Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 253-257

# KNOWLEDGE OF PRIMARY CAREGIVERS ON MOTOR REHABILITATION FOR STROKE PATIENTS AT HOA BINH PROVINCIAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN 2025

Vu Van Dau[1*], Nguyen Thi Minh Hang[2]

[1]Nam Dinh University of Nursing - 257 Han Thuyen, Nam Dinh Ward, Ninh Binh Province, Vietnam
[2]Hoa Binh Provincial Hospital of Traditional Medicine

Received: 02/04/2026
Revised: 20/06/2026; Accepted: 14/09/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate changes in knowledge of motor rehabilitation among primary caregivers of stroke patients at Hoa Binh Traditional Medicine Hospital in 2025.

**Methods:** A pre–post intervention study was conducted on 64 primary caregivers of stroke patients with hemiplegia receiving inpatient treatment from May to October 2025. Knowledge of rehabilitation was assessed using a tool developed based on the Ministry of Health's guidelines on diagnosis and rehabilitation treatment for stroke patients.

**Results:** After the intervention, caregivers' knowledge improved significantly. The proportion of correct responses regarding the appropriate timing to start rehabilitation increased from 35.9% to 84.4%; correct frequency of exercises from 17.2% to 79.7%; and consistently monitoring patients during exercises from 26.6% to 71.9%. Knowledge of rehabilitation positioning also improved: correctly identifying ≥2 positions increased from 62.5% to 75.0%; identifying the best position from 10.9% to 48.4%; and correctly identifying ≥3 purposes of positioning from 3.1% to 60.9%. The mean knowledge score increased from 5.8 ± 2.5 to 10.6 ± 1.8 ($p < 0.0001$).

**Conclusion:** The intervention significantly improved caregivers' knowledge of motor rehabilitation for stroke patients. Regular training and enhanced communication are recommended to further improve caregivers' knowledge and practical skills, thereby supporting better rehabilitation outcomes.

***Keywords:*** Knowledge, stroke, primary caregivers, rehabilitation.

*Corresponding author
**Email:** vuvandau@ndun.edu.vn **Phone**: (+84) 796767999 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6506

# THAY ĐỔI KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH VỀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HÒA BÌNH NĂM 2025

Vũ Văn Đầu[1*], Nguyễn Thị Minh Hằng[2]

[1]*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, P. Nam Định, Tỉnh Ninh Bình, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Y học cổ truyền Tỉnh Hòa Bình*

Ngày nhận: 02/04/2026
Ngày sửa: 20/06/2026; Ngày đăng: 14/09/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng (PHCN) vận động của người chăm sóc chính (NCSC) người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hòa Bình năm 2025.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trước–sau trên 64 NCSC của người bệnh đột quỵ có liệt nửa người, điều trị từ 5/2025–10/2025. Kiến thức PHCN được đánh giá bằng bộ công cụ xây dựng dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế.

**Kết quả:** Sau can thiệp, kiến thức của NCSC cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ trả lời đúng về thời điểm bắt đầu PHCN tăng từ 35,9% lên 84,4%; số lần tập đúng từ 17,2% lên 79,7%; và luôn quan sát người bệnh khi tập từ 26,6% lên 71,9%. Kiến thức về tư thế PHCN cũng cải thiện: trả lời đúng ≥2 tư thế tăng từ 62,5% lên 75,0%; xác định đúng tư thế tốt nhất từ 10,9% lên 48,4%; và trả lời đúng ≥3 mục đích của tư thế từ 3,1% lên 60,9%. Điểm trung bình kiến thức tăng từ 5,8 ± 2,5 lên 10,6 ± 1,8 (p < 0,0001).

**Kết luận:** Can thiệp giúp cải thiện đáng kể kiến thức của NCSC về PHCN vận động cho người bệnh đột quỵ. Cần tăng cường tập huấn và truyền thông nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc, góp phần cải thiện hiệu quả phục hồi cho người bệnh.

***Từ khoá:*** Kiến thức, đột quỵ não, người chăm sóc chính, phục hồi chức năng.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trong các bệnh lý tim mạch. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 15 triệu người mắc đột quỵ cấp tính, trong đó khoảng một phần ba tử vong [1]. Tỷ lệ tàn tật do ĐQN ngày càng gia tăng, để lại nhiều di chứng nặng nề và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Mức độ di chứng phụ thuộc nhiều vào thời điểm phát hiện, can thiệp và đặc biệt là phục hồi chức năng (PHCN).

Các di chứng vận động như liệt tay, chân khiến người bệnh phụ thuộc vào người khác trong sinh hoạt hàng ngày, do đó việc tập luyện PHCN là cần thiết để cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Nhiều nghiên cứu cho thấy có tới 60–80% người tàn tật, bao gồm bệnh nhân đột quỵ, có thể phục hồi tại nhà nếu được hướng dẫn và hỗ trợ phù hợp [2]. Trong bối cảnh đó, người chăm sóc chính (NCSC) giữ vai trò then chốt trong quá trình chăm sóc và hỗ trợ PHCN cho người bệnh.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc PHCN cho bệnh nhân đột quỵ chủ yếu được thực hiện tại các cơ sở y tế dưới sự hướng dẫn của nhân viên y tế. Sau khi xuất viện, người bệnh thường chỉ tập luyện theo kinh nghiệm, thiếu sự hướng dẫn bài bản, dẫn đến hiệu quả phục hồi chưa cao. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NCSC có kiến thức đạt về đột quỵ và PHCN còn thấp [3]. Điều này ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả phục hồi và làm tăng nguy cơ biến chứng thứ phát cho người bệnh. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hòa Bình, kết quả khảo sát năm 2024 cũng cho thấy tỷ lệ NCSC đạt kiến thức về PHCN vận động còn thấp. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc, hỗ trợ PHCN cho người bệnh, đồng thời làm cơ sở xây dựng các giải pháp và chiến lược phát triển chuyên ngành PHCN tại bệnh viện.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** NCSC của người bệnh đột quỵ có liệt vận động nửa người có cơ lực tay và chân liệt mức 2/5 hoặc 3/5, đang được điều trị và có mặt tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Hòa Bình; được xác định là người thường xuyên chăm sóc người bệnh hàng ngày.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp trước - sau không có nhóm chứng

**2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Tại các khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Hòa Bình, trong khoảng thời gian từ tháng 5/2025 - 10/2025.

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn toàn bộ NCSC của người bệnh được chẩn đoán là đột quỵ có liệt vận động nửa người có cơ lực tay và chân liệt mức 2/5 hoặc 3/5, nằm điều trị tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Hòa Bình. Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2025 - 10/2025, có 64 NCSC đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn.

**2.5. Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu**

- Thông tin chung của NCSC: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, địa chỉ, số lần chăm sóc người bệnh tại bệnh viện...

- Kiến thức về đột quỵ: từng nghe về đột quỵ, tầm quan trọng của PHCN sau đột quỵ, nguồn tài liệu về đột quỵ được tiếp cận.

*Tác giả liên hệ
**Email:** vuvandau@ndun.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 796767999 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6506

- Kiến thức về tập PHCN cho người bệnh đột quỵ: thời điểm tiến hành PHCN, số lần tập/01 động tác, cách quan sát, nội dung cần PHCN, các tư thế PHCN

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu**

Bộ công cụ gồm 2 phần với 18 câu hỏi: thông tin chung của NCSC (10 câu) và đánh giá kiến thức về PHCN vận động cho người bệnh đột quỵ (8 câu) được xây dựng dựa trên tài liệu "Phục hồi chức năng sau đột quỵ" của Bộ Y tế và các nghiên cứu tương tự trước đó [3]. Sau khi tham khảo các chuyên gia, những người công tác lâu năm trong lĩnh vực phục hồi chức năng bộ công cụ được thử nghiệm 2 tuần và hoàn thiện trước khi tiến hành thu thập số liệu chính thức.

Chương trình can thiệp được xây dựng dựa trên tài liệu 'Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị PHCN cho người bệnh đột quỵ' của Bộ Y tế và tham khảo các nghiên cứu trước đó.3 Can thiệp do nhóm nghiên cứu (gồm điều dưỡng/nhân viên y tế được tập huấn về PHCN) trực tiếp thực hiện tại buồng bệnh theo hình thức cá nhân cho từng NCSC. Nội dung can thiệp bao gồm: (1) thời điểm bắt đầu và tần suất tập luyện; (2) các tư thế đúng trong PHCN và cách lăn trở; (3) hỗ trợ người bệnh trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày; (4) sử dụng các dụng cụ hỗ trợ; và (5) theo dõi phản ứng của người bệnh trong quá trình tập luyện. Bên cạnh cung cấp tài liệu phát tay và tờ rơi, NCSC được hướng dẫn trực tiếp kết hợp minh họa và thực hành tại giường bệnh dưới sự giám sát của người thực hiện can thiệp. Quy trình nghiên cứu gồm 3 bước: (1) Đánh giá kiến thức lần 1 (T1) được thực hiện sau khi người bệnh nhập viện 24 giờ bằng phỏng vấn trực tiếp (30–45 phút); (2) Can thiệp giáo dục sức khỏe được tiến hành sau T1 khoảng 2 ngày, kéo dài 45–60 phút; (3) Đánh giá lại kiến thức lần 2 (T2) được thực hiện trước khi người bệnh ra viện. Thời gian từ can thiệp đến đánh giá lại (T2) dao động tùy theo thời gian nằm viện của người bệnh.

**2.7. Tiêu chuẩn đánh giá:** Kiến thức của NCSC được đánh giá bằng 8 câu hỏi với tổng cộng 14 ý trả lời, mỗi ý đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Tổng điểm tối đa là 14. Dựa trên ngưỡng cắt 50% của nghiên cứu trước trên cùng đối tượng,3 NCSC có tổng điểm kiến thức ≥ 7 điểm thì được xếp vào nhóm có kiến thức đạt và ngược lại.

**2.8. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Sử dụng T-test ghép cặp để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học kĩ thuật bệnh viện YHCT tỉnh Hòa Bình số 299/QĐ-BVY-HCT thông qua ngày 01/04/2024.

## 3. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=64)**

| Đặc điểm | | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---|---|---|---|
| Tuổi | ≥ 60 tuổi | 10 | 15,6 |
| | < 60 tuổi | 54 | 84,4 |
| Giới | Nam | 20 | 31,2 |
| | Nữ | 44 | 68,8 |
| Dân tộc | Kinh | 20 | 31,2 |
| | Mường | 43 | 67,2 |
| | Khác | 1 | 1,6 |
| Nơi ở | Thành thị | 15 | 23,4 |
| | Nông thôn | 49 | 76,6 |
| Trình độ học vấn | Tiểu học | 2 | 3,1 |
| | THCS | 9 | 14,1 |
| | THPT | 32 | 50,0 |
| | Trên THPT | 21 | 32,8 |
| Nghề nghiệp | Buôn bán, lao động tự do | 34 | 53,1 |
| | Cán bộ, viên chức | 17 | 26,6 |
| | Hưu trí, nội trợ | 5 | 7,8 |
| | Khác | 8 | 12,5 |

Phần lớn ĐTNC dưới 60 tuổi với 84,4%; đa số là nữ (68,8%); NCSC chiếm các tỷ lệ cao nhất là người dân tộc Mường (67,2%); trình độ học vấn trung học phổ thông (50,0%); sống ở nông thôn (76,6%); và làm nghề buôn bán, lao động tự do (53,1%).

**Bảng 2. Kiến thức của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ não trước và sau can thiệp (n=64)**

| Kiến thức | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|---|---|---|---|---|
| | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
| **Thời điểm tiến hành PHCN** | | | | |
| Ngay sau đột quỵ | 23 | 35,9 | 54 | 84,4 |
| Qua giai đoạn cấp | 18 | 28,1 | 10 | 15,6 |
| Không biết | 23 | 36,0 | 0 | 0 |
| **Số lần tập/01 động tác** | | | | |
| Đúng (từ 10 – 15 lần) | 11 | 17,2 | 51 | 79,7 |
| Sai hoặc không biết | 53 | 82,8 | 13 | 20,3 |
| **Quan sát sắc thái người bệnh** | | | | |
| Luôn luôn quan sát khi tập cho NB. | 17 | 26,6 | 46 | 71,9 |
| Thỉnh thoảng quan sát 1 lần | 31 | 48,4 | 18 | 28,1 |
| Không quan sát. | 3 | 4,7 | 0 | 0 |
| Không nhớ rõ | 13 | 20,3 | 0 | 0 |
| **Nội dung cần PHCN** | | | | |
| Giữ tư thế tốt và đúng để tránh cứng khớp và biến dạng khớp | 31 | 48,4 | 58 | 90,6 |
| Tập luyện để duy trì và tăng cường sức mạnh cơ | 26 | 40,6 | 38 | 59,4 |
| Sử dụng dụng cụ hỗ trợ giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày | 43 | 67,2 | 44 | 68,8 |
| Không biết | 11 | 17,2 | 0 | 0 |

Sau can thiệp, tỷ lệ trả lời đúng về thời điểm bắt đầu PHCN

tăng từ 35,9% lên 84,4%; số lần tập đúng tăng từ 17,2% lên 79,7%; và mức độ luôn quan sát người bệnh khi tập tăng từ 26,6% lên 71,9%. Đối với các nội dung PHCN, tỷ lệ trả lời đúng đều tăng, đặc biệt nội dung giữ tư thế đúng tăng từ 48,4% lên 90,6%. Tỷ lệ NCSC trả lời đúng từ 2/3 nội dung trở lên tăng từ 64,1% lên 78,1%.

**Bảng 3. Kiến thức của người chăm sóc chính về tư thế phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ não (n=64)**

| Kiến thức | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | |
|---|---|---|---|---|
| | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
| **Các tư thế cho người bệnh** | | | | |
| Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa | 35 | 54,7 | 56 | 87,5 |
| Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt | 23 | 35,9 | 40 | 62,5 |
| Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng bên lành | 32 | 50,0 | 34 | 53,1 |
| Không biết | 14 | 21,9 | 0 | 0 |
| Trả lời đúng ≥ 2 tư thế | 40 | 62,5 | 48 | 75,0 |
| **Tư thế tốt nhất cho người bệnh** | | | | |
| Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa | 18 | 28,1 | 19 | 29,7 |
| Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên liệt | 7 | 10,9 | 31 | 48,4 |
| Đặt người bệnh ở tư thế nghiêng bên lành | 23 | 35,9 | 14 | 21,9 |
| Không biết | 16 | 25,0 | 0 | 0 |
| **Tư thế đặt thân người bệnh** | | | | |
| Phía thân bị liệt của người bệnh được hướng ra giữa phòng | 33 | 51,6 | 59 | 92,2 |
| Phía thân bị liệt của người bệnh sát tường | 14 | 21,9 | 5 | 7,8 |
| Không biết | 17 | 26,6 | 0 | 0 |
| **Tư thế đúng của người bệnh nhằm mục đích** | | | | |
| Giảm bớt co cứng | 26 | 40,6 | 56 | 87,5 |
| Thuận tiện trong chăm sóc | 48 | 75,0 | 62 | 96,9 |
| Đề phòng loét | 20 | 31,3 | 47 | 73,4 |
| Không biết | 12 | 18,8 | 1 | 1,6 |
| Trả lời đúng ≥ 3 mục đích | 2 | 3,1 | 39 | 60,9 |

Sau can thiệp, tỷ lệ trả lời đúng ≥2 tư thế tăng từ 62,5% lên 75,0%; tỷ lệ xác định đúng tư thế tốt nhất (nghiêng bên liệt) tăng từ 10,9% lên 48,4%. Tỷ lệ trả lời đúng về tư thế đặt thân người bệnh (phía liệt hướng ra giữa phòng) tăng từ 51,6% lên 92,2%. Đối với mục đích của tư thế đúng, tỷ lệ trả lời đúng ≥3 mục đích tăng từ 3,1% lên 60,9%; các nội dung thành phần như giảm co cứng, đề phòng loét và thuận tiện chăm sóc đều tăng, lần lượt đạt 87,5%, 73,4% và 96,9% sau can thiệp.

**Bảng 4. So sánh điểm trung bình kiến thức của NCSC về PHCN vận động cho người bệnh đột quỵ não giữa hai thời điểm trước và sau can thiệp**

| Thời điểm | Điểm trung bình | Độ lệch chuẩn | p |
|---|---|---|---|
| Sau can thiệp | 10,6 | 1,8 | < 0,0001 |
| Trước can thiệp | 5,8 | 2,5 | |

Trước can thiệp, điểm trung bình kiến thức của NCSC là 5,8 ± 2,5 điểm trên tổng 14 điểm của thang đo. Sau can thiệp điểm trung bình kiến thức của NCSC tăng lên đạt 10,6 ± 1,798. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001.

## 4. BÀN LUẬN

Về thời điểm bắt đầu PHCN, chỉ có 35,9% NCSC trả lời đúng là cần tiến hành ngay sau đột quỵ. Sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 84,4%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu cho thấy việc bắt đầu PHCN sớm mang lại hiệu quả phục hồi tốt hơn so với trì hoãn. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng những bệnh nhân bắt đầu PHCN trong vòng 20 ngày đầu có khả năng đáp ứng điều trị cao hơn rõ rệt so với nhóm bắt đầu muộn hơn [4]. Do đó, việc NCSC chưa nắm được thời điểm can thiệp phù hợp có thể ảnh hưởng đến cơ hội phục hồi của người bệnh.

Về tần suất tập luyện, chỉ có 17,2% NCSC trả lời đúng số lần tập mỗi động tác (10–15 lần) trước can thiệp. Sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 79,7%. Kết quả này cho thấy trước can thiệp, NCSC còn thiếu kiến thức về cách thức tập luyện cụ thể. Nguyên nhân có thể do chưa được hướng dẫn đầy đủ hoặc còn e ngại khi thực hiện các động tác cho người bệnh. Tương tự, việc quan sát sắc thái người bệnh khi tập luyện cũng chưa được chú trọng, với chỉ 26,6% NCSC trả lời đúng trước can thiệp, tăng lên 71,9% sau can thiệp. Điều này cho thấy trước can thiệp, NCSC chưa nhận thức đầy đủ về vai trò của việc theo dõi phản ứng của người bệnh để điều chỉnh cường độ tập luyện phù hợp.

Về nội dung PHCN cho người bệnh sau đột quỵ, 67,2% NCSC cho rằng mục tiêu chính là giúp người bệnh độc lập tối đa trong sinh hoạt hàng ngày. Điều này phù hợp với thực tế khi hậu quả của đột quỵ thường gây suy giảm chức năng vận động, làm người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Trung cũng cho thấy tỷ lệ phụ thuộc trong các hoạt động hàng ngày của người bệnh đột quỵ khá cao, như 53,1% cần hỗ trợ khi tắm và 45,8% cần hỗ trợ trong vệ sinh cá nhân [5]. Do đó, mong muốn giúp người bệnh độc lập là mục tiêu chính của NCSC. Tuy nhiên, vẫn còn hạn chế trong nhận thức về các nội dung khác của PHCN như duy trì và tăng cường sức mạnh cơ, giữ tư thế đúng để phòng biến dạng khớp, thể hiện qua tỷ lệ chỉ 64,1% NCSC trả lời đúng từ 2/3 nội dung trở lên trước can thiệp. Sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên 78,1%, cho thấy sự cải thiện nhưng vẫn chưa đạt mức tối ưu.

Về chăm sóc tư thế, 62,5% NCSC trả lời đúng từ hai tư thế trở lên trước can thiệp, tăng lên 75,0% sau can thiệp. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan (2017), tỷ lệ này cao hơn (21,9%) [6], cho thấy sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do bối cảnh hoặc đối tượng nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên, khi đánh giá về tư thế tốt nhất, chỉ có 10,9% NCSC trả lời đúng là tư thế nghiêng bên liệt trước can thiệp, tăng lên 48,4% sau can thiệp. Điều này cho thấy kiến thức chuyên sâu về tư thế vẫn còn hạn chế.

Về tư thế đặt thân người bệnh, chỉ có 51,6% NCSC biết cần đặt phía thân bị liệt hướng ra giữa phòng trước can thiệp, tăng lên 92,2% sau can thiệp. Kết quả này phản ánh

sự cải thiện rõ rệt về kiến thức thực hành. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lệ cũng cho thấy nhu cầu được hướng dẫn về tư thế nằm đúng của người bệnh rất cao (92%), nhưng tỷ lệ được hướng dẫn còn thấp [7], cho thấy khoảng trống trong hoạt động giáo dục sức khỏe.

Đối với mục đích của việc đặt tư thế đúng, trước can thiệp chỉ có 3,1% NCSC trả lời đúng đầy đủ các mục đích, trong khi sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 60,9%. Các nội dung thành phần như giảm co cứng (40,6% lên 87,5%) và phòng loét (31,3% lên 73,4%) đều có sự cải thiện rõ rệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Thúy Liên, khi phần lớn NCSC chưa có kiến thức đúng về phòng loét trước can thiệp.8 Điều này cho thấy kiến thức về phòng ngừa biến chứng thứ phát còn hạn chế và cần được chú trọng.

Đánh giá chung, điểm trung bình kiến thức cũng tăng từ 5,8 ± 2,5 lên 10,6 ± 1,8 với p < 0,0001. Sự cải thiện rõ rệt này cho thấy hiệu quả của chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong việc nâng cao kiến thức của NCSC. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa đánh giá thực hành chăm sóc và kết cục người bệnh, do đó cần các nghiên cứu tiếp theo để làm rõ mối liên hệ này.

## 5. KẾT LUẬN

Sau can thiệp, kiến thức của người chăm sóc chính về phục hồi chức năng vận động cho người bệnh đột quỵ cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ trả lời đúng về thời điểm bắt đầu phục hồi chức năng tăng từ 35,9% lên 84,4%; số lần tập đúng tăng từ 17,2% lên 79,7%; và tỷ lệ luôn quan sát người bệnh khi tập tăng từ 26,6% lên 71,9%. Kiến thức về tư thế phục hồi chức năng cũng được cải thiện, với tỷ lệ trả lời đúng ≥2 tư thế tăng từ 62,5% lên 75,0%, xác định đúng tư thế tốt nhất tăng từ 10,9% lên 48,4%, và tỷ lệ trả lời đúng ≥3 mục đích của tư thế đúng tăng từ 3,1% lên 60,9%. Điểm trung bình kiến thức cũng tăng từ 5,8 ± 2,5 lên 10,6 ± 1,8 với p < 0,0001.

## KHUYẾN NGHỊ

Chúng tôi khuyến nghị bệnh viện cần thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng thực hành cho người chăm sóc, đồng thời tăng cường truyền thông về vai trò của PHCN trong điều trị và phục hồi cho người bệnh đột quỵ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] WHO. World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs. WHO,; 2018. Accessed February 25, 2025. https://digitallibrary.un.org/record/3868813

[2] Li S. Stroke Recovery Is a Journey: Prediction and Potentials of Motor Recovery after a Stroke from a Practical Perspective. Life. 2023;13(10):2061. doi:10.3390/life13102061

[3] Nguyễn Thị Mai Hương, Ngô Huy Hoàng, Nguyễn Thị Dung, Đặng Thị Hân, Lại Thị Thanh Xuân. Thay đổi kiến thức về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng. 2020;3(5):5.

[4] Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, et al. Functional Outcome of Ischemic and Hemorrhagic Stroke Patients After Inpatient Rehabilitation. Stroke. 2003;34(12):2861-2865. doi:10.1161/01.STR.0000102902.39759.D3

[5] Nguyễn Thành Trung. Nghiên cứu gánh nặng chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não tại gia đình ở tỉnh Nam Định năm 2016. Tạp Chí Y Học Việt Nam. Published online 2018. Accessed March 19, 2026. http://dspace.hmtu.edu.vn/handle/DHKTYTHD_123/3525

[6] Nguyễn Thị Lan. Thay đổi nhận thức và thực hành về phục hồi chức năng vận động cho người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định; 2017.

[7] Nguyễn Văn Lệ. Thực trạng và các yếu tố liên quan đến chăm sóc phục hồi chức năng tại nhà cho người bệnh bị tai biến mạch máu não đã từng điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2014. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y tế Công Cộng; 2015.

[8] Phạm Thị Thúy Liên. Thay đổi kiến thức dự phòng loét ép của người chăm sóc chính người bệnh tai biến mạch máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016. Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng. Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định; 2016.