người bệnh có tiền sử sử dụng thuốc lá, thuốc lào, và 2,4% người bệnh có tiền sử sử dụng các chất gây nghiện.

Bảng 3.3: Đặc điểm phẫu thuật của ĐTNC (n = 295)

Đặc điểm phẫu thuật của ĐTNC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình hình phẫu thuật thủ thuật	Cấp cứu	291 (98,6)
	Theo kế hoạch	4 (1,4)
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật mở	72 (24,4)
	Phẫu thuật nội soi	223 (75,6)
Phương pháp vô cảm	Gây tê	28 (9,5)
	Gây mê	267 (90,5)
Thời gian phẫu thuật	1-2 giờ	292 (99)
	3-4 giờ	3 (1)
	> 5 giờ	0 (0)

Nhận xét: 98,6% người bệnh được phẫu thuật trong tình trạng cấp cứu, trong khi chỉ 1,4% được phẫu thuật theo kế hoạch. Về phương pháp phẫu thuật, phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ cao hơn (75,6%) so với phẫu thuật mở (24,4%). Đa số người bệnh được gây mê khi phẫu thuật (90,5%), trong khi gây tê chiếm 9,5%. Về thời gian phẫu thuật, phần lớn các ca phẫu thuật kéo dài từ 1–2 giờ (99%).

Bảng 3.4: Tư vấn giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật (n = 295)

Tư vấn giáo dục sức khỏe	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tư vấn giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật về phương pháp đánh giá đau sau phẫu thuật	Có	146 (49,5)
	Không	149 (50,5)

Tư vấn giáo dục sức khỏe	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tư vấn giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật về phương pháp giảm đau sau phẫu thuật	Có	228 (77,3)
	Không	67 (22,7)

Nhận xét: 77,3% người bệnh cho biết đã được tư vấn giáo dục sức khỏe trước phẫu thuật về phương pháp giảm đau sau phẫu thuật, trong khi 49,5% người bệnh được tư vấn về phương pháp đánh giá đau sau phẫu thuật.

3.2. Chỉ số đánh giá chất lượng quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng

3.2.1. Đánh giá chỉ số hoạt động can thiệp của điều dưỡng khi quản lý đau sau phẫu thuật

Bảng 3.5: Chỉ số hoạt động can thiệp của điều dưỡng khi quản lý đau sau phẫu thuật

Nội dung	Đồng ý (n) %	Không đồng ý (n) %
Điều dưỡng đã hỏi tôi về cảm giác đau mỗi khi tôi hít thở sâu, khi ngồi dậy hoặc khi di chuyển xung quanh.	186 (63,0%)	109 (37%)
Các điều dưỡng đã giúp tôi giảm đau cho đến khi tôi cảm thấy hài lòng.	274 (92,9%)	21 (7,1%)
Khi tôi phản ánh đau và có nhu cầu giảm đau thì các điều dưỡng nhanh chóng đáp ứng các phương pháp giảm đau cho tôi.	257 (87,1%)	38 (12,9%)
Khi các điều dưỡng nhận trực, họ đều nắm rõ tình trạng đau của tôi và các phương pháp giảm đau mà tôi đã được thực hiện.	280 (94,9%)	15 (5,1%)
Điều dưỡng và bác sĩ cùng phối hợp điều trị đau cho tôi.	282 (95,6%)	13 (4,4%)
Các điều dưỡng thể hiện có chuyên môn giúp tôi giảm đau.	285 (96,6%)	10 (3,4%)
Các điều dưỡng lắng nghe tôi khi tôi nói với họ về tình trạng đau của tôi.	277 (93,9%)	18 (6,1%)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đồng ý với các chỉ báo về hoạt động can thiệp của điều dưỡng trong quản lý đau sau phẫu thuật khá cao, dao động từ 87,1% đến 96,6% ở hầu hết các nội dung. Tỷ lệ đồng ý cao nhất là nội dung “Các điều dưỡng thể hiện có chuyên môn giúp tôi giảm đau” với 96,6%, tiếp theo là “Điều dưỡng và bác sĩ cùng phối hợp điều trị đau cho tôi” (95,6%) và “Khi các điều dưỡng nhận trực, họ đều nắm rõ tình trạng đau của tôi và các phương pháp giảm đau đã thực hiện” (94,9%). Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh đồng ý với nội dung “Điều dưỡng đã hỏi tôi về cảm giác đau mỗi khi tôi hít thở sâu, khi ngồi dậy hoặc khi di chuyển” thấp hơn so với các nội dung khác (63,0%).

3.2.2. Đánh giá chỉ số quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng

Bảng 3.6: Chỉ số quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng

Nội dung	Đồng ý (n) %	Không đồng ý (n) %
Trước khi phẫu thuật, tôi đã được tư vấn về các phương pháp giảm đau mà tôi sẽ được thực hiện sau phẫu thuật.	189 (64%)	106 (36%)

Nội dung	Đồng ý (n) %	Không đồng ý (n) %
Sau phẫu thuật, tôi đã được tạo cơ hội để bày tỏ mong muốn thực hiện phương pháp giảm đau cho mình.	122 (41,4%)	173 (58,6%)
Điều dưỡng đã hỗ trợ/ trợ giúp tôi tư thế thoải mái để giúp tôi giảm đau.	138 (46,8%)	167 (53,2%)
Để xác định mức độ đau, điều dưỡng đã yêu cầu tôi tự đánh giá mức độ đau của mình qua thang điểm từ 0-10 ít nhất ba lần/ngày vào sáng, chiều, tối.	151 (51,2%)	144 (48,8%)
Tôi vẫn được kê thuốc giảm đau ngay cả khi tôi không yêu cầu.	246 (83,4%)	49 (16,6%)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đồng ý với các chỉ báo liên quan đến quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng có sự khác nhau giữa các nội dung. Tỷ lệ người bệnh đồng ý cao nhất là nội dung “Tôi vẫn được kê thuốc giảm đau ngay cả khi tôi không yêu cầu” với 83,4%. Tuy nhiên, tỷ lệ đồng ý ở một số nội dung khác còn thấp hơn, như 51,2% người bệnh cho biết điều dưỡng yêu cầu họ tự đánh giá mức độ đau ít nhất 3 lần/ngày. Ngoài ra, 41,4% người bệnh cho biết họ được tạo cơ hội bày tỏ mong muốn về phương pháp giảm đau và 46,8% người bệnh cho biết điều dưỡng hỗ trợ tư thế thoải mái để giảm đau.

3.2.3. Đánh giá chỉ số môi trường

Bảng 3.7: Chỉ số chất lượng quản lý đau của Điều dưỡng về môi trường

Nội dung	Đồng ý (n) %	Không đồng ý (n) %
Tôi được sắp xếp phòng yên tĩnh để tôi có thể ngủ được.	253 (85,8%)	42 (14,2%)
Phòng bệnh của tôi rất dễ chịu và thoải mái.	243 (82,4%)	52 (17,6%)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh đồng ý với các chỉ báo về môi trường phòng bệnh đều trên 80%, cụ thể 85,8% người bệnh cho biết họ được sắp xếp phòng yên tĩnh để ngủ và 82,4% nhận thấy phòng bệnh dễ chịu, thoải mái.

4. BÀN LUẬN

Công tác quản lý đau là một trong những vai trò quan trọng của điều dưỡng Ngoại khoa. Đối với những người bệnh không được kiểm soát tốt về cơn đau có thể khiến cho tình trạng đau tăng lên và làm cho người bệnh mệt mỏi hơn. Chính vì vậy, việc đánh giá cơn đau và quản lý đau sau phẫu thuật là rất quan trọng. Nghiên cứu được thực hiện trên 295 người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương, kết quả cho thấy tỉ lệ người bệnh hài lòng về công tác quản lý đau của điều dưỡng khá cao, trong đó người bệnh đánh giá cao về chỉ số hoạt động can thiệp của điều dưỡng khi quản lý đau và chỉ số chất lượng quản lý đau về môi trường. Các hoạt động can thiệp của điều dưỡng khi quản lý đau sau phẫu thuật được người bệnh đánh giá cao. Điều này đã cho thấy người bệnh hài lòng với các can thiệp mà họ nhận được từ điều dưỡng. Kết quả này tương đồng với tác giả Asna, có tới 96,6% người bệnh đánh giá

hài lòng về chuyên môn của các điều dưỡng giúp người bệnh giảm sự đau đớn liên quan đến phẫu thuật [12]. Hiện nay, tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp, điều dưỡng có trình độ Đại học chiếm phần lớn (62,5%), đặc biệt có 3,3% điều dưỡng trình độ sau Đại học. Bên cạnh đó, có tới 95,6% người bệnh cũng đánh giá cao việc điều dưỡng và bác sĩ cùng nhau phối hợp điều trị giúp cơn đau của người bệnh được giảm nhẹ và 94,9% người bệnh hài lòng với điều dưỡng khi họ đến nhận trực đều biết rõ tình trạng đau và phương pháp giảm đau mà người bệnh nhận được. Trong suốt thời gian người bệnh nằm viện, điều dưỡng là người có thời gian tiếp xúc, gần gũi với người bệnh nhiều nhất nên họ thấu hiểu về cơn đau mà người bệnh đã và đang trải qua. Bởi vậy, bằng sự đồng cảm cũng như chuyên môn có được để giúp người bệnh giảm bớt những đau đớn hiện tại. Mặc dù vậy, cũng có 37% người bệnh phản ánh rằng điều dưỡng chưa thực sự quan tâm đến vấn đề đau mỗi khi người bệnh hít thở sâu, khi ngồi dậy hoặc khi di chuyển. Điều này có thể do các điều dưỡng tại địa điểm nghiên cứu có khối lượng công việc nhiều kèm theo phải đảm nhiệm chăm sóc nhiều người bệnh nên họ chưa thực sự dành nhiều thời gian hỏi han, động viên người bệnh.

Về khía cạnh quản lý đau sau phẫu thuật của điều dưỡng được người bệnh đánh giá ở mức độ khá. Trong đó, gần 50% người bệnh tham gia nghiên cứu phản ánh điều dưỡng không thường xuyên đánh giá đau ít nhất 3 lần/ngày. Có tới 58,6% người bệnh cho rằng điều dưỡng chưa tạo điều kiện để người bệnh lựa chọn phương pháp giảm đau và 53,2% người bệnh không nhận được sự giúp đỡ của các điều dưỡng về tư thế giúp giảm đau. Tác giả Katarzyna cũng cho kết quả tương tự [13]. Công việc của các điều dưỡng viên tại khoa ngoại chịu khá nhiều áp lực, bao gồm khối lượng công việc nhiều, yêu cầu chuyên môn, mối quan hệ với người bệnh và người nhà, cũng như môi trường làm việc... Họ thường phải làm việc trong môi trường có nhiều ca phẫu thuật diễn ra hàng ngày. Sau mỗi ca mổ, họ phải chăm sóc hậu phẫu, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, thay băng vết thương và thực hiện các nhiệm vụ khác để đảm bảo người bệnh sớm hồi phục. Những công việc này phải thực hiện chính xác và liên tục, không có nhiều thời gian nghỉ ngơi. Chính vì vậy họ không có nhiều thời gian để hỏi thăm cũng như lắng nghe những tâm tư, nguyện vọng hay những mong muốn của người bệnh. Bên cạnh đó, có nhiều người bệnh đánh giá cao việc bác sĩ, điều dưỡng đã nắm bắt được tình trạng đau và kê thuốc giúp người bệnh giảm đau kịp thời (83,4%). Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Laika, Asna [8], [12]. Người bệnh đánh giá cao nội dung này bởi trước khi phẫu thuật, bác sĩ thường tiến hành đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát của người bệnh, bao gồm loại phẫu thuật sẽ tiến hành và các yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến đau sau phẫu thuật. Điều này giúp họ lên kế hoạch giảm đau phù hợp ngay từ đầu. Ngoài ra, điều dưỡng và bác sĩ trong lúc thăm khám người bệnh đã nhận định và phát hiện tình trạng đau hiện tại của người bệnh. Mặt khác, các bác sĩ và điều dưỡng được đào tạo chuyên môn để nhận biết các dấu hiệu đau sau phẫu thuật qua cử động cơ thể, biểu hiện trên khuôn mặt, cử chỉ hoặc ngôn ngữ cơ thể của người bệnh nên những dấu hiệu của cơn đau được phát hiện kịp thời.

Phòng bệnh không chỉ là nơi người bệnh nghỉ ngơi mà còn là môi trường chăm sóc toàn diện, giúp người bệnh được theo dõi kỹ lưỡng, chăm sóc vết thương và phục hồi cả về thể chất lẫn tinh thần. Một phòng bệnh sạch sẽ, an toàn và được điều dưỡng viên tận tâm chăm sóc sẽ góp phần quan trọng trong việc đảm bảo quá trình hồi phục sau phẫu thuật một cách tốt nhất. Kết quả nghiên cứu cho thấy trên 80% người bệnh đánh giá cao về khía cạnh quản lý môi trường. Các tác giả Laika và Asna cũng đồng quan điểm [8], [12]. Phòng bệnh tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp đều được trang bị hệ thống điều hòa không khí, giúp điều chỉnh nhiệt độ phù hợp, tạo môi trường thoải mái cho người bệnh. Nhiệt độ phù hợp giúp người bệnh dễ chịu, tránh tình trạng quá nóng hoặc quá lạnh làm ảnh hưởng đến sức khỏe. Tại mỗi phòng bệnh được thiết kế có cửa sổ để lấy ánh sáng và không khí tự nhiên giúp người bệnh dễ chịu và thư giãn. Hầu hết các phòng bệnh đều có khu vực vệ sinh khép kín và được lau rửa ít nhất 2 lần/ngày. Giường bệnh được làm bằng chất liệu inox an toàn và chắc chắn, mỗi giường có đệm và ga giường được thay hàng ngày. Tuy nhiên, do bệnh viện được đưa vào hoạt động từ năm 2009 nên có một số hạng mục có dấu hiệu xuống cấp như tại một số vị trí tường bị ẩm mốc, thiết bị vệ sinh trong phòng vệ sinh cũng có dấu hiệu hư hỏng... Thực tế, khi thực hiện phỏng vấn phần lớn người bệnh đánh giá về môi trường mức độ “tốt” bởi người bệnh đã hiểu và thông cảm với những khó khăn mà bệnh viện gặp phải, đặc biệt là trong bối cảnh ngân sách hạn chế và việc phát triển cơ sở hạ tầng còn chậm. Ngoài ra, tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa- Tổng hợp với lưu lượng người bệnh đông nhưng hầu hết người bệnh không phải nằm ghép giường. Điều này cũng khiến người bệnh được hài lòng và thoải mái hơn, vì có không gian riêng tư, giấc ngủ ngon hơn, ít phải chịu đựng tiếng ồn và áp lực từ môi trường xung quanh. Từ đó góp phần làm giảm nguy cơ lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh đồng ý với các chỉ báo về hoạt động can thiệp của điều dưỡng trong quản lý đau và môi trường phòng bệnh ở mức cao, cho thấy người bệnh có đánh giá tích cực đối với các khía cạnh này của chăm sóc. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh đồng ý với một số chỉ báo liên quan đến quản lý đau sau phẫu thuật còn chưa cao, gợi ý rằng đây có thể là lĩnh vực cần được quan tâm cải thiện. Cần tăng cường tập huấn để nâng cao kiến thức về quản lý đau sau phẫu thuật cho điều dưỡng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Gilron, I., et al., Current methods and challenges for acute pain clinical trials. *Pain reports*, 2019. 4(3): p. e647. doi: 10.1097/PR9.0000000000000647

[2] Weiser, T.G., et al., Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ*, 2016. 94(3): p. 201-209f. doi: 10.2471/BLT.15.159293

[3] Rawal, N., Current issues in postoperative pain management. *European Journal of Anaesthesiology*

EJA, 2016. 33(3): p. 160-171. doi: 10.1097/EJA.0000000000000366

[4] Gan, T.J., Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research*, 2017: p. 2287-2298. doi: 10.2147/JPR.S144066

[5] Chou, R., et al., Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *The journal of pain*, 2016. 17(2): p. 131-157. doi: 10.1016/j.jpain.2015.12.008

[6] Bộ Y tế, Thông tư hướng dẫn công tác gây mê- hồi sức. Thông tư số 12/2012/TT- BYT, ban hành ngày 20 tháng 8 năm 2012, 2012.

[7] Dechasa, A., et al., Post-operative pain management practice and associated factors among nurses working at public hospitals, in Oromia region, Ethiopia. *medRxiv*, 2022: p. 2022.04. 14.22273889. doi: 10.1101/2022.04.14.22273889

[8] Köse Tamer, L. and G. Sucu Dağ, The assessment of pain and the quality of postoperative pain management in surgical patients. *Sage Open*, 2020. 10(2): p. 2158244020924377. doi:10.1177/2158244020924377

[9] Beck CT, P.D., Owen SV Is the CVI an acceptable indicator of content validity Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health* 2007. 30(4): p. 459-67. doi: 10.1002/nur.20199

[10] Taber, K., The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 2018. 48: p. 1-24. doi: 10.1007/s11165-016-9602-2

[11] Idvall, E., E. Hamrin, and M. Unosson, Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. *Journal of advanced nursing*, 2002. 37(6): p. 532-540. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02126.x

[12] Asna Zehra Naqvi, Umair Hassan, Wasif Raza, et al. Assessing the characteristics of postoperative pain and its quality of management among patients underwent surgery: A cross-sectional study from North Wales, UK. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2023;15(8):502-509.

[13] Juszczak, K., K. Jaracz, and I. Kuberka, Subjective assessment of the quality of nursing care in terms of postoperative pain in patients undergoing surgical intervention. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*, 2016. 10(4): p. 127-130.