

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF AN EDUCATIONAL INTERVENTION ON IMPROVING KNOWLEDGE OF MOTOR REHABILITATION AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS AFTER HOSPITAL DISCHARGE AT THE CENTER FOR REHABILITATION IN BACH MAI HOSPITAL

Le Thu Tra*, Nguyen Thi Hoai Thu

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 23/12/2025

Revised: 23/02/2026; Accepted: 21/04/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an educational intervention in improving knowledge of motor rehabilitation among primary caregivers of stroke patients.

Subjects and methods: A one-group pretest-posttest intervention study (without control) was conducted in 2025. A total of 103 primary caregivers of stroke inpatients undergoing rehabilitation were recruited. Caregiver knowledge was assessed before and after the intervention using a 20-item questionnaire covering four content domains.

Results: The caregivers' mean knowledge score increased from 9.1 ± 3.8 at baseline to 17.3 ± 2.0 post-intervention ($p < 0.001$). Knowledge scores across all four content domains improved significantly. Factors associated with greater knowledge gains included caregiver gender, educational level, source of information, and age. After the intervention, 88.3% of caregivers achieved a satisfactory knowledge level.

Conclusion: The healthcare provider-led educational intervention significantly improved the motor rehabilitation knowledge of primary caregivers. This improvement is expected to enhance the effectiveness of post-stroke home care by addressing caregivers' knowledge gaps.

Keywords: Stroke, primary caregivers, motor rehabilitation, educational intervention, knowledge improvement, post-discharge care.

*Corresponding author

Email: Lethutra2903@gmail.com **Phone:** (+84) 363561688 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i4.4903



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP THAY ĐỔI KIẾN THỨC VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO SAU XUẤT VIỆN TẠI TRUNG TÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thu Trà*, Nguyễn Thị Hoài Thu

Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 23/02/2026; Ngày duyệt đăng: 21/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục nhằm cải thiện kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính bệnh nhân đột quy não.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp trước - sau trên một nhóm duy nhất (không có nhóm chứng) được tiến hành trong năm 2025. Tổng cộng 103 người chăm sóc chính cho bệnh nhân đột quy nội trú đang điều trị phục hồi chức năng đã được tuyển chọn. Kiến thức của người chăm sóc được đánh giá trước và sau can thiệp bằng một bảng câu hỏi gồm 20 mục thuộc 4 nhóm nội dung.

Kết quả: Điểm kiến thức trung bình của người chăm sóc chính tăng từ $9,1 \pm 3,8$ lên $17,3 \pm 2,0$ sau can thiệp ($p < 0,001$). Điểm trung bình của cả 4 nhóm nội dung kiến thức đều tăng có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố liên quan đến mức độ cải thiện kiến thức gồm giới tính, trình độ học vấn, nguồn thông tin và tuổi của người chăm sóc. Sau can thiệp, 88,3% người chăm sóc đạt mức kiến thức chuẩn theo tiêu chí đề ra.

Kết luận: Chương trình giáo dục do nhân viên y tế triển khai đã cải thiện đáng kể kiến thức về phục hồi chức năng vận động của người chăm sóc chính. Điều này góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc bệnh nhân đột quy tại nhà, đồng thời lấp đầy khoảng trống kiến thức cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Đột quy não, người chăm sóc chính, phục hồi chức năng vận động, can thiệp giáo dục, kiến thức chăm sóc, chăm sóc sau xuất viện.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não bao gồm chảy máu não và nhồi máu não, trong đó nhồi máu não chiếm tỷ trọng lớn, từ 80-87% các trường hợp [1]. Đây là tình trạng bệnh thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt ở những người có bệnh nền và mạn tính như đái tháo đường, tim mạch, huyết áp, hay rối loạn mỡ máu [2]. Ở các nước phát triển, đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, đồng thời là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư [3]. Khả năng hồi phục sau đột quy não cũng rất khác nhau: trong tổng số 50 triệu người sống sót sau đột quy, chỉ có 14% hồi phục hoàn toàn, trong khi 25-74% cần hỗ trợ hoặc sinh hoạt phụ thuộc trong các hoạt động thường ngày [4]. Hậu quả là tỷ lệ tàn tật hàng năm rất cao, trong khi đây cũng không còn là bệnh thường gặp ở người cao tuổi khi 2/3 số bệnh nhân đột quy có tuổi dưới 70 [5]. Tỷ lệ đột quy não được dự báo sẽ tăng lên nhanh chóng và đạt 1,2 triệu người mắc mới mỗi năm vào năm 2025. Tại Việt Nam, hiện nay mức sống được cải thiện, tuổi thọ tăng nhưng lối sống sinh hoạt không lành mạnh dẫn đến nguy cơ nhồi máu não gia tăng.

Bên cạnh việc hoàn thiện quy trình chẩn đoán và điều trị nhồi máu não nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong và tàn phế, giảm

gánh nặng cho gia đình và xã hội, việc đẩy mạnh công tác dự phòng, nâng cao hiểu biết của người dân cũng trở nên cấp thiết hơn bao giờ hết [6]. Mức độ di chứng phụ thuộc rất nhiều vào thời điểm và cách thức người bệnh được phát hiện, chẩn đoán và can thiệp. Tuy vậy, hết các nghiên cứu đều cho thấy kiến thức về đột quy của người dân còn rất nhiều hạn chế. Các di chứng chính của người bệnh đột quy thường là về vận động [7]. Khiếm khuyết này khiến họ bị phụ thuộc vào người khác trong các sinh hoạt hàng ngày. Vì vậy, người chăm sóc chính cho người bệnh cần có kiến thức để đạt được hiệu quả cao trong chăm sóc và hồi phục, giúp họ phòng tránh các thương tật thứ cấp.

Với mong muốn trang bị kiến thức và kỹ năng cần thiết cho người chăm sóc chính người bệnh đột quy trong thời gian người bệnh nằm viện để những người này có thể tiếp tục duy trì việc phục hồi chức năng cho người bệnh sau khi ra viện, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quy não sau xuất viện tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai.

*Tác giả liên hệ

Email: Lethutra2903@gmail.com Điện thoại: (+84) 363561688 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4903

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người chăm sóc chính của người bệnh đột quy (là người thường xuyên và dành nhiều thời gian nhất cho chăm sóc người bệnh hàng ngày như: vệ sinh cá nhân, tắm rửa, cho ăn, di chuyển, vận động trong giai đoạn tại bệnh viện cũng như khi người bệnh ra viện về gia đình); có khả năng tiếp thu, thực hiện các hoạt động can thiệp của nghiên cứu; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người chăm sóc chính người bệnh đột quy đã tham một chương trình giáo dục sức khỏe tương tự hoặc không tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 10 năm 2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: can thiệp, so sánh trước - sau, không có nhóm chứng.

- **Phương pháp chọn mẫu nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, đối tượng đích là người chăm sóc chính bệnh nhân đột quy não đang điều trị nội trú tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn chọn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn được 103 người chăm sóc chính thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia.

2.4. Công cụ sử dụng trong nghiên cứu

Đánh giá đặc điểm chung, bộ công cụ với các câu hỏi đánh giá kiến thức.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được phân tích xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông báo rõ mục đích nghiên cứu với bệnh nhân và người nhà. Kết quả phục vụ cho mục đích nghiên cứu, tất cả thông tin cung cấp được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 103)

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		48,7 ± 9,5	
Giới	Nam	28	27,2
	Nữ	75	72,8
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông	28	27,2
	≥ Trung học phổ thông	75	72,8
Nguồn thông tin về phục hồi chức năng	Nhân viên y tế	53	51,5
	Internet, sách báo	31	30,1
	Người quen, kinh nghiệm	19	18,4

103 đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 48,7 với 28 đối tượng là nam giới chiếm 27,2%, 75 đối tượng là nữ giới chiếm 72,8%. 27,2% đối tượng có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, 72,8% có trình độ từ trung học phổ thông trở lên. 53 người chăm sóc nhận thông tin về phục hồi chức năng từ nhân viên y tế tương ứng 51,5%; 31 người nhận thông tin từ internet, sách báo tương ứng 30,1%; 19 người nhận thông tin từ người quen và kinh nghiệm (18,4%).

3.2. Đánh giá kiến thức về phục hồi chức năng vận động của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp

Bảng 2. Điểm kiến thức trung bình của người chăm sóc chính trước và sau can thiệp (n = 103)

Nhóm kiến thức	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Mục đích, thời điểm phục hồi chức năng vận động (5 câu)	2,7 ± 1,2	4,6 ± 0,5	< 0,001
Kỹ thuật đặt tư thế đúng và thay đổi tư thế (5 câu)	2,4 ± 1,4	4,4 ± 0,7	< 0,001
Kỹ thuật tập vận động thụ động và chủ động (5 câu)	2,1 ± 1,1	4,2 ± 0,8	< 0,001
Dấu hiệu cần ngừng tập và cách xử trí (5 câu)	1,9 ± 1,0	4,1 ± 0,6	< 0,001
Tổng điểm kiến thức (20 câu)	9,1 ± 3,8	17,3 ± 2,0	< 0,001

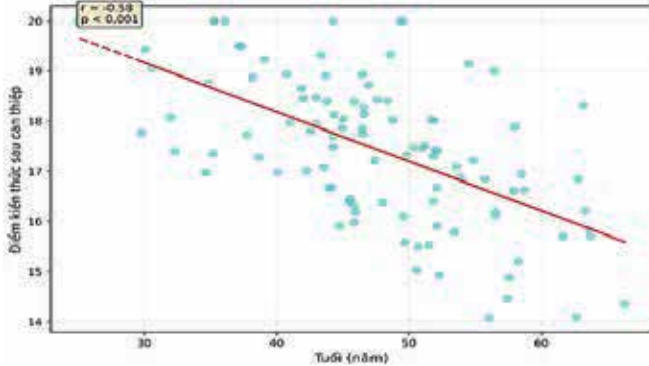
Điểm kiến thức trung bình chung và ở tất cả các nhóm nội dung của người chăm sóc chính sau can thiệp đều tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi kiến thức của người chăm sóc chính sau can thiệp

Bảng 3. Tương quan giữa các yếu tố định tính và kiến thức sau can thiệp

Yếu tố liên quan		Kiến thức chưa đạt	Kiến thức đạt	OR	KTC 95%	p
Giới	Nam (n = 28)	6 (21,4%)	22 (78,6)	3,14	1,02-9,65	< 0,05
	Nữ (n = 75)	6 (8,0%)	69 (92,0%)			
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông (n = 28)	7 (25,0%)	21 (75,0%)	4,67	1,42-15,36	< 0,01
	≥ Trung học phổ thông (n = 75)	5 (6,7%)	70 (93,3%)			
Nguồn thông tin	Nhân viên y tế (n = 53)	2 (3,8%)	51 (96,2%)	6,38	1,35-30,12	< 0,05
	Khác (n = 50)	10 (20,0%)	40 (80,0%)			

Người chăm sóc chính là nam có nguy cơ kiến thức chưa đạt cao hơn 3,14 lần so với nữ giới ($p < 0,05$). Người chăm sóc có trình độ dưới trung học phổ thông có nguy cơ kiến thức chưa đạt cao hơn 4,67 lần so với nhóm có trình độ từ trung học phổ thông trở lên ($p < 0,01$). Người chăm sóc nhận thông tin từ các nguồn khác (không phải nhân viên y tế) có nguy cơ kiến thức chưa đạt cao hơn 6,38 lần so với nhóm được nhân viên y tế tư vấn ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Tương quan giữa tuổi và kiến thức sau can thiệp

Kết quả cho thấy có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa tuổi và điểm kiến thức sau can thiệp ($r = -0,47$), tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đánh giá kết quả can thiệp thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho 103 người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não sau xuất viện tại Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai, có độ tuổi trung bình là 48,7 với 28 đối tượng là nam giới chiếm 27,2%, 75 đối tượng là nữ giới chiếm 72,8%. 27,2% đối tượng có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, 72,8% có trình độ từ trung học phổ thông trở lên. 53 người chăm sóc nhận thông tin về phục hồi chức năng từ nhân viên y tế tương ứng 51,5%; 31 người nhận thông tin từ internet, sách báo tương ứng 30,1%; 19 người nhận thông tin từ người quen, kinh nghiệm chiếm 18,4%.

Trước can thiệp, điểm kiến thức trung bình chung của người chăm sóc chỉ là 9,1 trên tổng số 20 điểm, tương ứng với tỷ lệ trả lời đúng là 45,5%. Điều đáng báo động hơn là khi phân tích sâu vào từng nhóm nội dung, các lĩnh vực đòi hỏi kỹ năng thực hành và xử trí tình huống như “kỹ thuật tập vận động” (điểm trung bình 2,1/5) và “dấu hiệu an toàn và cách xử trí” (điểm trung bình 1,9/5) có điểm số thấp nhất. Tương ứng, chỉ có 37,9% người chăm sóc được phân loại là có kiến thức “đạt” ở thời điểm ban đầu. Tình trạng thiếu hụt kiến thức nền tảng này không phải là một phát hiện cá biệt. Theo nghiên cứu của Chen Z và cộng sự (2024) tại Trung Quốc, mặc dù kết luận chung là người chăm sóc có “kiến thức đầy đủ”, nhưng điểm kiến thức trung bình của họ cũng chỉ đạt 6,67/9, tương đương 74%, và nghiên cứu này cũng chỉ ra những thiếu sót ở các khía cạnh cụ thể [8]. Nghiên cứu khác của Lee K.W và cộng sự (2015) tại Hàn Quốc cũng cho thấy 33,8% người chăm sóc không có kiến thức đầy đủ về cách chăm sóc bệnh nhân đột quỵ một cách phù hợp [9]. Những con số này phản ánh một thực trạng đáng lo ngại: khi bệnh nhân được xuất viện, phần lớn gia đình chưa được trang bị đầy đủ những kỹ năng và kiến thức cần thiết để đảm bảo

quá trình phục hồi chức năng tại nhà được an toàn và hiệu quả. Sự thiếu hụt này tạo ra một “khoảng trống chăm sóc” nguy hiểm, có thể dẫn đến việc thực hành sai, làm chậm quá trình hồi phục của bệnh nhân, thậm chí gây ra các biến chứng như co cứng khớp, loét do tì đè, hoặc té ngã.

Sự thay đổi tốt sau can thiệp là minh chứng rõ ràng nhất cho giá trị của chương trình giáo dục. Điểm kiến thức trung bình chung đã tăng từ 9,1 lên 17,3 điểm (tăng 8,2 điểm), và tỷ lệ người chăm sóc đạt kiến thức tăng từ 37,9% lên 88,3%. Mức độ cải thiện này không chỉ có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,001$) mà còn có ý nghĩa sâu sắc về mặt lâm sàng. Nó cho thấy một chương trình can thiệp có cấu trúc, được thực hiện một cách hệ thống bởi nhân viên y tế, có thể lấp đầy hiệu quả “khoảng trống chăm sóc” đã nêu. Kết quả này có sự tương đồng khá rõ nét với các nghiên cứu quốc tế. Tổng quan hệ thống của Rumiat R và cộng sự (2021) đã kết luận rằng các can thiệp giáo dục cho người chăm sóc bệnh nhân sau đột quỵ có tác động tích cực đến kiến thức và kỹ năng của họ [10]. Tương tự, nghiên cứu của Hong S.E và cộng sự (2017) tại Hàn Quốc đã chứng minh rằng một chương trình giáo dục cho người chăm sóc không chỉ cải thiện sự hài lòng của người chăm sóc mà còn có tác động tích cực đến sự cải thiện chức năng của chính bệnh nhân [11]. Điều này cho thấy kiến thức của người chăm sóc không chỉ là một kết quả tự thân, mà còn là một yếu tố trung gian quan trọng, chuyển hóa thành những hành động chăm sóc đúng đắn và cuối cùng là cải thiện kết quả phục hồi của người bệnh.

Việc xác định các yếu tố liên quan đến khả năng tiếp thu kiến thức sau can thiệp là một trong những mục tiêu quan trọng nhất của nghiên cứu, bởi nó giúp chúng ta nhận diện được những nhóm người chăm sóc nào đang có nguy cơ cao hơn trong việc không đạt được mức kiến thức cần thiết, từ đó cho phép các cơ sở y tế xây dựng những chiến lược hỗ trợ nhắm trúng đích và hiệu quả hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra 4 yếu tố có liên quan rõ rệt: giới tính, trình độ học vấn, nguồn thông tin ban đầu và tuổi tác.

Nghiên cứu cho thấy người chăm sóc nam có nguy cơ kiến thức chưa đạt cao hơn 3,14 lần so với người chăm sóc nữ ($p < 0,05$). Kết quả này đã phản ánh một thực tế xã hội và tâm lý khá phổ biến. Như đã nêu ở phần đặc điểm đối tượng, vai trò chăm sóc trong gia đình tại nhiều nền văn hóa, bao gồm cả Việt Nam, thường được “mặc định” cho phụ nữ. Điều này dẫn đến việc phụ nữ có thể có một sự chuẩn bị về mặt tâm thế, một thái độ cởi mở và chủ động hơn trong việc tìm hiểu và tiếp thu các kiến thức liên quan đến chăm sóc sức khỏe. Ngược lại, nam giới, khi bị đặt vào vai trò chăm sóc, có thể cảm thấy lúng túng, ít chủ động hơn trong việc học hỏi, hoặc có xu hướng xem nhẹ tầm quan trọng của các kỹ năng chăm sóc chi tiết. Do đó, kết quả OR = 3,14 không nên được diễn giải một cách đơn giản là “nam giới học kém hơn”, mà nên được hiểu là một tín hiệu cho thấy các chương trình can thiệp cần có những cách tiếp cận đặc thù để thu hút và tạo động lực cho người chăm sóc là nam giới. Có thể cần những buổi thảo luận riêng, sử dụng các tài liệu được thiết kế theo cách logic, ngắn gọn, hoặc nhấn mạnh vào vai trò và trách nhiệm của họ để tăng cường sự tham gia và hiệu quả học tập.

Trình độ học vấn là yếu tố có ảnh hưởng mạnh mẽ và nhất quán nhất trong hầu hết các nghiên cứu về giáo dục sức

khỏe. Kết quả của chúng tôi hoàn toàn khẳng định điều này, khi nhóm người chăm sóc có trình độ dưới trung học phổ thông có nguy cơ kiến thức chưa đạt cao hơn tới 4,67 lần so với nhóm có trình độ từ trung học phổ thông trở lên ($p < 0,01$). Đây là một mối liên hệ dễ hiểu. Trình độ học vấn cao hơn thường đi kèm với khả năng đọc hiểu tốt hơn, tư duy phản biện, kỹ năng tự học và sự quen thuộc với việc tiếp thu các kiến thức mới, đặc biệt là các thuật ngữ y khoa. Ngược lại, những người có trình độ học vấn thấp hơn có thể gặp khó khăn trong việc hiểu các tài liệu giáo dục, ghi nhớ các quy trình phức tạp, và cảm thấy e ngại khi đặt câu hỏi cho nhân viên y tế. Nghiên cứu của Oedekoven M và cộng sự (2019) tại Đức đã chỉ ra rằng người chăm sóc có trình độ học vấn thấp hơn có xu hướng báo cáo gánh nặng thể chất nhiều hơn, mặc dù điều thú vị là họ lại có gánh nặng tinh thần ít hơn so với những người có trình độ học vấn cao [12]. Kết quả này nhấn mạnh một yêu cầu cấp thiết: các tài liệu và phương pháp giáo dục sức khỏe phải được thiết kế để có thể tiếp cận được với mọi đối tượng, đặc biệt là những người có trình độ học vấn hạn chế. Cần ưu tiên sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu, tăng cường sử dụng hình ảnh, video minh họa, và quan trọng nhất là tạo ra một môi trường học tập cởi mở, không phán xét, nơi mọi người chăm sóc đều cảm thấy thoải mái để hỏi và thực hành lại nhiều lần cho đến khi thành thạo.

Nếu trình độ học vấn là yếu tố nội tại của người học, thì nguồn thông tin ban đầu chính là yếu tố ngoại cảnh có tác động mạnh mẽ nhất. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc nhận thông tin từ các nguồn không phải nhân viên y tế làm tăng nguy cơ kiến thức chưa đạt lên tới 6,38 lần ($p < 0,05$). Đây là một tỷ số chênh (OR) rất lớn, mang một thông điệp quan trọng: vai trò của nhân viên y tế trong việc cung cấp thông tin chuẩn xác, có hệ thống là không thể thay thế. Trong thời đại bùng nổ thông tin, việc gia đình tự tìm kiếm trên internet hoặc nghe theo lời khuyên truyền miệng là rất phổ biến, nhưng những thông tin này thường rời rạc, thiếu kiểm chứng và đôi khi hoàn toàn sai lệch. Chỉ có nhân viên y tế mới có đủ thẩm quyền, kiến thức và sự hiểu biết về tình trạng cụ thể của người bệnh để đưa ra những hướng dẫn phù hợp nhất. Kết quả này là một lời khẳng định mạnh mẽ cho mô hình can thiệp mà nghiên cứu đã áp dụng: một chương trình giáo dục có cấu trúc, do chính nhân viên y tế thực hiện, là con đường hiệu quả nhất để đảm bảo gia đình nhận được thông tin đúng và đủ. Nó cũng gợi ý rằng các bệnh viện và trung tâm y tế cần xây dựng các quy trình chuẩn hóa trong việc tư vấn và giáo dục cho thân nhân người bệnh trước khi xuất viện, xem đây là một phần không thể thiếu của quy trình điều trị.

Cuối cùng, mối tương quan nghịch mức độ trung bình ($r = -0,47$, $p < 0,001$) giữa tuổi tác và điểm kiến thức sau can thiệp đã bổ sung một mảnh ghép quan trọng vào bức tranh về các yếu tố liên quan. Khác với các yếu tố định tính, mối tương quan này cho thấy một xu hướng tuyến tính: tuổi càng cao, điểm kiến thức có xu hướng càng thấp. Điều này phù hợp với các quy luật chung về lão hóa và khả năng nhận thức. Người lớn tuổi có thể gặp khó khăn hơn trong việc tập trung, ghi nhớ thông tin mới, và làm quen với các kỹ năng vận động phức tạp. Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhấn mạnh: đây là một mối tương quan ở mức độ trung bình, không phải là một quy luật tuyệt đối. Nhiều người chăm sóc lớn tuổi vẫn có thể học rất tốt nếu họ có

động lực cao và được hỗ trợ đúng cách. Do đó, thay vì loại trừ họ, các chương trình can thiệp cần có sự điều chỉnh để phù hợp hơn: chia nhỏ nội dung, tăng thời gian thực hành, sử dụng cỡ chữ lớn hơn trong tài liệu, và đặc biệt là sự kiên nhẫn và khuyến khích từ phía người hướng dẫn.

Tóm lại, việc phân tích các yếu tố liên quan đã cung cấp những chỉ dẫn quan trọng, không chỉ giúp đo lường hiệu quả của can thiệp mà còn hiểu được “ai” cần được giúp đỡ nhiều nhất và “làm thế nào” để giúp đỡ họ một cách hiệu quả nhất, hướng tới một nền tảng chăm sóc tại nhà an toàn và chất lượng cho mọi bệnh nhân đột quỵ.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy can thiệp thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động đem lại hiệu quả cải thiện kiến thức cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não sau xuất viện.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Xuân Tân, Vũ Anh Nhị. Yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2008, 12 (1): 307-314.
- [2] Lê Quang Cường, Lê Trọng Luân, Nguyễn Thanh Bình. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, 2003, (2): 32-37.
- [3] Tan K.S, Wong K.S et al. Setting priorities in Asian stroke research. Neurology Asia, 2006, 11: 5-11.
- [4] Broderick J.P, William M. Feinberg lecture: Stroke therapy in the year 2025. Stroke, 2004, 35 (1): 205-211. doi: 10.1161/01.STR.0000106160.34316.19
- [5] Lê Đức Hình. Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não. Nội san Hội thần kinh Việt Nam, 2010, 6 (1): 3-7.
- [6] Mauro M.A. Image-Guided Interventions. Published online, 2008.
- [7] WHO. The World Health Report: Shaping the Future. Published online 2003. Accessed April 3, 2024. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42789>
- [8] Chen Z, Zhou X, Jiang L et al. Knowledge, attitudes, and practices of family caregivers for patients with cerebral infarction toward home-based care. Front Public Health, 2024, 12. doi: 10.3389/fpubh.2024.1436423
- [9] Lee K.W, Choi S.J, Kim S.B, Lee J.H, Lee S.J. A survey of caregivers' knowledge about caring for stroke patients. Ann Rehabil Med, 2015, 39 (5): 800-815. doi: 10.5535/arm.2015.39.5.800
- [10] Rumiati R, Kariasa I.M, Waluyo A. The effectiveness of post-stroke patient care education intervention in stroke caregivers: a literature review. Indonesian Journal of Nursing Practices, 2021, 5 (2): 67-75. doi: 10.18196/ijnp.v5i2.11437
- [11] Hong S.E, Kim C.H et al. Effect of a caregiver's education program on stroke rehabilitation. Ann Rehabil Med, 2017, 41 (1): 16-24. doi: 10.5535/arm.2017.41.1.16
- [12] Oedekoven M, Amin-Kotb K et al. Associations between informal caregivers' burden and educational level. The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 2019, 32 (1): 19-29. doi: 10.1024/1662-9647/a000199