



Thay đổi kiến thức về vỗ rung lồng ngực của bà mẹ có con nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Châu Thị Chu², Phạm Thị Thúy Hòa³

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; ²Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã; ³Sở Y tế tỉnh Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức về vỗ rung lồng ngực của các bà mẹ có con nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định sau can thiệp giáo dục sức khỏe. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các bà mẹ có con nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đang không trong tình trạng cấp cứu điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định. Phương pháp nghiên cứu là can thiệp một nhóm đối tượng có so sánh trước sau. **Kết quả:** Điểm trung bình chung kiến thức của đối tượng nghiên cứu là $13,97 \pm 3,24$. Phân loại mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu: 23,3% kiến thức đạt, 76,7% kiến thức chưa đạt (điểm cắt là 50%). Kiến thức về các nội dung thay đổi lần lượt là: khái niệm vỗ rung lồng ngực: 70% (T1), 100% (T2, T3); chỉ định viêm phế quản: 26,7% (T1), 63,3% (T2, T3); chỉ định giãn phế quản: 33,3% (T1), 66,7% (T2), 70% (T3); chống chỉ định bệnh tim mạch: 40% (T1), 63,3% (T2, T3); chuẩn bị người thực hiện kỹ thuật: 43,3% (T1), 83,3% (T2), 86,7% (T3); tư thế cho trẻ ngồi để vỗ rung lồng ngực: 30% (T1), 63,3% (T2), 70% (T3). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Kiến thức của các bà mẹ về vỗ rung lồng ngực trước can thiệp còn thấp (tỷ lệ có kiến thức đạt chiếm 23,3%). Có sự thay đổi rõ sau giáo dục sức khỏe, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng tăng lên đến 76,7% ngay sau can thiệp (T2) và đến 80% sau can thiệp 1 tuần (T3).

Từ khóa: Kiến thức, vỗ rung lồng ngực, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính

Change knowledge about chest percussion and vibration of mother with acute respiratory infections in children treated at the Respiratory department of Nam Dinh Children's hospital after health education interventions

Nguyen Thi Thu Huong¹, Chau Thi Chu², Pham Thi Thuy Hoa³

¹Nam Dinh University of Nursing; ²Song Ma general Hospital; ³Nam Dinh Department of Health

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the change of knowledge about chest percussion and vibration of mother with acute respiratory infections in children treated at the Respiratory Department of Nam Dinh Children's Hospital after health education interventions. **Research subjects and methods:** Mother with acute respiratory infections children who are not in emergency condition for treatment at the Respiratory Department of Nam Dinh Children's Hospital. **Methods** intervention in a group of subjects with before-after comparison. **Results:** The average score of the research subjects' knowledge is 13.97 ± 3.24 . Classification of knowledge level of research subjects: 23.3% of knowledge passed, 76.7% of knowledge did not pass (cutoff point was 50%). Knowledge of the contents changes in turn as follows: the definition of chest: 70% (T1), 100% (T2, T3); indications for bronchitis: 26.7% (T1), 63.3% (T2, T3); indications for bronchiectasis: 33.3% (T1), 66.7% (T2), 70% (T3); contraindications for cardiovascular disease: 40% (T1), 63.3% (T2, T3); prepare the person to perform the technique: 43.3% (T1), 83.3% (T2), 86.7% (T3); The position of children to sit for chest percussion and vibration: 30% (T1), 63.3% (T2), 70% (T3). The change was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The knowledge of mothers about chest percussion and vibration before intervention is still low (the rate of having knowledge is 23.3%). There was a clear change after health education, the percentage of mothers with correct knowledge increased to 76,7% immediately after the intervention (T2) and to 80% after the intervention 1 week (T3).

Keywords: Knowledge, chest percussion and vibration, acute respiratory infection

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một nhóm bệnh do vi khuẩn hoặc virus gây nên những tổn thương viêm cấp tính ở một phần hay toàn bộ hệ thống đường hô hấp kể từ tai, mũi, họng cho đến phổi, màng phổi¹. Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là đứng hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 30 - 60% số lần đến các trung tâm cung cấp dịch vụ y tế và 30 - 40% nhập viện cho các bệnh viện nhi và bệnh cũng là nguyên nhân chính gây tử vong ở lứa tuổi này, do đó phát sinh chi phí lớn cho người chăm sóc và hệ thống chăm sóc sức khỏe của một quốc gia².

Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (năm 2016) mỗi trẻ trung bình trong một năm mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính từ 4 - 9 lần và ước tính trên toàn cầu có khoảng 2 tỷ lượt trẻ em mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, hàng năm có khoảng 4 triệu trẻ em tử vong vì nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trong đó, trên 90% là các nước đang phát triển³.

Tại Việt Nam, hiện nay có khoảng 8 triệu trẻ dưới 5 tuổi. Như vậy ước tính mỗi năm sẽ có từ 32 - 40 triệu lượt trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Mỗi năm có khoảng 20 đến 30 ngàn trẻ dưới 5 tuổi chết vì nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính chủ yếu là do bệnh viêm phổi⁴.

Vỗ rung lồng ngực (VRLN) trong điều trị viêm phổi là liệu pháp được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới. Ở Việt Nam cùng với sự phát triển của vật lý trị liệu, vỗ rung lồng ngực đang ngày càng được áp dụng trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Vỗ rung lồng ngực đúng, tích cực sẽ giúp giảm thiểu các hậu quả này đồng thời giảm thời gian, giảm chi phí điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên sau đó cần hướng dẫn tỉ mỉ cho người nhà người bệnh để có thể thực hiện thường xuyên khi người bệnh ra viện⁵. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hằng và

cộng sự năm 2015, nghiên cứu can thiệp trên 58 trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc viêm phế quản phổi. Đây là đối tượng thường bị ứ đọng đờm dãi và cản trở thông khí. Nghiên cứu nhận ra rằng có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về SpO₂ (74,2%), nhịp thở (43,1%), rút lõm lồng ngực 25,9%, khô khè 44,8%⁶.

Hiện nay tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định, nhân viên y tế trong quá trình điều trị và chăm sóc đã tiến hành hướng dẫn người nhà bệnh nhi biện pháp vỗ rung lồng ngực tuy nhiên do số lượng người bệnh nhiều, thời gian và các yếu tố nguồn lực còn hạn chế nên công tác hướng dẫn vỗ rung lồng ngực cho các bà mẹ chỉ được thực hiện thụ động một chiều mà chưa có sự đánh giá hiệu quả sau hướng dẫn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Thay đổi kiến thức về vỗ rung lồng ngực của bà mẹ có con nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định sau can thiệp giáo dục"* nhằm mục đích đánh giá sự thay đổi kiến thức về vỗ rung lồng ngực của các bà mẹ có con bị NKHHCT trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe (GDSK).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Đối tượng là những bà mẹ có con được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đang không trong tình trạng cấp cứu điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2021 - 5/2022 tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp một nhóm có so sánh trước sau.

- Đánh giá lần 1 (T1): Trước can thiệp, trong 24h đầu khi trẻ nhập viện.

- Đánh giá lần 2 (T2): Ngay sau can thiệp

- Đánh giá lần 3 (T3): Sau đánh giá lần hai 7 ngày.

Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu: 30 bà mẹ đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bà mẹ bằng bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn.

Chương trình can thiệp: Nội dung can thiệp kiến thức: Được thiết kế dựa trên Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng”⁷ gồm các nội dung:

- + Định nghĩa vỡ rung lồng ngực
- + Mục đích vỡ rung lồng ngực.
- + Chỉ định, chống chỉ định vỡ rung lồng ngực.
- + Các nội dung cần chuẩn bị.
- + Nguyên tắc vỡ rung lồng ngực.
- + Các tư thế khi vỡ rung.
- + Các bước tiến hành vỡ rung.
- + Các lưu ý khi thực hiện vỡ, rung.

- Hình thức: Tư vấn cá nhân hoặc nhóm nhỏ 3-5 người.

- Cách thức can thiệp: Sau đánh giá lần 1, đối tượng nghiên cứu được phát tài liệu, tờ rơi tuyên truyền về vỡ rung lồng ngực ở trẻ em. Buổi chiều cùng ngày các điều tra viên tiến hành giáo dục sức khỏe cho đối tượng nghiên cứu bằng cách trình chiếu PowerPoint. Cuối cùng là giải đáp thắc mắc.

- Thời gian can thiệp: 15-20 phút/nhóm.

Phương pháp đánh giá: Kiến thức của bà mẹ về vỡ rung lồng ngực cho trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là sự ghi nhận những hiểu biết về vỡ rung lồng ngực cho trẻ nhiễm

khuẩn hô hấp cấp tính bao gồm định nghĩa, tác dụng, chỉ định và chống chỉ định của vỡ rung lồng ngực cho trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính.

Cách thức đo lường: Sử dụng bộ công cụ được nhóm nghiên cứu xây dựng.

Bà mẹ trả lời câu hỏi phỏng vấn đúng được 1 điểm, không đúng hoặc không biết được 0 điểm. Điểm kiểm tra càng cao thì kiến thức càng cao. Trả lời đúng $\geq 50\%$ (tương ứng ≥ 15 điểm) là kiến thức đạt, $< 50\%$ (tương ứng < 15 điểm) là kiến thức chưa đạt.

Quản lý, phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và sử dụng các test thống kê: tính các giá trị phần trăm, giá trị trung bình, kiểm định so sánh tỷ lệ trước sau bằng test McNemar với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Thông tin		n	%
Tuổi	18 – 25 tuổi	5	16,7
	26 – 35 tuổi	22	73,3
	Từ 36 tuổi trở lên	3	10
Nơi cư trú	Thành thị	13	43,3
	Nông thôn	17	56,7
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông	3	10
	$\geq$ Trung học phổ thông	27	90
Nghề nghiệp	Công nhân	13	43,3
	Khác *	17	56,7

Kết quả ở bảng 1 cho thấy: Nhóm tuổi từ 26 – 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%). Nơi cư trú ở nông thôn chiếm 56,7% và thành thị là 43,3%. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu $\geq$ THPT chiếm 90%. Đa số các bà mẹ là công nhân chiếm 43,3%, còn lại là viên chức, nông dân, nội trợ và tự do.

Đánh giá sự thay đổi kiến thức về vỗ rung lồng ngực của ĐTNC

Bảng 2. Thay đổi kiến thức chung về vỗ rung lồng ngực của ĐTNC trước và sau can thiệp (n = 30)

Nội dung kiến thức	Trước can thiệp (T1)		Ngay sau can thiệp (T2)		Sau can thiệp 7 ngày (T3)		P ₁₂ *	P ₁₃ *
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Khái niệm	21 (70)	19 (30)	30 (100)	0 (0)	30 (100)	0 (0)	< 0,01	< 0,01
Mục đích của VRLN	20 (66,7)	10 (33,3)	22 (73,3)	8 (26,7)	23 (76,7)	7 (23,3)	0,13	0,13
Chỉ định viêm phổi	17 (56,7)	13 (43,3)	21 (70)	9 (30)	21 (70)	9 (30)	0,39	0,39
Chỉ định viêm phế quản	8 (26,7)	22 (73,3)	19 (63,3)	11 (33,7)	19 (63,3)	11 (33,7)	< 0,01	< 0,01
Chỉ định giãn phế quản	10 (33,3)	20 (66,7)	20 (66,7)	10 (33,3)	21 (70)	9 (30)	< 0,05	< 0,01
Chống chỉ định chấn thương lồng ngực	13 (43,3)	17 (56,7)	13 (43,3)	17 (56,7)	13 (43,3)	17 (56,7)	0,45	0,45
Chống chỉ định bệnh tim mạch	12 (40)	18 (60)	19 (63,3)	11 (33,7)	19 (63,3)	11 (33,7)	< 0,05	< 0,05
Chống chỉ định ngay sau ăn no	12 (40)	18 (60)	15 (50)	15 (50)	15 (50)	15 (50)	0,63	0,63

*Kiểm định bất cặp McNemar

Kiến thức về khái niệm vỗ rung lồng ngực thay đổi lần lượt 70% (T1), 100% (T2, T3); chỉ định viêm phế quản thay đổi lần lượt: 26,7% (T1), 63,3% (T2, T3); chỉ định giãn phế quản hay đổi lần lượt: 33,3% (T1), 66,7% (T2), 70% (T3); chống chỉ định bệnh tim mạch thay đổi lần lượt: 40% (T1), 63,3 (T2, T3), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Thay đổi kiến thức của ĐTNC về các nội dung thuộc quy trình chuẩn bị VRLN trước và sau can thiệp (n = 30)

Nội dung	Trước can thiệp (T1)		Ngay sau can thiệp (T2)		Sau can thiệp 7 ngày (T3)		P _{12*}	P _{13*}
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Chuẩn bị người thực hiện	13 (43,3)	17 (56,7)	25 (83,3)	5 (16,7)	26 (86,7)	4 (13,3)	< 0,01	< 0,01
Tư thế ngồi	9 (30)	21 (70)	19 (63,3)	11 (33,7)	21 (70)	9 (30)	< 0,05	< 0,05

**Kiểm định bắt cặp McNemar*

Chuẩn bị người thực hiện kỹ thuật thay đổi lần lượt: 43,3% (T1), 83,3% (T2), 86,7% (T3); tư thế cho trẻ ngồi để vỗ rung lồng ngực thay đổi lần lượt: 30% (T1), 63,3% (T2), 70% (T3). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Thay đổi kiến thức của ĐTNC về các nội dung thuộc quy trình thực hành vỗ rung lồng ngực trước và sau can thiệp (n = 30)

Nội dung	Trước can thiệp (T1)		Ngay sau can thiệp (T2)		Sau can thiệp 7 ngày (T3)		P _{12*}	P _{13*}
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Chạm các ngón tay	12 (40)	18 (60)	18 (60)	12 (40)	18 (60)	12 (40)	0,24	0,24
Khum lòng bàn tay	15 (50)	15 (50)	17 (56,7)	13 (43,3)	18 (60)	12 (40)	0,8	0,61
Sử dụng hoạt động khớp cổ tay	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	1	1
Đặt lòng bàn tay phẳng áp vào thành ngực	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	1	1
Căng các cơ và tạo sự rung	13 (43,3)	17 (56,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	16 (53,3)	14 (46,7)	0,60	0,5

Nội dung	Trước can thiệp (T1)		Ngay sau can thiệp (T2)		Sau can thiệp 7 ngày (T3)		P _{12*}	P _{13*}
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
Tần số 2-3 lần/ngày	11 (38,7)	19 (63,3)	19 (63,3)	11 (38,7)	20 (66,7)	10 (33,3)	0,09	< 0,05
Vỗ xa bữa ăn	10 (33,3)	20 (66,7)	11 (38,7)	19 (63,3)	11 (38,7)	19 (63,3)	1	1
Hướng dẫn ho (đối với trẻ lớn) hoặc hút đờm rãi bằng ống hút hai cần	13 (43,3)	17 (56,7)	22 (73,3)	8 (26,7)	23 (76,7)	7 (23,3)	0,06	< 0,05
Cho trẻ nằm lại tư thế thoải mái	13 (43,3)	17 (56,7)	13 (43,3)	17 (56,7)	14 (46,7)	16 (53,3)	1	1

**Kiểm định bất cặp McNemar*

Tỷ lệ kiến thức về tần số vỗ rung 2 – 3 lần/ngày tại thời điểm T1 là 43,3% và đạt 66,7% tại thời điểm T3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kiến thức đạt với nội dung hướng dẫn ho (trẻ lớn) hoặc ống hút hai cần tại thời điểm T1 là 43,3% và 76,7% tại thời điểm T3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 5. Thay đổi kiến thức VRLN của ĐTNC trước và sau can thiệp GDSK

	T1	T2	T3	P _{12*}	P _{13*}
	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt	23,3%	76,7%	80%	< 0,01	< 0,01
Điểm kiến thức chung	13,96 ± 3,24	17,53 ± 3,65	18,03 ± 3,46	< 0,01	< 0,01

**Kiểm định bất cặp paired - test*

Kết quả trong bảng 5 cho thấy: Bảng trên cho thấy: Tỷ lệ kiến thức chung đạt tăng dần tại các thời điểm nghiên cứu, trước can thiệp tỷ lệ này chỉ đạt 23,3% (T1), ngay sau can thiệp tăng lên đến 76,7% (T2) và sau can thiệp 1 tuần là 80% (T3). Có sự thay đổi rõ về điểm trung bình kiến thức chung ở các thời điểm trước can thiệp, ngay sau can thiệp và sau can thiệp 7 ngày lần lượt là 13,96 ± 3,24; 17,53 ± 3,65 và 18,03 ± 3,46. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bà mẹ chủ yếu trong độ tuổi từ 26 – 35 chiếm (73,3%), trong đó độ tuổi trung bình là 29 tuổi. Đa số các bà mẹ ở độ tuổi lao động và đã trưởng thành, có sự hiểu biết nhất định để đáp ứng các câu hỏi và yêu cầu thực hành của đề tài. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa (2017) có các bà mẹ ở nhóm tuổi 26 – 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,5%, nhóm trên 35 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (8,4%)⁸. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý độ tuổi từ 26 đến 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 54,7%⁹. Nơi cư trú của các bà mẹ ở nông thôn nhiều hơn thành thị nhưng không có sự chênh lệch đáng kể (56,7%/43,7%). Đa số các bà mẹ là công nhân (43,3%); cán bộ, viên chức (16,7%); nông dân, nội trợ (13,3%); nghề nghiệp khác như kinh doanh tự do (26,7%). Trình độ học vấn trên THPT chiếm 90%; dưới THPT chiếm 10%. Các thông tin trên phù hợp với đặc điểm thực tế của Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định là Bệnh viện lớn tuyệt tính có nhiều huyện nhỏ lân cận với các nhà máy và khu công nghiệp phát triển.

Thay đổi kiến thức của bà mẹ về võ rung lồng ngực cho trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Qua kết quả bảng kiến thức chung 3.13 kiến thức trước và ngay sau khi can thiệp GDSK tăng từ (23,3% - 76,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ kết quả này vượt xa so với kết quả mong đợi. Như vậy từ kết quả đề tài đã khẳng định sau khi nhận được giáo dục sức khỏe về võ rung lồng ngực có ảnh hưởng rất tích cực đến kiến thức của đối tượng nghiên cứu.

Sự thay đổi kiến thức đúng đáng kể sau khi hướng dẫn GDSK trong nghiên cứu này do: Nhóm tuổi trưởng thành từ (26 -35 tuổi) chiếm 73,3%, trình độ học vấn > THPT (90%). Đa số các bà mẹ trong độ tuổi lao động và đã trưởng thành, có sự hiểu biết và quan tâm đến chăm sóc con. ĐTNC có đủ không gian và thời gian thoải mái trong quá trình cho trẻ nằm viện và chúng tôi đã sử dụng phương thức truyền thông GDSK trực tiếp bằng tư vấn sức khỏe có nhấn mạnh vào điểm còn thiếu hoặc còn hạn chế của đối tượng. Kết quả một lần nữa khẳng định ưu điểm của phương thức truyền thông GDSK trực tiếp. Vì thế cần vạch ra chiến lược tối ưu để nâng cao chất lượng GDSK hiệu quả cho bà mẹ đối với chăm sóc trẻ NKHHCT tốt nhất.

Tại thời điểm T3, mức độ kiến thức chung được duy trì và tăng lên (80%). Sự tăng tỷ lệ ở thời điểm T3 này là sau khi đánh giá ngay sau khi GDSK bà mẹ có kiến thức nào chưa đúng đã được điều tra viên tư vấn, nhắc nhở, bổ sung luôn. Qua nghiên cứu của một số tác giả đã chỉ ra rằng qua thời gian kiến thức sẽ bị quên những điều ít được củng cố hoặc không được sử dụng thường xuyên trong hoạt động hàng ngày, do đó việc tiếp tục gia tăng các hoạt động truyền thông sau khi tư vấn trực tiếp là thực sự cần thiết để củng cố kiến thức về lâu dài cho các bà mẹ và cần truyền thông bằng nhiều hình thức vào những thời điểm thích hợp để đạt hiệu quả cao nhất.

Sự gia tăng tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về võ rung lồng ngực có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại thời điểm trước với ngay sau can thiệp GDSK và trước can thiệp với trước khi ra viện 1 ngày ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ kiến thức chung đạt ngay sau khi can thiệp với trước khi ra viện 1 ngày.

KẾT LUẬN

Kiến thức của các bà mẹ về vỗ rung lồng ngực trước can thiệp còn thấp (tỷ lệ có kiến thức đạt chiếm 23,3%). Có sự thay đổi rõ sau giáo dục sức khỏe, tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng tăng lên đến 76,7% ngay sau can thiệp (T2) và đến 80% sau can thiệp 1 tuần (T3).

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, đề tài đưa ra một số khuyến nghị sau:

- Áp dụng chương trình can thiệp để tiến hành những nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn; thời gian dài hơn, thiết kế nghiên cứu bệnh chứng hoặc thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng.

- Nhân viên y tế cần tăng cường công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bà mẹ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng nhi khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học. 375-376.

2. Shamshiri A.R, Fahimzad A, Tabatabaie S.A. et al. Frequency of Pediatric Acute Respiratory Tract Infections in Iran; A Systematic Review. Arch Pediatr Infect Dis, 2013, 1(2), 44-52. <https://doi.org/10.5812/pedinfect.9978>

3. Phạm Ngọc Hà. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của những bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thị trấn Tân Túc huyện Bình Chánh - Thành phố Hồ Chí Minh, [Luận văn thạc sĩ y khoa], 2005, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

4. Đàm Thị Tuyết. Một số đặc điểm dịch tễ và hiệu quả can thiệp đối với nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Chợ Mới, tỉnh Bắc Kạn, [Luận án tiến sĩ y học], 2010, Đại học Thái Nguyên.

5. Andi Muh. Faisal, Najihah. Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES (Journal of Health Research Forikes Voice), 2019, 11 (1), 77-80.

6. Hoàng Thị Hằng, Hoàng Thị Nguyệt. Đánh giá tình trạng hô hấp trước và sau vỗ rung liệu pháp ở trẻ dưới 2 tháng tuổi mắc viêm phế quản phổi điều trị tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. 2019. <http://benhviendakhoanongnghiep.vn/bao-cai-khoa-hoc-tai-hoi-thao-nhi-khoa-toan-quoc/>

7. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng”, 2014, tr 180-182.

8. Đỗ Thị Hòa. Thay đổi kiến thức và thái độ về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính sau giáo dục sức khỏe của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2017. 2017.

9. Nguyễn Thị Lý. Thay đổi kiến thức và thực hành của bà mẹ về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ 6 – 24 tháng mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2020, Tập 5 Số 02 (2022).