

SURVEY CAREGIVERS' OPINIONS ON THE APPROPRIATENESS OF THE APHASIA UNITED BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS IN VIETNAM

Pham Dinh Ngan Thanh^{1*}, Pham Le An¹, Sarah J. Wallace^{2,3}, Tran Nguyen Binh Minh Hoang⁴

¹University of Medicine & Pharmacy HCMC - 217 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²The University of Queensland, Brisbane, Australia - St Lucia QLD 4072, Australia.

³Surgical Treatment and Rehabilitation Service (STARS) Education and Research Alliance, The University of Queensland and Metro North Health, Queensland, Australia - 296 Herston Rd, Herston QLD 4006, Australia.

⁴HCMC Hospital for Rehabilitation and Professional Diseases - 313 Au Duong Lan, Ward 2, District 8, HCMC, Vietnam

Received: 12/01/2024

Revised: 31/01/2024; Accepted: 24/02/2024

ABSTRACT

Aphasia affects the quality of life of patients and their caregivers.

Objective: To determine (1) the appropriateness of the content of the best practice recommendations (PR) for aphasia of Aphasia United from the caregivers' perspective in Vietnam; and (2) PRs that need to be supplemented in accordance with reality in Vietnam.

Method: Quantitative combined qualitative method using nominal group technique and maximum variation sampling.

Results: Seventeen caregivers for post-stroke aphasia patients participated in one of six nominal groups. Most of the existing PRs have a high agreement rate (88.24 – 100%). Priority PRs for supplementation are compiled into five themes and ordered by relative importance. The top priority recommendation is “People with aphasia and caregivers should receive psychological support” (42.16%); next is “People with aphasia should have easy access to Speech and Language Therapy” (34.31%).

Conclusion: Existing recommendations are appropriate to the needs of people with aphasia and related people in the Vietnamese context from the caregiver's perspective. Besides, additional recommendations contribute to improving service quality for aphasia.

Keywords: Aphasia, Caregivers, Practice recommendation, Speech and Language Therapy, Stroke, Nominal group technique.

*Corresponding author

Email address: thanhpham@ump.edu.vn

Phone number: (+84) 903 987 716

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.977>



KHẢO SÁT Ý KIẾN NGƯỜI CHĂM SÓC VỀ SỰ PHÙ HỢP CÁC KHUYẾN NGHỊ THỰC HÀNH TỐT NHẤT CỦA TỔ CHỨC LIÊN KẾT CỘNG ĐỒNG MẮT NGÔN NGỮ TOÀN CẦU TẠI VIỆT NAM

Phạm Đình Ngân Thanh^{1*}, Phạm Lê An¹, Sarah J. Wallace^{2,3}, Trần Nguyễn Bình Minh Hoàng⁴

¹Đại học Y Dược Tp. HCM - 217 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Tp.HCM, Việt Nam

²Đại học Queensland, Brisbane, Úc - St Lucia QLD 4072, Australia.

³Liên minh Giáo dục và Nghiên cứu Điều trị Phẫu thuật và Phục hồi chức năng (STARS), Đại học Queensland và tổ chức Metro North Health, Queensland, Úc - 296 Herston Rd, Herston QLD 4006, Australia.

⁴Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp - 313 Âu Dương Lân, phường 2, quận 8, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 31 tháng 01 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 24 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Mất ngôn ngữ (MNN) làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và những người chăm sóc (NCS) họ.

Mục tiêu: Xác định (1) sự phù hợp về nội dung của các khuyến nghị (KN) thực hành tốt nhất hiện có cho chứng MNN của Tổ Chức Liên Kết Cộng Đồng Mất Ngôn Ngữ Toàn Cầu từ quan điểm của NCS tại Việt Nam (VN); và (2) các KN cần bổ sung phù hợp với thực tế tại VN.

Phương pháp nghiên cứu: Định lượng kết hợp định tính dưới dạng kỹ thuật nhóm danh định và lấy mẫu đa dạng tối đa.

Kết quả: 17 NCS cho người MNN sau đột quy tham gia vào 1 trong 6 nhóm danh định. Hầu hết các KN hiện có đều đạt tỉ lệ đồng ý cao (88,24 – 100%). Những KN bổ sung ưu tiên được tổng hợp thành 5 chủ đề và sắp thứ tự theo tầm quan trọng tương đối. KN được ưu tiên hàng đầu là “Người MNN và NCS nên được hỗ trợ về tâm lý” (42,16%); kế đến là “Người MNN nên được tiếp cận dễ dàng với Ngôn ngữ trị liệu” (34,31%).

Kết luận: Các KN hiện có phù hợp với nhu cầu của người MNN và người liên quan trong bối cảnh ở VN theo quan điểm của NCS. Bên cạnh đó, các KN bổ sung góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ cho chứng MNN.

Từ khóa: Mất ngôn ngữ, Người chăm sóc, Khuyến nghị thực hành, Ngôn ngữ trị liệu, Đột quy, Kỹ thuật nhóm danh định.

*Tác giả liên hệ

Email: thanhpham@ump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 903 987 716

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.977>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngôn ngữ (MNN) là khiếm khuyết về ngôn ngữ làm ảnh hưởng đến hoạt động giao tiếp và xã hội, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và những người chăm sóc (NCS) họ. Trên thế giới, MNN thường gặp ở người bị đột quy não (sau đây gọi tắt là đột quy - ĐQ) (30 – 35%) và 2/3 trong số họ vẫn bị MNN kéo dài đến 12 tháng sau [1]. So với người bị ĐQ không có MNN, người bị ĐQ có MNN tốn nhiều chi phí chăm sóc sức khỏe hơn (8,5%), có thời gian nằm viện lâu hơn (6,5%) và chất lượng cuộc sống kém đối với chính bản thân bệnh nhân và gia đình họ [1].

Tổ Chức Liên Kết Cộng Đồng Mất Ngôn Ngữ Toàn Cầu (TCLKCĐMNNTC) - Aphasia United gần đây phát triển các khuyến nghị (KN) làm cơ sở cho thực hành dựa vào bằng chứng nhằm cải thiện việc tầm soát, lượng giá, điều trị và các dịch vụ cho chứng MNN, được xây dựng thông qua phương pháp tiếp cận ba giai đoạn [1],[2]. Qua hai giai đoạn đầu, một quy trình đồng thuận đa quốc gia đã đưa ra 10 KN thực hành tốt nhất từ bằng chứng nghiên cứu và ý kiến chuyên gia [2]. Các KN này đã được dịch sang hơn 20 ngôn ngữ trên khắp thế giới, trong đó có bản dịch tiếng Việt [3]. Hiện tại, nghiên cứu đang đi vào giai đoạn thứ ba nhằm xác nhận và tìm hiểu sự liên quan của các KN thực hành tốt nhất với người MNN và gia đình trên thế giới, trong đó có Việt Nam (VN). Tại VN, Bộ Y tế (2020) đã ban hành hướng dẫn chung về ngôn ngữ trị liệu (NNTL) cho người ĐQ, nhưng chưa có nghiên cứu nào đã công bố cho đến nay liên quan đến việc xác nhận khả năng áp dụng thực tế [4]. Nghiên cứu xác nhận tính giá trị của các KN hiện có này sẽ là chứng cứ thuyết phục chính sách xã hội. Do tầm ảnh hưởng của chứng MNN, cùng với sự khác biệt về văn hóa và kinh tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định những KN hiện có của TCLKCĐMNNTC có thật sự thích hợp và hữu ích đối với bản thân người MNN và những người liên quan ở bối cảnh của VN hay không. Với các mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định sự phù hợp về nội dung của các KN thực hành tốt nhất hiện có của TCLKCĐMNNTC từ quan điểm của NCS tại VN; 2) Xác định các KN cần bổ sung theo quan điểm NCS giúp cải thiện các hướng dẫn thực hành trong tương lai cho chứng MNN phù hợp với VN.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính dưới dạng kỹ thuật nhóm danh định. Đây là một quá trình ra quyết định nhóm có cấu trúc nhằm thu thập thông tin định tính từ những người có liên quan chặt chẽ với một lĩnh vực vấn đề và xác định vấn đề bằng cách tạo ra những câu hỏi nghiên cứu phù hợp, phát triển các giải pháp và thiết lập các ưu tiên cho hành động [5].

2.2. Đối tượng và địa điểm, thời gian nghiên cứu

Chúng tôi khảo sát ý kiến những NCS cho người MNN sau ĐQ đang theo dõi điều trị (nội trú hoặc ngoại trú) tại một trong các bệnh viện: Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện An Bình, Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Phục Hồi Chức Năng – Điều Trị Bệnh Nghề Nghiệp, trong giai đoạn từ tháng 12/2020 đến tháng 04/2021.

Những người tham gia được chọn thông qua cách lấy mẫu đa dạng tối đa để có được những quan điểm khác biệt liên quan tuổi, giới tính, nơi sống, tình trạng việc làm, trình độ học vấn, ngôn ngữ dùng để nói, mối quan hệ với người MNN và thời gian chăm sóc. Tiêu chuẩn chọn là những NCS từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia tiến hành kỹ thuật nhóm danh định. Tiêu chuẩn loại trừ là những người có khiếm khuyết về nhận thức, giác quan, thần kinh và/hoặc sức khỏe tâm thần cản trở khả năng tham gia vào thảo luận nhóm.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

Mỗi nhóm danh định có 2 đến 4 người tham gia. Mười câu hỏi đầu tiên về sự phù hợp của các KN thực hành tốt nhất của TCLKCĐMNNTC đối với VN được khảo sát thông qua sự đồng ý với nội dung của NCS và lý do nếu họ không đồng ý. Mỗi người tham gia được kiểm tra để đảm bảo rằng họ hiểu từng câu hỏi. Sau đó, các KN bổ sung được thành lập bằng cách sử dụng kỹ thuật nhóm danh định với câu hỏi 11 được đặt ra: “Điều gì cần làm ở nước ta để chăm sóc người MNN tốt hơn nữa?”. Các thành viên lần lượt đưa ra ý kiến theo vòng tròn cho đến khi nhóm không còn tạo ra được ý tưởng mới. Tiếp theo, nhóm thảo luận để tạo ra một danh sách đề xuất chung của nhóm. Dựa trên danh sách này, những người tham gia được yêu cầu chọn lựa và xếp hạng một cách



độc lập 3 KN nên được thêm vào các tuyên bố thực hành tốt nhất mà cá nhân thấy quan trọng nhất và cho điểm tương ứng theo thứ tự ưu tiên (3 điểm cho ưu tiên nhiều nhất, 2 điểm cho ưu tiên thứ hai và 1 điểm cho ưu tiên ít nhất). Những KN được chọn trong 3 thứ hạng đầu của bảng xếp hạng nhóm (dựa trên tổng điểm được phân bổ cho mỗi KN mà cá nhân trong nhóm đã cho), tạo thành danh sách các KN mới cần bổ sung được ưu tiên bởi nhóm đó [5].

Dữ liệu được quản lý bằng phần mềm Excel Microsoft 365. Các biến định tính gồm nhận xét về các KN hiện có và các KN bổ sung (là các kết quả tổng hợp từ các nhóm) được phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung định tính theo quy nạp [6]. Phương pháp này giúp có được sự hiểu biết sâu hơn về các kết quả mà người tham gia mong muốn. Những đơn vị ý nghĩa trong các kết quả được xác định và sắp xếp thành các mã nội dung, phân nhóm phụ, phân nhóm và chủ đề. Các biến định lượng về sự phù hợp nội dung của các KN hiện có được phân tích theo tỉ lệ phần trăm đồng ý của NCS. Các KN bổ sung được phân tích định lượng (xếp hạng ưu tiên) dựa trên quy trình theo Wallace (2017) và McMillan (2014) [5],[7].

2.4. Vấn đề đạo đức

Nghiên cứu này được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược Tp.HCM (Số 700/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 05 tháng 10

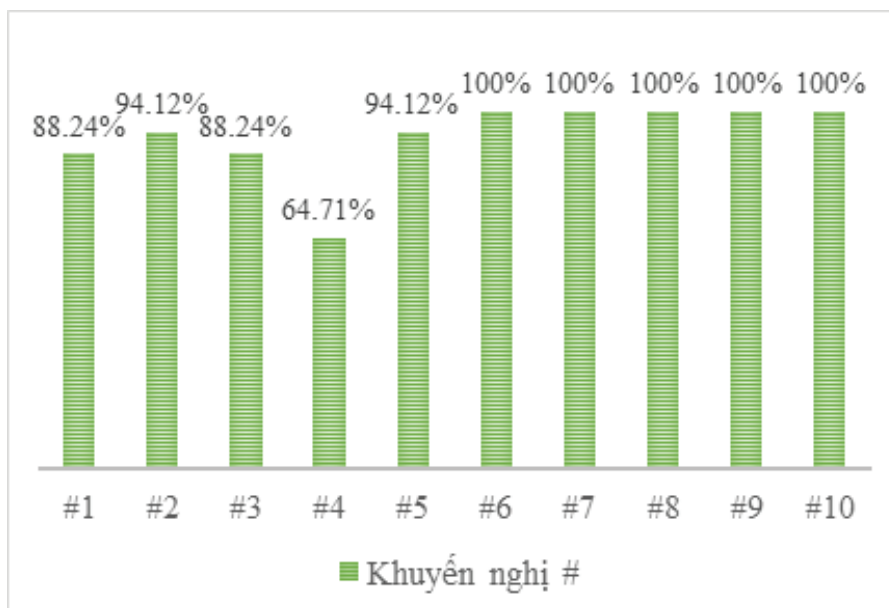
năm 2020). Thông tin về nghiên cứu được cung cấp cả bằng lời nói và bằng văn bản để có được sự đồng ý từ người tham gia nghiên cứu. Vào thời điểm nghiên cứu, Tiến sĩ Sarah Wallace, thành viên nghiên cứu, là ủy viên ban điều hành của TCLKCĐMNNTC. Nghiên cứu này là một phần của nghiên cứu lớn hơn mà tổ chức này đang thực hiện. Vì vậy, chúng tôi được phép sử dụng bản dịch tiếng Việt nội dung của các KN thực hành tốt nhất từ tổ chức này để tiến hành khảo sát [3].

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu có sự tham gia của 17 NCS cho người MNN sau ĐQ vào một trong 6 nhóm danh định với độ tuổi trung bình $47,3 \pm 14,8$ tuổi; 41,18% sống tại Thành phố Hồ Chí Minh; nữ chiếm 64,71%. Tỉ lệ NCS hiện còn đi làm là 35,29%; có trình độ học vấn trên lớp 12 chiếm 41,18%. Thời gian trải nghiệm chăm sóc bệnh đa dạng từ 7 ngày – 9 năm (70,59% có thời gian chăm sóc từ 1 – 12 tháng). Tỉ lệ người nói tiếng Việt là ngôn ngữ chính chiếm 94,12% (nhưng tất cả đều biết nói tiếng Việt). NCS là vợ hoặc chồng chiếm 41,18%; còn lại 58,82% có mối quan hệ khác nhưng đều là người thân trong gia đình.

Tỉ lệ sự đồng ý với từng nội dung của các KN hiện có được thể hiện qua Biểu đồ 3.1. Hầu hết các KN hiện có đều đạt tỉ lệ đồng ý cao (88,24 – 100%), ngoại trừ KN #4 (64,71%).

Biểu đồ 3.1: Tỉ lệ người chăm sóc đồng ý với nội dung của từng KN hiện có (n = 17)



Sau đây là các lý do cho sự không đồng thuận 100% với nội dung của từng KN. KN #1: Việc tầm soát các khiếm khuyết về giao tiếp không cần phải thực hiện ở tất cả bệnh nhân bị tổn thương não. Theo đó, “Bệnh nhân bị tổn thương phần não ngôn ngữ mới cần kiểm tra” (NCS nhóm 4). KN #2: Tình trạng khiếm khuyết giao tiếp sẽ tự cải thiện nên không cần lượng giá, như “bác sĩ giải thích từ từ tình trạng sẽ hồi phục khi não tốt lên” (NCS nhóm 3). KN #3: Việc đưa thông tin cho bệnh nhân nên có chọn lọc vì “đưa nhiều thông tin sẽ làm bệnh nhân lo lắng, chỉ đề xuất những gì cần làm” (NCS nhóm 6). KN #4: Việc cung cấp các phương tiện hỗ trợ giao tiếp nên thực hiện ngay thời điểm xuất viện chứ không nên có kế hoạch vào lúc khác do “để tiện việc tiếp tục chăm sóc bệnh nhân, không mất thời gian đi lại” và “không tốn

thời gian chờ đợi cho cuộc hẹn tiếp theo” (NCS nhóm 5). KN #5: Việc điều trị tích cực chỉ cần thiết trong một số tình huống, như “khi mất ngôn ngữ kéo dài hoặc khi hoàn toàn không giao tiếp được” (NCS nhóm 3).

Đối với các KN bổ sung, sau quá trình làm rõ và nhóm các ý tưởng tương tự cùng nhau, tổng cộng 31 đề xuất chung đã được tạo ra (với tổng số 4 – 6 đề xuất chung được tạo ra bởi từng nhóm), và 21 KN mới được chọn ưu tiên từ tất cả 6 nhóm. Bảng phân tích nội dung quy nạp, 21 KN này qua quá trình xác định các đơn vị ý nghĩa và tạo mã nội dung, có 15 phân nhóm phụ được tạo ra, hợp thành 9 phân nhóm và tiếp tục được tổ chức thành 5 chủ đề lớn hơn (Bảng 3.2). Trong số đó, có 2 chủ đề liên quan riêng người MNN, 1 chủ đề liên quan riêng NCS, và 2 chủ đề liên quan đến cả 2 đối tượng.

Bảng 3.2: Những khuyến nghị bổ sung được NCS cho người MNN chọn ưu tiên

Chủ đề (Xếp hạng tổng thể)	Phân nhóm
Người MNN và người NCS nên được hỗ trợ về tâm lý.	Sự hỗ trợ về tâm lý cho người MNN và NCS cần cho việc trị liệu ngôn ngữ đạt hiệu quả hơn
	Sự hỗ trợ về tâm lý cần cho việc tái hòa nhập cộng đồng của người MNN được thuận lợi hơn.
Người MNN nên được tiếp cận dễ dàng với NNTL.	Các mô hình dịch vụ NNTL nên đến gần hơn với người MNN.
	Số lượng trị liệu viên về ngôn ngữ đủ để đáp ứng nhu cầu trị liệu của người MNN.
NCS cần được hỗ trợ để họ có thể trợ giúp sự phục hồi của người MNN.	NCS biết cách tập luyện với người MNN tại nhà
	NCS biết tạo phương tiện hỗ trợ giao tiếp cho người MNN.
NNTL nên được tiến hành sớm và thường xuyên.	NNTL nên được tiến hành càng sớm càng tốt khi có thể.
	NNTL nên được tiến hành với thời gian phù hợp.
Cộng đồng cần nhận thức và hỗ trợ những người MNN và NCS họ.	Cộng đồng cần nhận thức và hỗ trợ những người MNN và NCS họ

Kết quả phân tích định lượng các KN bổ sung tổng hợp từ cả 6 nhóm được thể hiện qua Bảng 3.3. Những KN bổ sung được NCS chọn ưu tiên dựa vào tầm quan trọng tương đối, trong đó “Người MNN và NCS nên

được hỗ trợ về tâm lý” được xếp hàng đầu (42,16%), kế đến là “Người MNN nên được tiếp cận dễ dàng với NNTL” (34,31%)



Bảng 3.3: Tầm quan trọng tương đối của các KN được ưu tiên bởi những NCS cho người MNN

Chủ đề	Tổng điểm (cho mỗi chủ đề)	Mức độ ưu tiên được xếp hạng (thông qua điểm số cho các chủ đề)	Tầm quan trọng tương đối (%) ^a	Mức độ ưu tiên được xếp hạng (qua %)	Tần suất bình chọn (cho từng chủ đề)
Người MNN và NCS nên được hỗ trợ về tâm lý	43	#1	42,16	#1	7
Người MNN nên được tiếp cận dễ dàng với NNTL	35	#2	34,31	#2	7
NCS cần được hỗ trợ để họ có thể trợ giúp sự phục hồi của người MNN.	27	#3	26,47	#3	5
NNTL nên được tiến hành sớm và thường xuyên.	15	#4	14,71	#4	4
Cộng đồng cần nhận thức và hỗ trợ những người MNN và NCS họ.	11	#5	10,78	#5	4

^aTầm quan trọng tương đối = [(tổng điểm cho chủ đề) ÷ (điểm tối đa cho nhóm) × 100]

với điểm tối đa cho nhóm = 17 × 6 điểm = 102 điểm

4. BÀN LUẬN

Đa số các KN hiện có đều được NCS đồng ý với tỉ lệ cao. Tuy nhiên, có một số nội dung chưa đạt được tỉ lệ tuyệt đối vì một số lý do. Với KN #1, NCS thấy không cần sàng lọc khiếm khuyết giao tiếp với tất cả bệnh nhân do tốn thời gian và nhân lực y tế hiện còn đang thiếu thốn. Theo “Niên giám thống kê y tế 2018” của Bộ Y tế, số bác sĩ trên 10.000 dân chỉ có 8,7. NCS cho rằng MNN tự cải thiện được (KN #2) và việc đưa thông tin có thể làm bệnh nhân lo lắng (KN #3). Các nghiên cứu cho thấy MNN vẫn có thể tồn tại đến 12 tháng sau khởi phát [1]. Cùng với hướng dẫn của Bộ Y tế VN về việc lấy bệnh nhân làm trung tâm, chúng tôi thấy cần khảo sát ý kiến người MNN về nhu cầu cung cấp thông tin của chứng MNN. Trong KN #4, NCS đề xuất việc cung cấp phương tiện hỗ trợ giao tiếp cho người MNN nên được thực hiện ngay thời điểm xuất viện chứ không nên có kế hoạch vào thời điểm khác sau đó. Theo Nguyen T.H. và cộng sự (2019), chỉ có 46% bệnh nhân bị ĐQ lần đầu có thể tự đi lại độc lập vào thời điểm xuất viện [9]. Thời điểm cung cấp theo đề xuất sẽ giúp cho việc chăm sóc bệnh nhân diễn ra thuận lợi và không tốn thời gian cho đi lại. NCS đồng ý rằng người MNN nên được trị liệu tích cực trong KN #5 nhưng chỉ khi MNN

nặng. Các nghiên cứu đã chứng minh trị liệu ngôn ngữ tích cực hơn giúp cải thiện kết quả MNN ở các mức độ [1], [10]. Vì vậy, vai trò của việc cung cấp thông tin lại cần được chú trọng hơn.

Để việc chăm sóc người MNN được tốt hơn, NCS đã ưu tiên hàng đầu cho KN bổ sung “nên được hỗ trợ về tâm lý”. Tỉ lệ trầm cảm sau ĐQ ở người MNN có thể tới 62 – 70%, tùy giai đoạn [1]. Trong nghiên cứu của Wallace và cộng sự (2017), các thành viên gia đình cũng bày tỏ mong muốn cho những người MNN có thể chấp nhận hoàn cảnh đã thay đổi của họ, có những cảm xúc tích cực hơn, tham gia vào các hoạt động và những mối quan hệ, và bản thân các thành viên gia đình cũng muốn có được sự cân bằng và tiếp cận với trị liệu về thể chất và tâm lý [5]. Sự hỗ trợ này sẽ giúp NNTL đạt hiệu quả hơn và việc tái hòa nhập cộng đồng của người MNN được thuận lợi hơn.

NCS ưu tiên không kém cho KN “được tiếp cận dễ dàng với NNTL”. Họ mong muốn NNTL được phổ biến ở cấp bệnh viện huyện và có dịch vụ đến tận nhà. Thực tế, ngoài việc bệnh nhân hạn chế khả năng đi lại sau ĐQ (theo Nguyen T.H. và cộng sự, 2019), nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 35,29% NCS vẫn còn đang đi làm [9]. Nguyên nhân do thiếu dịch vụ tại địa phương và vấn đề khoảng cách, giao thông vận chuyển cũng cần được cân nhắc. VN có chưa tới 100 người được đào tạo Âm ngữ - NNTL trên diện rộng, đồng thời lại không có số liệu chi tiết về số lượng cơ sở hay cá nhân cung cấp dịch vụ NNTL [8].

Mặc dù trong nội dung của các KN hiện có đã đề cập đến việc nên đưa gia đình vào quá trình phục hồi chức năng, những NCS vẫn ưu tiên các kết quả liên quan chủ đề này và bổ sung thêm các nhu cầu cụ thể hơn. NCS muốn biết cách tập luyện với người MNN tại nhà và mong được huấn luyện tạo phương tiện giao tiếp cho người MNN. Thế giới cũng có cùng nhu cầu về các dịch vụ toàn diện cho chứng MNN dựa trên gia đình, cùng phối hợp quản lý bệnh nhân và có các công cụ giúp hỗ trợ giao tiếp [5]. Tương tự về việc trị liệu tích cực, NCS đề xuất cụ thể NNTL nên được tiến hành cùng lúc với Vật lý trị liệu khi tình trạng bệnh nhân đủ ổn định để vận động; với thời gian được đề nghị tối thiểu 45 phút/lần tập và trung bình 3 lần/tuần. Các nghiên cứu đã cho thấy kết quả điều trị cao nhất khi bắt đầu điều trị chứng MNN trong giai đoạn hồi phục cấp tính, thời gian điều trị vượt quá 2 giờ/tuần mang lại hiệu quả cao hơn so với thời gian ngắn hơn [1].

Cuối cùng, NCS ưu tiên các kết quả liên quan đến việc nâng cao nhận thức cộng đồng và mong nhận được hỗ trợ từ cộng đồng. Trong nghiên cứu của Wallace (2017), các thành viên gia đình cũng ưu tiên các kết quả liên quan chủ đề thay đổi thái độ thông qua tăng nhận thức và giáo dục về chứng MNN, không chỉ dành cho gia đình mà cho cả công chúng [5]. Điều này góp phần tháo bỏ các rào cản tái hòa nhập cộng đồng mà người MNN phải đối mặt liên quan sự thấu hiểu.

Nghiên cứu này có số lượng người tham gia còn khiêm tốn với tất cả NCS là thành viên trong gia đình, chưa tham khảo thành phần chăm sóc khác như nhân viên y tế, NCS không phải người quen, v.v. Tuy số người tham gia trong mỗi nhóm tương đối nhỏ nhưng vẫn bảo đảm tính hiệu quả của buổi họp nhóm danh định với tổng số 4 – 6 đề xuất chung được tạo ra bởi từng nhóm. Kỹ thuật nhóm danh định được nhận định tạo ra các phản hồi có chiều sâu cũng như độ rộng với hiệu lực tốt nên vẫn thích hợp với cỡ mẫu nhỏ, và cũng đã được sử dụng thành công với các nhóm từ 2 đến 9 người trước đây [5]. Người tham gia thể hiện quan điểm ở nhiều góc độ nhờ sự đa dạng về giới tính, lứa tuổi, tình trạng làm việc; có trình độ học vấn ở nhiều mức độ nhưng đều biết tiếng Việt; có thời gian chăm sóc cho người MNN trải dài từ 7 ngày đến 9 năm.

5. KẾT LUẬN

Là một trong những nghiên cứu đầu tiên khảo sát sự phù hợp về nội dung của các KN thực hành tốt nhất của TCLKCĐMNN tại VN, nghiên cứu của chúng tôi bước đầu chỉ ra những sự liên quan hữu ích cho người MNN mà các KN hiện có đã đề ra cũng như một số nội dung chưa phù hợp với suy nghĩ của NCS và thực tế VN. Bên cạnh đó, các KN bổ sung về nhu cầu hỗ trợ tâm lý, tiếp cận và trị liệu cũng như nhận thức về MNN góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ cho chứng MNN.

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu này, để các KN hiện có và KN bổ sung có tính khả thi, chúng tôi đề xuất cần thêm các nghiên cứu về các chiến lược giúp truyền thông chứng MNN đến với mọi người một cách hiệu quả, cải thiện tình trạng thiếu nguồn nhân lực y tế có trình độ về NNTL như hiện nay và giúp phát triển các dịch vụ NNTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Papathanasiou I, Coppens P, Aphasia and related neurogenic communication disorders: basic concepts, management, and efficacy. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017.
- [2] Simmons-Mackie N, Worrall L et al., The top ten: best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*. 2016; 31:1-21.
- [3] Aphasia United, Khuyến nghị thực hành tốt nhất cho Mất ngôn ngữ 2014, www.aphasiatrials.org/wp-content/uploads/2022/10/Aphasia-United-BPR-Vietnamese.pdf. Ngày truy cập lại: 25/10/2023
- [4] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ (Quyết định số 2536/QĐ-BYT ngày 16 tháng 06 năm 2020). Hà Nội, 2020.
- [5] Wallace SJ, Worrall L et al., Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability Rehabilitation*. 2017; 39(14):1364-79.



- [6] Elo S, Kyngäs H, The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008; 62(1):107-15.
- [7] McMillan SS, Kelly F et al., Using the Nominal Group Technique: how to analyse across multiple groups. *Health Services and Outcomes Research Methodology*. 2014; 14(3):92-108.
- [8] United States Agency for International Development, Đánh giá tính sẵn có dịch vụ âm ngữ và ngôn ngữ trị liệu tại Việt Nam 29/08/2016 – 30/09/2016, 2016.
- [9] Nguyen HT, Gall S et al., Processes of Stroke Unit Care and Outcomes at Discharge in Vietnam: Findings from the Registry of Stroke Care Quality (RES-Q) in a Major Public Hospital. *Journal of Stroke Medicine*. 2019; 2(2):119-27.
- [10] Brady MC, Kelly H et al., Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016; 6.