



BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

CHỊU TRÁCH NHIỆM XUẤT BẢN:

PGS.TS.BSCC. TRẦN AN

Phó Trưởng ban biên tập:

TS.BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

ThS.ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

TS.BS. BÙI THỊ VÂN ANH

TS.BS. NGUYỄN XUÂN TỊNH

TS.BS. TRẦN KHÁNH SÂM

TS.BS. THẨM TRƯƠNG KHÁNH VÂN

ThS.BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT

CN.ĐD. PHẠM KIM ĐỨC

CN.ĐD. VŨ THỊ HỒNG HẠNH

ĐD. ĐỖ HỒNG THU

BAN THƯ KÝ:

ThS.ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Trưởng ban

CN. NGUYỄN HỒNG HẠNH

CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH

Phó Trưởng ban

THIẾT KẾ:

ThS. Họa sĩ VŨ LONG

TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

Phòng Điều dưỡng,

Bệnh viện Mắt Trung ương

85 Bà Triệu, Hà Nội

Email: dsddnhankhoa@gmail.com

Điện thoại: 04.39446630

Fax: 04.39454956

GPXB số 78/GP-XBDS cấp ngày 04/7/2013

In 300 cuốn khổ 19x27 cm

Thiết kế, chế bản và in tại Công ty CP SXTM Ngọc Châu

Địa chỉ: 410 Thụy Khuê, Tây Hồ, Hà Nội

Điện thoại: 04.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mắt TW, năm 2011 **3**

Phạm Thị Kim Đức

Nguyễn Thị Hiền

Hà Huy Tài

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

Kỹ thuật đo nhãn áp bằng nhãn áp kế ICARE **13**

Vũ Thị Minh Tiệp

Một số bảng thị lực dành cho trẻ dưới 5 tuổi **16**

Đỗ Thị Hồng Thu

Thông tin về hội thảo chăm sóc phục hồi chức năng cho người khiếm thị năm 2013 - Bệnh viện Mắt TW **24**

Nguyễn Thị Thu Hiền

Nguyễn Thuý Hải

BÀI DỊCH VỀ CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG

Chăm sóc bệnh đái tháo đường: 10 cách để tránh các biến chứng bệnh đái tháo đường **27**

Lê Hoàng Yến

Các chủ đề nghiên cứu trong điều dưỡng nhãn khoa **31**

Trần Thuý Anh





LỜI NÓI ĐẦU

Công tác chăm sóc, điều trị, cứu người, làm giảm nhẹ sự đau đớn của người bệnh là thiên chức đặc biệt của người điều dưỡng nói chung, điều dưỡng Nhân khoa nói riêng. Trong nhiều năm qua, công tác điều dưỡng tại Bệnh viện Mắt TW nói riêng và ngành mắt nói chung đã phát triển lên tầm cao mới. Hình ảnh, sự thực hành công vụ của người điều dưỡng đã và đang tạo nên bộ mặt của Bệnh viện, góp phần to lớn trong việc nâng cao chất lượng Bệnh viện. Nhiều điều dưỡng đã có trình độ cao, đã tham gia điều hành, quản lý, tham gia giảng dạy, nghiên cứu khoa học, sáng kiến cải tiến... Tuy nhiên, chúng ta chưa có một sân chơi chung mà ở đó các nhà quản lý, các điều dưỡng, cán bộ khác có thể thể hiện vai trò, được nói lên tiếng nói của mình, được chia sẻ kinh nghiệm, thông tin với đồng nghiệp, với mọi người. Việc ra đời Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa là nhu cầu cần thiết nhằm góp phần nâng cao chất lượng công tác chăm sóc người bệnh, cũng như chất lượng Bệnh viện.

Với sự ủng hộ cao, sự chỉ đạo sát của Lãnh đạo Bệnh viện, của các phòng, ban liên quan, sự tham gia nhiệt tình, tâm huyết của Phòng Điều dưỡng, Lãnh đạo cũng như điều dưỡng các khoa/phòng trong Bệnh viện, cuốn Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa đã ra đời. Với từng chuyên mục khá đầy đủ, thể hiện các mặt hoạt động khác nhau của điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW. Hy vọng cuốn Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa sẽ đáp ứng nhu cầu ngày càng cao về chia sẻ thông tin của điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW nói riêng, điều dưỡng ngành Nhân khoa nói chung.

Xin hoan nghênh và cảm ơn sự cố gắng của Hội đồng biên tập, các phòng, ban, các khoa đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho sự ra đời của cuốn Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa này, tuy nhiên chắc chắn sẽ còn nhiều hạn chế, thiếu sót. Kính mong quý đồng nghiệp góp ý để cuốn Đặc san thông tin điều dưỡng Nhân khoa có thể đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu của bạn đọc.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

PGS.TS. ĐỖ NHƯ HƠN

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI CHĂM SÓC MẮT CỦA HỌC SINH MẮC TẬT KHÚC XẠ ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM BỆNH VIỆN MẮT TW, NĂM 2011

Phạm Thị Kim Đức (*); Nguyễn Thị Hiền (**); Hà Huy Tài (***)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi (KAP) chăm sóc mắt (CSM) của học sinh (HS) mắc tật khúc xạ (TKX) đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mắt TW (BVMTW) năm 2011. Đề xuất giải pháp, biện pháp tuyên truyền và giáo dục cho HS, nhân dân nhằm nâng cao sự nhận thức về TKX, cách khắc phục những điểm còn yếu.

Phương pháp nghiên cứu: Điều tra, mô tả cắt ngang.

Kết quả: Về KAP CSM của HS mắc TKX: Tỷ lệ HS có kiến thức đạt loại giỏi (0%), loại yếu (46,5%), trong đó HS ở lứa tuổi 15 – 18 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn. HS ở thành thị và nông thôn đều thiếu kiến thức về CSM. Tỷ lệ HS ở lứa tuổi 11- < 15 và 15 – 18 có thái độ CSM tốt đạt 85%. HS nữ có thái độ CSM tốt hơn HS nam (62,4% - 37,6%). Tỷ lệ HS cấp II và cấp III có hành vi CSM tốt (28%), trung bình (49%), chưa tốt (23%).

Kết luận: Kiến thức về CSM mắc TKX của HS ở nông thôn hay ở thành thị đều rất thấp. HS nữ có thái độ CSM tốt hơn HS nam. Tỷ lệ HS ở 2 bậc học của từng nhóm mức độ có hành vi CSM (tốt, trung bình, chưa tốt) là như nhau. Dù có thái độ tốt nhưng thiếu kiến thức thì hành vi CSM của HS cũng không thể tốt được.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TKX là một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực, đặc biệt là ở trẻ em, ảnh hưởng đến thị lực, thẩm mỹ, học tập, sinh hoạt, vui chơi và giải trí của trẻ, nhất là ở trẻ nhỏ. TKX làm mắt nhìn mờ, có thể gây nên nhược thị, lác.

Ước tính có khoảng 2,5 tỷ người trên thế giới mắc TKX, phổ biến nhất là cận thị. Theo Tổ chức Y tế thế giới, vùng Đông Á và Đông Nam Á là nơi có tỷ lệ mắc TKX cao nhất, chủ yếu là cận thị. Tại Trung Quốc, Jialiang Zhao khi nghiên cứu trên 6.134 trẻ từ 5 đến 15 tuổi nhận thấy nguyên nhân của 89,5% mắt giảm thị lực là do TKX.

(*) Phòng điều dưỡng

(**) Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn

(***) Phòng quản lý Khoa học - Đào tạo



Tại Việt Nam, theo thống kê của phòng khám BVMTW: Năm 2010 có 89.902 lượt người tới khám TKX chiếm khoảng 31,1% tổng số người bệnh (NB) (288.890 NB) tới khám tại phòng khám, trong đó 70% là trẻ em. Nghiên cứu của Hà Huy Tài năm 2000 cho thấy tỷ lệ HS mắc TKX ở HS Hà Nội, Ninh Bình và Nam Định (90,5%, 9,4% và 13,8%). Hệ thống CSM cho HS được chia thành 5 cấp: Cấp trường, cấp xã, phường, thị trấn, cấp quận, huyện, cấp tỉnh, thành phố và cấp trung ương, tuy nhiên vẫn còn có nhiều hạn chế. Các nghiên cứu về TKX trong những năm gần đây cho thấy tỷ lệ HS mắc TKX ngày càng tăng, dù trẻ đã được chỉnh kính và đeo kính thì số độ điốp hàng năm cũng tăng lên rất nhanh, qua đó cho thấy CSM và tự bảo vệ mắt của trẻ và gia đình còn có nhiều thiếu hụt. Nhiều năm nay, TKX đã trở thành vấn đề thời sự, thu hút được sự quan tâm của nhiều tầng lớp trong xã hội. Tuy nhiên KAP CSM của HS còn có nhiều bất cập. Trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu nhưng ở trong nước cũng như tại BVMTW chưa có nghiên cứu nào. Xuất phát từ thực tế trên, nhóm chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá KAP chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mắt Trung ương, năm 2011”** với mục tiêu:

- Đánh giá KAP CSM của HS mắc TKX đến khám tại phòng khám BVMTW, năm 2011.

- Đề xuất giải pháp, biện pháp tuyên truyền và giáo dục cho HS, nhân dân nhằm nâng cao nhận thức về TKX, cách khắc phục những điểm còn yếu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- HS Việt Nam từ 11 - 18 tuổi, không phân biệt nam, nữ, chia theo 2 cấp học [bậc trung học cơ sở (THCS) và phổ thông trung học (PTTH)] đến khám tại các phòng khám của BVMTW trong thời gian nghiên cứu và được chẩn đoán xác định mắt có TKX (cận thị, viễn thị và loạn thị).

- Đối tượng có khả năng nhận thức và năng lực trí tuệ, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu điều tra, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: $n = 200$ HS.

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Bộ câu hỏi điều tra đã được xây dựng trước để đánh giá KAP CSM của HS mắc TKX.

2.4. Cách thức nghiên cứu: Thu thập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

2.5. Tiêu chí đánh giá

- Về kiến thức chăm sóc mắt của đối tượng nghiên cứu bằng bảng điều tra gồm 10 câu hỏi. Mỗi câu trả lời đúng hoàn toàn được tính 1 điểm, mỗi câu trả lời sai hoặc trả lời thiếu ý không được tính điểm (0 điểm).



Loại giỏi: ≥ 9 điểm

Loại khá: từ 7 điểm - 8 điểm

Loại trung bình: từ 5 điểm - 6 điểm

Loại yếu: < 5 điểm

Tốt: ≥ 7 điểm Trung bình: từ 5 điểm - 6 điểm

Chưa tốt: < 5 điểm

2.6. Thời gian và địa điểm thực hiện: từ 01/6/2011 - 31/8/2011, PK - BVMTW

- **Tiêu chí đánh giá thái độ và hành**

vi chăm sóc mắt của đối tượng nghiên cứu bằng bảng câu hỏi gồm 10 câu. Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm. Mỗi câu trả lời sai không được tính điểm (0 điểm).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố về tuổi – giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Σ	
	n	%	n	%	n	%
11 tuổi - < 15 tuổi	42	21	64	32	106	53
15 tuổi – 18 tuổi	38	19	56	28	94	47
Tổng số	80	40	120	60	200	100

Tỷ lệ HS nữ mắc TKX lớn hơn nam (60% so với 40%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ở cả hai lứa tuổi thì tỷ lệ HS nữ mắc TKX đều cao hơn nam.

3.1.2. Nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Phân bố về nơi sống của đối tượng nghiên cứu

Nơi sinh sống	n	%
Thành thị	106	53
Nông thôn	94	47
Tổng số	200	100

Tỷ lệ HS mắc TKX ở thành thị cao hơn nông thôn (53% so với 47%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Đánh giá về kiến thức, thái độ và hành vi chăm sóc mắt của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đánh giá về kiến thức chăm sóc mắt

* **Phân bố theo tuổi:**

Bảng 3: Kiến thức của đối tượng nghiên cứu phân bố theo lứa tuổi/cấp học

Mức độ \ Tuổi	11 - <15 tuổi (Cấp II)		15 tuổi - 18 tuổi (Cấp III)		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Giỏi	0	0	0	0	0	0
Khá	10	28	26	72	36	18
Trung bình	40	56,3	31	43,7	71	35,5
Yếu	56	60,2	37	39,8	93	46,5
Tổng số	106	53	94	47	200	100



Đa số HS có kiến thức đạt loại yếu (46,5%); loại khá (18%) trong đó ở lứa tuổi từ 15 – 18 tuổi: 72%, còn ở lứa tuổi 11- < 15 tuổi: 28%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

*** Phân bố theo giới:**

Bảng 4: Kiến thức của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới

Mức độ \ Giới	Nam		Nữ		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Giỏi	0	0	0	0	0	0
Khá	16	44	20	56	36	18
Trung bình	29	40,8	42	59,2	71	35,5
Yếu	34	36,6	59	63,4	93	46,5
Tổng số	79	39,5	121	60,5	200	100

Đạt loại khá có 36 HS (trong đó nam 44%, nữ 56%); loại yếu có 93 HS (trong đó nữ: 63,4%, nam: 36,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

*** Phân bố theo nơi sinh sống:**

Bảng 5: Kiến thức của đối tượng nghiên cứu phân bố theo nơi sống

Mức độ \ Nơi sống	Thành thị		Nông thôn		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Giỏi	0	0	0	0	0	0
Khá	20	56	16	44	36	18
Trung bình	44	62	27	38	71	35,5
Yếu	42	45	51	55	93	46,5
Tổng số	106	53	94	47	200	100

HS có kiến thức CSM đạt loại yếu ở nông thôn cao hơn ở thành thị (55% so với 45%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Đánh giá về thái độ chăm sóc mắt

*** Phân bố theo lứa tuổi/cấp học:**

Bảng 6: Thái độ của đối tượng nghiên cứu phân bố theo lứa tuổi/cấp học

Mức độ \ Tuổi	11 - < 15 tuổi (Cấp II)		15 tuổi - 18 tuổi (Cấp III)		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	87	51,2	83	48,8	170	85
Trung bình	14	77,8	4	22,2	18	9
Chưa tốt	5	41,7	7	58,3	12	6
Tổng số	106	53	94	47	200	100

HS có thái độ CSM tốt đạt 85% trong đó lứa tuổi từ 11 - <15 tuổi chiếm 51,2%, lứa tuổi từ 15 - 18 tuổi chiếm 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

*** Phân bố theo giới:**

Bảng 7: Thái độ của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới

Mức độ \ Giới	Nam		Nữ		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	64	37,6	106	62,4	170	85
Trung bình	11	61,1	7	38,9	18	9
Chưa tốt	4	33,3	8	66,7	12	6
Tổng số	79	39,5	121	60,5	200	100

Thái độ CSM đạt loại tốt ở HS nữ cao hơn nam (62,4% so với 37,6%), $p < 0,01$.

*** Phân bố theo nơi sinh sống:**

Bảng 8: Thái độ của đối tượng nghiên cứu phân bố theo nơi sinh sống

Mức độ \ Nơi sống	Thành thị		Nông thôn		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	96	56,5	74	43,5	170	85
Trung bình	5	27,8	13	72,2	18	9
Chưa tốt	5	41,7	7	58,3	12	6
Tổng số	106	53	94	47	200	100

HS ở thành thị có thái độ CSM đạt loại tốt cao hơn HS ở nông thôn (56,5% so với 43,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Đánh giá về hành vi chăm sóc mắt của đối tượng nghiên cứu

*** Phân bố theo lứa tuổi/cấp học:**

Bảng 9: Hành vi của đối tượng nghiên cứu phân bố theo lứa tuổi/cấp học

Mức độ \ Tuổi	11 - < 15 tuổi (Cấp II)		15 tuổi - 18 tuổi (Cấp III)		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	32	57,1	24	42,8	56	28
Trung bình	51	52,0	47	48,0	98	49
Chưa tốt	23	50,0	23	50,0	46	23
Tổng số	106	53	94	47	200	100

Tỷ lệ HS ở bậc học cấp II và cấp III ở từng nhóm mức độ có hành vi CSM (tốt, trung bình, chưa tốt) là như nhau với mức ý nghĩa $p > 0,05$.



*** Phân bố theo giới:**

Bảng 10: Hành vi của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới

Mức độ \ Giới	Nam		Nữ		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	31	55,4	25	44,6	56	28
Trung bình	30	30,6	68	69,4	98	49
Chưa tốt	18	39,1	28	60,9	46	23
Tổng số	79	39,5	121	60,5	200	100

Hành vi CSM ở mức độ trung bình và chưa tốt của HS nam thấp hơn nữ (30,6% so với 69,4%; 39,1% so với 60,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

*** Phân bố theo nơi sống:**

Bảng 11: Hành vi của đối tượng nghiên cứu phân bố theo nơi sống

Mức độ \ Nơi sống	Thành thị		Nông thôn		Σ	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	35	62,5	21	37,5	56	28
Trung bình	50	51,0	48	49,0	98	49
Chưa tốt	21	45,7	25	54,3	46	23
Tổng số	106	53	94	47	200	100

Tỷ lệ HS ở thành thị có hành vi CSM đạt loại tốt chiếm 62,5% lớn hơn HS ở nông thôn chiếm 37,5%. Hay HS ở thành thị có hành vi CSM đạt loại chưa tốt chiếm 45,7% ít hơn HS ở nông thôn chiếm 54,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ

4.1.1. Về kiến thức của đối tượng

*** Theo tuổi của đối tượng nghiên cứu:** Trong số những HS tham gia nghiên cứu đa số có kiến thức CSM đạt loại yếu gồm 93 HS chiếm 46,5% trong đó nhóm HS ở lứa tuổi 15 - 18 tuổi cao hơn nhóm 11 - <15 tuổi (60,2% so với 39,8%), kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự năm 2007 (13,3%). Có lẽ do nghiên cứu

này chỉ đề cập đến kiến thức CSM của HS mắc TKX, còn nghiên cứu của tác giả đề cập đến kiến thức của HS bao gồm cả mắc TKX và không mắc TKX. Những kiến thức sai lầm mà HS thường mắc phải như: 35,5% HS trong số tham gia nghiên cứu không biết TKX là gì, 23% trả lời cận thị không gây nguy hiểm và không dẫn đến mù loà,... Những kết quả trên cho thấy còn có nhiều tồn tại trong quan niệm lệch lạc, sai lầm về kiến thức CSM của HS. Như vậy, có thể thấy phần lớn HS chưa được cung cấp đầy đủ thông tin về TKX. Có thể do nội dung này trong sách giáo khoa còn sơ sài, do kiến thức về CSM có TKX của gia đình HS chưa đầy đủ, hoặc khả năng hướng dẫn, cung cấp kiến thức về vấn đề này cho HS còn hạn chế... Tỷ lệ HS có kiến thức CSM đạt loại trung bình chiếm 35,5%, loại khá là 18% (trong



đó ở lứa tuổi 15 – 18 tuổi chiếm 72%, ở lứa tuổi 11 - < 15 tuổi chỉ có 28%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy nhóm HS nằm trong lứa tuổi 15 – 18 tuổi có kiến thức CSM cao hơn nhóm HS ở 11 – < 15 tuổi. Có thể do trẻ càng lớn thì sự hiểu biết và kiến thức càng rộng nên trả lời được nhiều câu hỏi về kiến thức CSM mắc TKX hơn. Điều này cũng phù hợp với sự phát triển về tinh thần cũng như thể chất của trẻ (hoàn toàn sinh lý).

*** Theo giới của đối tượng nghiên cứu:** Tỷ lệ HS có kiến thức CSM đạt loại khá có 36 HS chiếm 18% (trong đó nam: 44%, nữ: 56%), loại trung bình có 71 HS (trong đó nam: 40,8%, nữ: 59,2%), tuy nhiên không có sự khác biệt về giới ở 2 nhóm HS có kiến thức CSM ở mức độ khá và trung bình với $p > 0,05$. Trong số HS tham gia nghiên cứu, tỷ lệ HS nam và nữ có kiến thức về CSM có TKX sai lầm là như nhau khi trả lời thị lực bình thường của HS là 5/10 – 7/10 (35% - 36%). Lý giải điều này, có lẽ do áp lực học tập đối với HS quá lớn, hoặc có thể do thầy cô giáo và cha mẹ HS chưa có nhiều thời gian hướng dẫn, bổ sung kiến thức CSM cho trẻ, do đó HS nam và nữ có kiến thức sai lầm về CSM là như nhau.

*** Theo nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu:** Tỷ lệ HS có kiến thức đạt loại khá ở thành thị cao hơn nông thôn (56% so với 44%), tỷ lệ HS có kiến thức CSM đạt loại yếu ở nông thôn cao hơn thành thị (55% so với 45%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể do thành thị ngày

nay được mở rộng hơn, nhiều tỉnh đã được nâng lên thành thành phố... nên HS thành thị và nông thôn ít có sự khác biệt, không còn chênh lệch nhiều trong các mặt như đời sống, xã hội bao gồm cả văn hoá, giáo dục... Do đó, kiến thức về CSM có TKX được HS thu nhận được là như nhau. Điều đó chứng tỏ, nhu cầu cần được tư vấn thêm kiến thức về CSM của HS là rất lớn, ngành Nhân khoa cần quan tâm và đáp ứng. Đặc biệt với sự phát triển của ngành công nghệ thông tin, ngay cả ở nông thôn HS cũng có thể dễ dàng tiếp cận được với Internet, qua đó cũng có thể cập nhật được các kiến thức về CSM qua mạng.

4.1.2. Về thái độ chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ

*** Theo tuổi của đối tượng nghiên cứu:** Trong số HS tham gia nghiên cứu, tỷ lệ HS có thái độ CSM tốt đạt 85% (trong đó HS ở lứa tuổi 11 - < 15 tuổi: 51,2% và HS ở lứa tuổi 15 - 18 tuổi: 48,8%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cao hơn hẳn nghiên cứu của Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự năm 2007 (0%). Có lẽ do nghiên cứu của tác giả chia mức độ phân loại thái độ CSM của HS làm 4 loại (tốt, khá, trung bình và yếu) nên tiêu chí để đánh giá thái độ đạt loại tốt ở mức cao hơn (có thể từ 9 – 10 điểm). Còn nghiên cứu này, chia mức độ phân loại thái độ CSM của HS làm 3 loại (tốt, trung bình và chưa tốt) nên tiêu chí đánh giá thái độ đạt loại tốt ở mức ≥ 7 điểm, do đó tỷ lệ HS có thái độ CSM đạt loại tốt cao hơn.

*** Theo giới của đối tượng nghiên cứu:** Trong số 170 HS có thái độ CSM



tốt, tỷ lệ HS nữ cao hơn nam (62,4% so với 37,6%). Có thể do, mắc TKX không chỉ ảnh hưởng đến khả năng nhìn rõ của HS mà phần lớn những HS mắc TKX đều sẽ phải đeo kính. Việc đeo kính có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ đối với một số HS, đặc biệt là nữ giới. Do vậy, nữ sinh sẽ có thái độ tích cực hơn trong việc CSM khi mắc TKX.

*** Theo nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu:** Khi so sánh thái độ CSM của HS ở 2 nhóm sinh sống là nông thôn và thành thị chúng tôi nhận thấy, trong số 85% HS có thái độ CSM tốt thì tỷ lệ HS ở thành thị cao hơn nông thôn (56,5% so với 43,5%), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự năm 2007 (0%). Có thể do tác giả nghiên cứu thái độ CSM của HS theo 4 vùng: trung tâm, cận trung tâm, ven, ngoại thành (một miền), còn nghiên cứu này chỉ đề cập đến nơi sinh sống của HS là thành thị và nông thôn (gồm tất cả các thành phố,...), nên kết quả cao hơn. Mặt khác, cũng có thể do điều kiện tiếp xúc với các cơ sở chuyên khoa mắt của HS ở thành thị dễ dàng hơn ở nông thôn nên HS ở thành thị có thái độ tích cực hơn trong việc đi khám và theo dõi mắt định kỳ tại các cơ sở chuyên khoa mắt.

4.1.3. Về hành vi chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ

*** Theo tuổi của đối tượng nghiên cứu:** Tỷ lệ HS mắc TKX có hành vi CSM tốt chỉ chiếm

28%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự năm 2007 (0%). Có lẽ do nghiên cứu của tác giả chia mức độ phân loại hành vi CSM của HS làm 4 loại (tốt, khá, trung bình và yếu) nên tiêu chí để đánh giá hành vi đạt loại tốt ở mức cao hơn (có thể từ 9 – 10 điểm). Còn nghiên cứu này, chia mức độ phân loại hành vi CSM của HS làm 3 loại (tốt, trung bình và chưa tốt) nên tiêu chí đánh giá hành vi đạt loại tốt ở mức ≥ 7 điểm, do đó tỷ lệ HS có hành vi CSM đạt loại tốt cao hơn... Tỷ lệ HS có hành vi CSM đạt loại trung bình chiếm 49%, còn số HS có hành vi CSM chưa tốt chiếm 23%. Trong đó, tỷ lệ HS ở bậc học cấp II và cấp III ở từng nhóm mức độ có hành vi CSM (tốt, trung bình, chưa tốt) là như nhau với mức ý nghĩa $p > 0,05$. Như vậy, nhìn chung thì tỷ lệ HS ở lứa tuổi 11 - <15 tuổi và 15 - 18 tuổi đều có hành vi CSM tốt rất thấp (28%), còn lại có đến 72% HS có hành vi CSM ở mức độ trung bình và chưa tốt, hay nói cách khác là chưa đạt. Lý giải cho vấn đề này, là do HS thiếu kiến thức về CSM, nên dù có thái độ tốt, tích cực nhưng vẫn không có được hành vi tốt bởi hành vi chưa tốt đó được lặp đi lặp lại nhiều



lần và đã trở thành thói quen. Trong số 200 HS tham gia nghiên cứu có đến 51% được hỏi trả lời thường xuyên và không thường xuyên uống thuốc chữa cận thị và không cần đeo kính, 61% không thường xuyên và chưa bao giờ ngồi học đúng tư thế,...Thực trạng này đòi hỏi cần phải có một hệ thống CSM toàn diện từ trên xuống dưới (từ cấp trung ương xuống đến cấp địa phương - xã, phường) để có thể cung cấp, bổ sung đầy đủ kiến thức CSM nói chung và CSM có TKX nói riêng nhằm nâng cao KAP CSM cho HS trong lứa tuổi học đường. Từ đó mới tạo được cơ sở để trẻ có hành vi CSM tốt được.

* **Theo giới của đối tượng nghiên cứu:** Nhóm HS nam mắc TKX có hành vi CSM tốt hơn nữ (55,4% so với 44,6%), cũng như hành vi CSM ở mức trung bình ở nhóm HS nam thấp hơn nữ (30,6% so với 69,4%) và hành vi CSM chưa tốt ở nhóm HS nam thấp hơn nữ (39,1% so với 60,9%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả trên cho thấy học sinh nam có hành vi chăm sóc mắt tốt hơn học sinh nữ. Điều này có thể lý giải, mặc dù thái độ CSM của nữ sinh tích cực hơn nam sinh rất nhiều nhưng với việc thiếu hiểu biết về kiến thức CSM có TKX thì hành vi CSM vẫn có thể không tốt được.

* **Theo nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu:** Tỷ lệ HS mắc TKX ở thành thị có hành vi CSM đạt loại tốt cao hơn nông thôn (62,5% so với 37,5%). Hay HS ở thành thị có hành vi CSM đạt loại chưa tốt ít hơn nông thôn (45,7% so với 54,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa



thống kê với $p < 0,05$. Có thể do khi sinh hoạt trong môi trường có nhiều người mắc TKX sẽ giúp HS thành thị được học hỏi lẫn nhau về kiến thức CSM có TKX nên HS ở thành thị đã có hành vi CSM tốt hơn HS ở nông thôn.

4.2. Về hệ thống chăm sóc mắt ở Việt Nam hiện nay

Tại Việt Nam, hệ thống CSM cho HS được chia thành 5 cấp từ trung ương xuống đến địa phương. Tuy nhiên, do còn có hạn chế nên vấn đề CSM cho cộng đồng nói chung và cho HS mắc TKX nói riêng vẫn còn bất cập cần phải khắc phục.

Đa số HS còn thiếu KAP CSM. Gia đình (cha, mẹ của HS) thiếu kiến thức về công tác CSM cho trẻ, ít có thời gian đưa trẻ đi khám mắt định kỳ, điều kiện sống, học tập chưa đảm bảo, thiếu ánh sáng, bàn ghế



chưa phù hợp,... Mặt khác, trường học chưa phát hiện kịp thời HS có thị lực kém hay có các biểu hiện bất thường tại mắt. Một số thầy cô giáo chưa nhận thức được tầm quan trọng của công tác CSM cho trẻ trong trường học. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự (năm 2007), cho thấy có 75,2% giáo viên không biết TKX có thể là nguyên nhân gây lác (lé). Rất ít trường tổ chức được các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe, sử dụng tranh ảnh, tờ rơi, băng hình để hướng dẫn, bổ sung thêm cho HS kiến thức về CSM còn thiếu hụt. Phụ trách y tế học đường thường là giáo viên kiêm nhiệm nên còn nhiều hạn chế. Hệ thống y tế cấp xã, phường, thị trấn, quận, huyện chưa có bộ phận chuyên CSM cho trẻ đặc biệt là trẻ mắc TKX. Hệ thống y tế cấp tỉnh, thành phố có trung tâm mắt, bệnh viện mắt tỉnh, thành phố, bệnh viện mắt tư nhân, bán công nhưng đa số chưa có bộ phận chuyên biệt CSM cho trẻ mắc TKX trừ một số thành phố lớn như Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Đà Nẵng. Vì vậy, BVMTW là nơi CSM tốt nhất, đặc biệt là trẻ em mắc TKX nhưng lưu lượng NB đông, thời gian tư vấn, hướng dẫn trẻ cách tự chăm sóc và bảo vệ mắt vẫn còn có nhiều hạn chế.

V. KẾT LUẬN

- Về KAP CSM của HS mắc TKX: Tỷ lệ HS có kiến thức đạt loại giỏi (0%), loại yếu (46,5%), trong đó HS ở lứa tuổi 15 - 18 tuổi cao hơn lứa tuổi 11 - < 15 tuổi (60,2% so với 39,8%). HS ở thành thị có kiến thức CSM cao hơn HS ở nông thôn (53%; 47%). Thái độ CSM của HS nữ tốt hơn HS nam (62,4%; 37,6%). Tỷ lệ HS ở 2 bậc học của từng nhóm mức độ có hành vi CSM (tốt, trung bình, chưa tốt) là như nhau.

- Dù có thái độ tốt nhưng thiếu kiến thức thì hành vi CSM của HS cũng không cao.

- Cần tăng cường KAP CSM cho HS bằng nhiều hình thức: đào tạo, tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng như: đồ vui,..., kiện toàn mạng lưới CSM từ trung ương đến các trường học.

VI. KIẾN NGHỊ

- **Đối với cơ quan chức năng:** Tổ chức đào tạo cho cán bộ y tế, thầy cô giáo về kiến thức, kỹ năng CSM; cập nhật kiến thức, kỹ năng về CSM vào sách giáo khoa; thầy cô giáo nên tham khảo thêm tài liệu CSM tiên tiến; cơ quan chức năng cần phối hợp với trường học tổ chức tuyên truyền KAP CSM cho HS tự bảo vệ đôi mắt.

- **Đối với học sinh:** Tìm hiểu, học hỏi những kiến thức cơ bản về CSM qua đài, báo, vô tuyến,...; Tuân thủ đúng hướng dẫn, điều trị của thầy thuốc chuyên khoa mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hiệp (2000), Tật khúc xạ: một nguyên nhân chính gây giảm thị lực tại Việt Nam và các nước trong khu vực. *Nội san nhãn khoa năm 2000*; 3.
2. Hà Huy Tài (2000), Tình hình tật khúc xạ ở học sinh phổ thông. *Nội san nhãn khoa năm 2000*; 3.
3. Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự (2007), Khảo sát tỷ lệ tật khúc xạ và kiến thức, thái độ, hành vi của học sinh, cha mẹ học sinh và giáo viên về tật khúc xạ tại Thành phố Hồ Chí Minh.

KỸ THUẬT ĐO NHÃN ÁP BẰNG NHÃN ÁP KẾ ICARE

Vũ Thị Minh Tiệp^(*)

I. GIỚI THIỆU

Nhãn áp kế là dụng cụ để đo áp lực nội nhãn gián tiếp. Ngoài hai loại nhãn áp kế ấn lõm: (tiêu biểu là nhãn áp kế Schiotz) và nhãn áp kế đè dẹt (tiêu biểu là nhãn áp kế Goldman) thì hiện nay có thêm nhãn áp kế phụt hơi và nhãn áp kế ICare. Cho tới nay, nhãn áp kế Goldman vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá nhãn áp, tuy nhiên kết quả đo phụ thuộc vào chiều dày giác mạc trung tâm, bán kính cong giác mạc. Hơn nữa để đo được nhãn áp bằng nhãn áp kế Goldman cần phải có sinh hiển vi, thuốc gây tê và cần một bác sĩ đo có kinh nghiệm.

Từ thập niên 90, Antti Kontiola đã sáng tạo ra loại nhãn áp kế này, nhưng phải đến năm 2003 loại nhãn áp kế mới được hoàn thiện và có tên thương mại là nhãn áp kế ICare. Đây là loại nhãn áp kế này hoạt động dựa trên việc tính toán tốc độ di chuyển và thời gian tiếp xúc với bề mặt giác mạc của đầu dò kim

loại có đầu bọc Silicon. Cấu tạo của máy gồm ba bộ phận chính: thân máy, màn hình cảm ứng và một phần mềm xử lý số liệu. Sử dụng loại nhãn áp kế này rất đơn giản, không cần gây tê bề mặt nhãn cầu, thời gian tiếp xúc với giác mạc cực ngắn, đầu đo vô khuẩn do đó có thể sử dụng để đo cho người bệnh hậu phẫu, người bệnh có bệnh lý giác mạc. Nhãn áp kế ICare đặc biệt thích hợp đo cho trẻ em và dùng cho người bệnh tự theo dõi nhãn áp tại nhà. Mỗi phép đo là 6 lần đo liên tiếp, máy sẽ tự động bỏ đi trị số nhãn áp cao nhất và thấp nhất và kết quả thu được là giá trị trung bình của 4 lần đo.

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá trị số nhãn áp kế ICare trên người trưởng thành bình thường. Ở Việt Nam cũng có nghiên cứu đánh giá trị số nhãn áp ở người trưởng thành bình thường trên nhãn áp kế Goldman, Maclakov nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá trên nhãn áp kế ICare.

^(*) Khoa Glôcôm

II. CẤU TẠO MÁY

2.1. Thân máy

- + Kích thước: Rộng 13 - 32 mm,
Cao 45 - 80 mm,
Dài 230 mm,
- + Trọng lượng: 155 gam (không pin)
250 gam (có pin)



Hình 2.1: Máy đo nhãn áp kế ICare

2.2. Que đo

- + Trọng lượng 26,5mg (đã được khử trùng, dùng 1 lần)
- + Đường kính đầu que đo 1mm

 1. Thanh tì
 2. Bánh chỉnh độ dài thanh tì
 3. Màn hình hiển thị
 4. Cổ máy đo
 5. Nút lựa chọn
 6. Nút đo

7. Que dò bằng kim loại có đầu tròn bọc plastic
8. Rãnh trung tâm.

III. ƯU, NHƯỢC ĐIỂM CỦA MÁY

3.1. Ưu điểm:

Để sử dụng

- Không cần nhiều thời gian tập huấn cách sử dụng.
- Có thể đo cho nhiều đối tượng, ví dụ: người bệnh là trẻ nhỏ, người già phối hợp kém, người bệnh hạn chế vận động, hậu phẫu những ngày đầu, mắt viêm nhiễm, giác mạc xấu, mắt lác, cấu tạo mắt nhỏ...

- Cho độ chính xác cao.
- Chỉ số nhãn áp ổn định giữa các lần đo.
- Thích hợp cho theo dõi nhãn áp tại nhà hoặc các nghiên cứu trong cộng đồng.

3.2. Nhược điểm

- Giá thành cao.
- Với những trường hợp nghi ngờ tăng nhãn áp cần xác định lại với các nhãn áp

kế khác (như nhãn áp kế Goldmann, nhãn áp kế Maclakov).

IV. QUY TRÌNH THỰC HIỆN

4.1. Các bước tiến hành

- Động viên giải thích cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi tư thế thoải mái, mắt nhìn cố định vào một điểm.



Hình 2.2: Hình ảnh đo nhãn áp bằng máy nhãn áp kế ICare

- Chuẩn bị máy: khởi động máy, lắp que đo vào máy.

- Tiến hành đo: Cố định máy vào trán người bệnh sao cho đầu đo vuông góc với trung tâm giác mạc của người bệnh, đầu đo và giác mạc cách khoảng 4-6 mm.

- Một phép đo được đo 6 lần liên tiếp, kết quả đo là trung bình của 4 lần đo do máy đã tự động loại trừ giá trị cao nhất và thấp nhất.

- Kết quả máy báo đọc như sau:

- Nếu độ lệch giữa các lần đo thấp hơn 1,8 mmHg máy coi đó là bình thường và chữ P xuất hiện một cách bình thường cùng với giá trị nhãn áp đo được.
- Nếu độ lệch từ 1,8 mmHg đến 2,5 mmHg chữ P sẽ nhấp nháy và vạch kẻ ngăn phía dưới.

- Nếu độ lệch từ 2,6 đến 3,5 mmHg chữ P sẽ nhấp nháy và vạch kẻ ngăn đi qua giữa chữ P.

- Nếu độ lệch trên 3,5 mmHg chữ P sẽ nhấp nháy và vạch kẻ ngăn xuất hiện phía trên chữ P.

- Khi trẻ quấy khóc có thể làm kết quả có độ chính xác không cao và nhãn áp dao động.

4.2. Kết quả mong đợi

- Cho kết quả chính xác trên mắt của người bệnh.

- Đối với mắt người bệnh nhỏ khó đo bằng nhãn áp kế Maclakov nếu cho kết quả không chính xác thì khi đo lại bằng nhãn áp kế ICare cho kết quả chính xác và nhanh chóng, người bệnh cảm thấy thoải mái.



MỘT SỐ BẢNG THỊ LỰC DÀNH CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI

Đỗ Thị Hồng Thu^(*)



I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa thị lực

Thị giác là giác quan nhận thức ánh sáng, cảm nhận hình dạng, màu sắc, kết cấu, khoảng cách, độ sâu của sự vật. Thị giác giúp con người quan sát, liên hệ và trao đổi thông tin với môi trường xung quanh. Thị giác bao gồm nhiều yếu tố cấu thành như thị lực, thị trường, sắc giác... trong đó thị lực là một yếu tố quan trọng và hay được sử dụng nhất.

Thị lực của trẻ chưa hoàn thiện ngay sau khi sinh mà còn tiếp tục phát triển trong những năm đầu sau sinh.

Thị lực là khả năng nhìn rõ các vật của mắt, mắt nhìn rõ các vật càng nhỏ thì thị lực càng cao. Đánh giá thị lực là bước rất quan trọng và cần thiết khi khám mắt.

1.2. Mục đích: để đánh giá khả năng nhìn của người bệnh.

^(*) Khoa Mắt trẻ em

II. SỰ PHÁT TRIỂN THỊ LỰC TRẺ EM

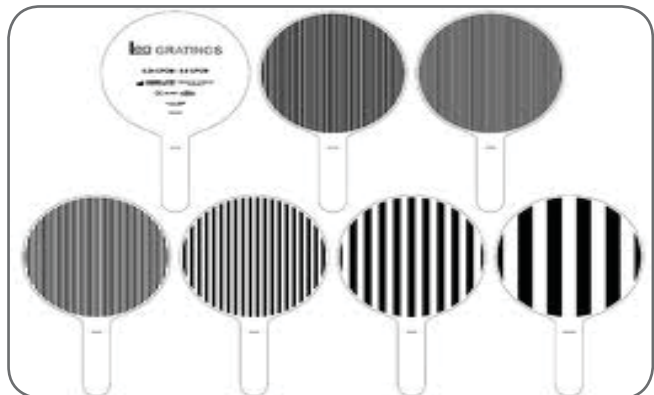
Độ tuổi	Khả năng thị giác
Sơ sinh	Trẻ chưa có khả năng phân biệt được màu sắc, nhìn vật mờ và không có khả năng điều tiết.
2-3 tháng	Trẻ nhìn trực tiếp vào vật, phân biệt được một số màu: xanh, đỏ, đen, trắng, nhận biết được người thân. Ở độ tuổi này trẻ đạt được ngưỡng thị lực 20/200.
3-4 tháng	Trẻ biết phân biệt được nét mặt vui, buồn. Thị trường mở rộng.
4-6 tháng	Trẻ đạt được ngưỡng thị lực 20/100, nhìn được vật ở xa hơn, ở khoảng cách gần có thể nhìn được vật nhỏ: mảnh vụn, sợi dây...
9 tháng	Trẻ đạt được thị lực ngưỡng 20/80, có thể nhìn được tranh, ảnh trên báo.
1 tuổi	Thị lực của trẻ đạt được 20/60, có khả năng nhận biết và phân biệt được màu sắc khác nhau.
2 tuổi	Thị lực trẻ nhìn được ở ngưỡng 20/40, có thể nhận biết được hình khối, lắp ghép một số hình đơn giản.
3-4 tuổi	Trẻ nhận thức tốt hơn, sắp xếp hình tròn, kích thước theo yêu cầu. Thị lực, sắc giác hoàn thiện.
4-5 tuổi	Trẻ có khả năng phân biệt được mức độ dài, ngắn của vật, lắp ráp, vẽ hình khối cơ bản, phân biệt được chữ và số. Thị lực, thị trường, thị giác màu hoàn thiện.

III. CÁC LOẠI BẢNG THỊ LỰC VÀ CÁCH THỬ

3.1. Bảng Lea Gratings

Thiết kế: Các loại bảng này được thiết kế có hình giống hình vệt bóng bàn. Trong đó có một bảng không có kẻ sọc,

còn lại các bảng khác, trên mặt bảng có in các cặp đường kẻ sọc đen trắng được sắp xếp song song đều nhau. Kích thước, độ đậm nhạt và khoảng cách của các đường kẻ sọc tương đương với một mức độ thị lực khác nhau của trẻ.



Bảng 3.1: Lea Gratings



Cơ chế bảng: Khi bảng thị lực được đặt trước mặt trẻ ở khoảng cách 57 cm thì 1cm trên bảng thị lực tương đương với một góc nhìn một độ và số cặp kẻ sọc đen trắng trên 1 cm trên bảng thị lực chính là số cặp đường kẻ đen trắng ở góc nhìn một độ (cycles per degree-cpd), tương đương với thị lực của trẻ. Nếu khoảng cách thử thị lực của trẻ giảm đi một nửa thì kết quả sẽ được chia đôi và ngược lại, nếu khoảng cách thử tăng lên gấp đôi thì kết quả thử cũng sẽ được nhân đôi lên.

Đối tượng: Dùng để kiểm tra thị lực cho trẻ <12 tháng.

Cách thử:

- *Tư thế trẻ:* Đặt trẻ ngồi lòng mẹ, đối diện với người thử ở khoảng cách 57cm.

- *Người thử cầm 2 bảng* chồng lên nhau sau đó di chuyển 2 bảng tách dần ra (xem hình dưới). Bắt đầu thử với bảng thị lực có kẻ sọc to, sau đó chuyển dần sang bảng có kẻ sọc nhỏ hơn cho đến khi trẻ mất khả năng nhìn tập trung vào bảng kẻ sọc mỗi khi thử. Thị lực của trẻ chính là giá trị ghi trên bảng có kẻ sọc nhỏ nhất mà trẻ còn chú ý nhìn khi thử ở khoảng cách 57 cm. Ghi nhận kết quả. Trong trường hợp ở khoảng cách 57 cm mà trẻ không chú ý vào bảng thử, người thử phải di chuyển bảng vào khoảng cách gần hơn cho đến khi trẻ chú ý khi di chuyển 2 bảng.

3.2. Bảng hình

Thiết kế: Bảng này được thiết kế bởi các hình vẽ đơn giản, dễ nhận biết và



Bảng 3.2: Lea Gratings

- *Người thử* đặt đồng thời trước mặt trẻ một bảng thị lực có kẻ sọc đen trắng và một bảng màu xám không có kẻ sọc với kích thước, độ chiếu sáng như nhau. Trẻ có xu hướng nhìn vào bảng kẻ sọc, vì các kẻ sọc trên bảng hấp dẫn trẻ hơn là bảng màu xám. Kẻ sọc càng lớn, trẻ đáp ứng càng nhanh, ngược lại kẻ sọc càng bé, trẻ đáp ứng càng kém.



Hình 3.1: Thử thị lực cho trẻ dưới 1 tuổi

phân biệt. Mỗi hàng tương ứng với ngưỡng thị lực theo quy định. Bảng có thể dùng để khám sàng lọc tại trường học, nhà trẻ.

Đối tượng: trẻ 2,5 - 4 tuổi

Cách thử:

- *Tư thế thử:* Để trẻ cách bảng ở khoảng cách 5 mét (m)
- Điều dưỡng kiểm tra từng mắt,

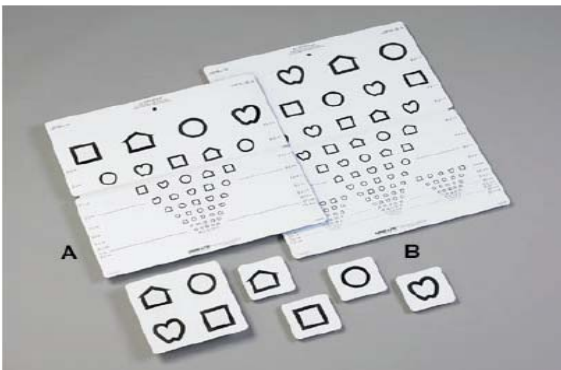


FIG. 1. Preschool vision test and 30-ft E (actual size). In the test itself, the characters are printed on plastic as individual pages in a ring binder.

Bảng 3.3: Bảng hình

khuyến khích trẻ trả lời trong quá trình khám. Kết quả ghi nhận được khi trẻ trả lời đúng ở hàng của bảng thị lực nhỏ nhất.

3.3. Bảng Lea Symbol



Bảng 3.4: Bảng Lea Symbol

Thiết kế: Gồm các hình khối đơn giản, với các kích thước khác nhau để trẻ dễ nhận biết và thích thú. Hình khối có thể tách rời để trẻ cầm riêng biệt khi được yêu cầu đưa ra hình khối chính xác.

Khoảng cách: 3 m (10 foot)

Đối tượng: nhóm trẻ 2 - 3 tuổi.

Cách thử: Trước khi thử trẻ được

hướng dẫn và phân biệt được hình khối cơ bản. Trẻ ngồi cách xa bảng thử 3 m, điều dưỡng sẽ chỉ vào bảng thị lực và yêu cầu trẻ trả lời. Nếu trẻ tự nói được thì có thể trả lời, hoặc trẻ đưa ra hình khối tương ứng để trả lời. Ghi nhận kết quả ở hàng thị lực trẻ trả lời chính xác.

3.4. Bảng thị lực góc

Thiết kế: Dựa trên nguyên lý phân tách góc tối thiểu, mỗi ngưỡng thị giác tương ứng với góc thị giác 5 phút cung. Bảng có thể tách rời, trẻ có thể xoay các hướng của chữ E hoặc chỉ tay theo yêu cầu của người kiểm tra.

Khoảng cách: 5 m

Đối tượng: Nhóm trẻ 4 - 5 tuổi hoặc nhóm tuổi lớn hơn. Độ chính xác cao.

Cách thử: Để trẻ ngồi cách xa bảng thị lực theo đúng khoảng cách quy định, kiểm tra từng mắt, đảm bảo một mắt che kín, yêu cầu trẻ trả lời chính xác hướng quay của chữ E. Thị lực ghi nhận được khi trẻ trả lời chính xác nhất ở hàng cuối của bảng thị lực.

Lưu ý:

Trẻ nhỏ khó phối hợp và hay mang tâm lý sợ hãi khi đến bệnh viện, do đó nên tạo môi trường tốt cho trẻ để trẻ không khóc hay sợ hãi khi khám. Nếu trẻ chưa tự tin có thể cho trẻ nhìn bằng cả 2 mắt sau đó kiểm tra lại thị lực từng mắt.

Che mắt không được thử, đảm bảo che kín và không ấn vào mắt trong khi thử.

Nếu thị lực không đạt 1/10 (tức là 5/50) để người bệnh tiến gần đến bảng thị lực tới khi đọc được hàng 1/10 và

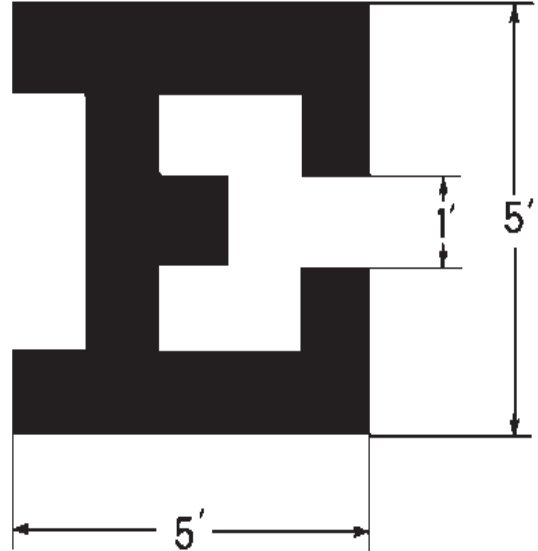


kết quả thị lực sẽ là phân số mà tử số là khoảng cách thử và mẫu số là 50. Nếu không đọc được chữ nào thì cho người bệnh đếm ngón tay và ghi kết quả theo khoảng cách đếm được ngón tay, ví dụ ĐNT 2 m, ĐNT 50 cm.



Đo thị lực trên đối tượng trẻ em là rất khó khăn, cần phải biết sử dụng bảng đo hợp lý, biết tâm lý trẻ, biết các phương pháp thử.

Cần mở rộng chương trình phổ biến thông tin tuyên truyền để mọi người



Bảng 3.5: Bảng chữ E

Nếu trẻ không đếm được ngón tay thì kiểm tra khả năng phân biệt ánh sáng và hướng ánh sáng. Nếu mắt còn phân biệt được ánh sáng và hướng ánh sáng thì ghi là ST (+) và hướng ánh sáng tốt. Nếu không phân biệt được sáng thì ghi là ST (-).

Làm các bước tương tự với mắt còn lại và thử thị lực cả hai mắt đồng thời.

IV. KẾT LUẬN

Kiểm tra thị lực là kỹ năng quan trọng cần được đánh giá khi khám mắt.

Thị lực trẻ em chưa hoàn thiện ngay sau sinh mà còn tiếp tục phát triển trong những năm đầu.

có thể sơ bộ đánh giá khả năng nhìn của trẻ thông qua một số phương pháp sơ bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Tịnh (2008), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương bệnh võng mạc trẻ đẻ non và kết quả điều trị lazer. *Luận án tiến sĩ y học.*

2. Dr Stephen Hing and Linda Lawrence MD Amaranth foundation. Functional visual assessment, Assessing children vision 3. <http://visualtestingschart.com>.

<http://.lea-test/en/vistests/instruct/leagrati/leagrati.html>



CHUẨN ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP ĐIỀU DƯỠNG VIÊN

(Ban hành theo Quyết định số 20/QĐ-HDD ngày 10/9/2012 của Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam)

-----*-----

I. BẢO ĐẢM AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

1. Duy trì chuẩn mực thực hành tốt nhất có thể ở nơi làm việc.
2. Chịu trách nhiệm cá nhân về mọi quyết định và hành vi chuyên môn trong chăm sóc người bệnh.
3. Can thiệp kịp thời và báo cáo cho người phụ trách khi phát hiện các hành vi thực hành của người hành nghề không đảm bảo an toàn cho người bệnh.

II. TÔN TRỌNG NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

4. Tôn trọng tuổi, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng của người bệnh.
5. Tôn trọng quyền của người bệnh trong khi thực hành chăm sóc.
6. Đảm bảo kín đáo tốt nhất có thể cho người bệnh khi chăm sóc và làm thủ thuật.
7. Cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc người bệnh.
8. Giữ gìn những bí mật liên quan đến bệnh tật và cuộc sống riêng tư của người bệnh.
9. Đối xử công bằng với mọi người bệnh.

III. THÂN THIỆN VỚI NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

10. Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện.
11. Lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp ứng lại bằng câu nói ân cần với cử chỉ lịch sự.
12. Cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện.
13. Giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.

IV. TRUNG THỰC KHI HÀNH NGHỀ

14. Trung thực trong việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao cho người bệnh.
15. Trung thực trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn chăm sóc người bệnh và thực hiện các chỉ định điều trị.
16. Trung thực trong việc ghi các thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh.

V. DUY TRÌ VÀ NÂNG CAO NĂNG LỰC HÀNH NGHỀ

17. Thực hiện đầy đủ chức năng nghề nghiệp của điều dưỡng viên.
18. Tuân thủ các quy trình kỹ thuật, các hướng dẫn chuyên môn khi chăm sóc người bệnh.
19. Học tập liên tục để cập nhật kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp.
20. Tham gia nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng.

VI. TỰ TÔN NGHỀ NGHIỆP

21. Giữ gìn và bảo vệ uy tín nghề nghiệp khi người khác làm tổn hại đến các giá trị và danh dự của nghề.
22. Tận tụy với công việc chăm sóc người bệnh và tự giác chấp hành các quy định ở nơi làm việc.
23. Từ chối nhận tiền và lợi ích khác của người bệnh, người nhà người bệnh vì mục đích ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh.
24. Tôn trọng Điều lệ Hội và tự nguyện tham gia các hoạt động của Hội điều dưỡng các cấp.

VII. ĐOÀN KẾT VỚI ĐỒNG NGHIỆP

25. Hợp tác và giúp đỡ đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ.
26. Tôn trọng và bảo vệ danh dự uy tín của đồng nghiệp.
27. Truyền thụ và chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp với đồng nghiệp.

VIII. CAM KẾT VỚI CỘNG ĐỒNG VÀ XÃ HỘI

28. Nói và làm theo các quy định của Pháp luật.
29. Gương mẫu tại cộng đồng và nơi sinh sống.
30. Tham gia các hoạt động từ thiện và bảo vệ môi trường.

CHỦ TỊCH HỘI ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM
Vi Thị Nguyệt Hồ (Đã ký)



Relestat (Epinastine HCl 0.05%)

Giải pháp hiệu quả cho viêm kết mạc dị ứng



**Giảm triệu chứng ngứa
trong 3 phút**



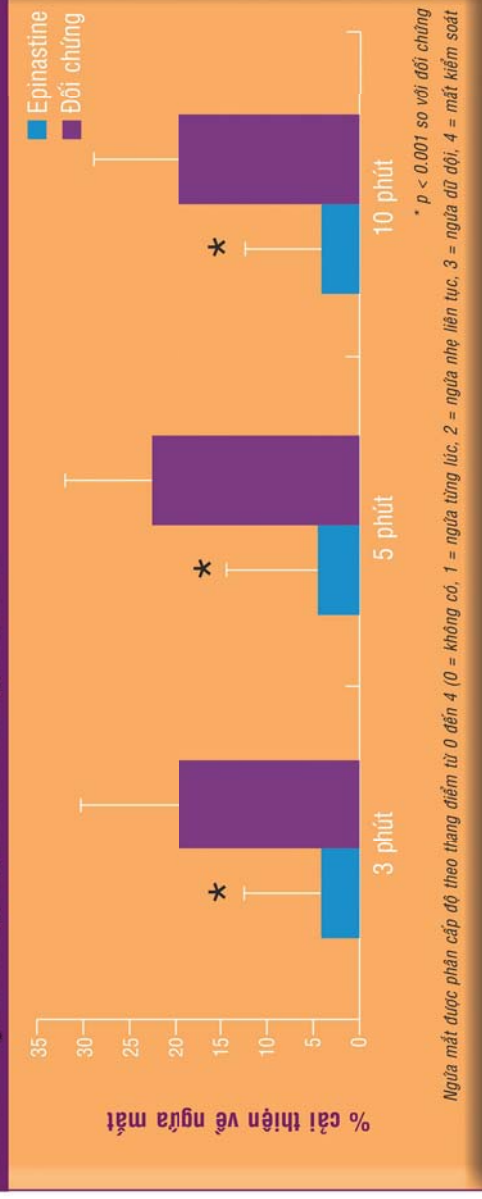
Có cả 3 tác dụng:

- Kháng thụ thể H1
- Kháng thụ thể H2
- Ổn định Tế bào Mast

Khởi phát tác dụng trong 3 phút

Nghiên cứu thử kháng nguyên kết mạc có đối chứng

Giảm triệu chứng ngứa chỉ trong 3 phút¹

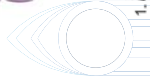


Nghiên cứu được thực hiện đơn trung tâm, mù đôi, ngẫu nhiên, có đối chứng ở 67 bệnh nhân. Epinastine được cho vào 1 bên mắt và mắt còn lại sử dụng tá dược trước khi thử nghiệm với kháng nguyên gây dị ứng kết mạc. Ngứa được phân cấp độ theo thang điểm từ 0 đến 4 vào lúc 3 phút, 5 phút và 10 phút sau khi thử kháng nguyên

Relestat™
(dung dịch nhỏ mắt epinastine HCl)

là thuốc kháng dị ứng có tác dụng trên cả H1,2 và tế bào Mast⁽³⁾

Giảm triệu chứng ngứa trong 3 phút¹



1. Abelson MB, Gomes P, Crampton HJ, Schiffman RM, Bradford RR, Whitcup SM. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine assessed using the conjunctival antigen challenge model in patients with a history of allergic conjunctivitis. Clin Ther. 2004;26(1):35-47
 2. Relestat prescribing information
 3. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern Guidelines. Conjunctivitis – Limited Revision. San Francisco, CA, 2011;13





THÔNG TIN VỀ HỘI THẢO CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHIẾM THỊ NĂM 2013 - BV MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Hiền; Nguyễn Thúy Hải (*)

Công tác chăm sóc và phục hồi chức năng cho người khiếm thị là một vấn đề được quan tâm nhiều trong hội nghị về Phòng chống mù lòa thế giới. Cải thiện chất lượng thị giác cho người khiếm thị là một mục tiêu của công ước “Quyền được nhìn thấy 2020”. Ở Việt Nam, công tác chăm sóc mắt phòng chống mù lòa nói chung và chăm sóc phục hồi chức năng (PHCN) cho người khiếm thị nói riêng còn nhiều khó khăn và thách thức. Được sự giúp đỡ của Tổ chức Christoffel Blindenmission (CBM), Bệnh viện Mắt TW đã thực hiện chương trình “Chăm sóc cho người khiếm thị” từ năm 1999. Năm 2012, được sự ủng hộ của Bộ Y tế, sự hỗ trợ của CBM, Bệnh viện Mắt TW đã thành lập đơn vị chăm sóc và phục hồi chức năng cho người khiếm thị.

Với mục tiêu: “Làm gì để chăm sóc phục hồi chức năng cho người khiếm

thị”, hội thảo về công tác chăm sóc phục hồi chức năng thị giác cho người khiếm thị đã được tổ chức vào ngày 03 tháng 01 năm 2013, với 74 đại biểu từ nhiều cơ quan, tổ chức như: đại diện của Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (LĐTBXH), bệnh viện mắt và khoa mắt của một số tỉnh, thành phố trong cả nước, hội người mù Việt Nam và hội người mù của một số Thành phố (Hà Nội, Hải Dương...), trường Nguyễn Đình Chiểu Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh... Hội thảo đã thảo luận những vấn đề:

- *Làm thế nào để phát hiện người khiếm thị và quy trình chăm sóc phục hồi chức năng thị giác cho người khiếm thị.*
- *Làm thế nào để chuyển tuyến cho người khiếm thị từ các địa phương, các hội người mù, các trường mù... đến đơn vị PHCN khiếm thị tại Bệnh viện Mắt TW.*

(*) Khoa Khúc xạ- Kính tiếp xúc

- Vai trò và mối liên quan giữa các cơ quan, tổ chức xã hội như: Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ LĐTBXH, bệnh viện mắt, hội người mù, trường mù, các tổ chức nước ngoài... đối với việc chăm sóc PHCN cho người khiếm thị.

Hội thảo đã trình bày khái niệm khiếm thị, các nguyên nhân gây khiếm thị và các phương pháp phục hồi chức năng, đã giới thiệu về đơn vị phục hồi chức năng cho người khiếm thị tại Bệnh viện Mắt TW, với nhiệm vụ và những thiết bị trợ thị cho người khiếm thị.

Trường Nguyễn Đình Chiểu Hà Nội với chức năng giáo dục cho trẻ mù học

bằng chữ nổi. Từ năm 1999, với sự hỗ trợ của CBM hầu hết học sinh khiếm thị của trường đã được chuyển sang học chữ in thường nhờ sử dụng các phương tiện trợ thị. Hàng năm, trường luôn phối hợp với các bác sĩ và điều dưỡng của Bệnh viện Mắt TW khám cho các học sinh mới vào trường để phân loại học sinh, với những cháu khiếm thị có khả năng hỗ trợ thị giác đều được tư vấn các phương tiện trợ thị để các cháu học chữ sáng mà không phải “nhìn chữ nổi” như trước đây. Nhà trường đánh giá rất cao sự hỗ trợ của Bệnh viện Mắt TW trong việc chăm sóc cho các học sinh khiếm thị.



PGS.TS. Đỗ Như Hân phát biểu tại hội thảo



- Bệnh viện Mắt TW cần tổ chức các lớp tập huấn, đào tạo về kiểm thị và đẩy mạnh công tác truyền thông nhằm thay đổi nhận thức của xã hội về người khiếm thị, quan trọng hơn là của chính bản thân người khiếm thị, sao cho họ thấy được nhu cầu cần được chăm sóc cải thiện

Hội thảo cũng đã thống nhất một số vấn đề sau:

- Chăm sóc và PHCN cho người khiếm thị không phải là việc riêng của ngành nào mà phải cần nhiều cơ quan, ban, ngành kết hợp thực hiện. Ngành Mắt giúp khám phát hiện và phục hồi chức năng về thị giác, ngành Giáo dục giúp đào tạo dạy chữ, các hội người mù giúp làm PHCN và hướng nghiệp dạy nghề cho người khiếm thị. Mối liên kết này được thể hiện qua sơ đồ chuyển tuyến: người khiếm thị được chuyển từ các hội người mù, trường mù của các địa phương đến đơn vị phục hồi chức năng khiếm thị, tại đây người khiếm thị được phục hồi chức năng thị giác và lại được giới thiệu trở lại các trường mù để học hoặc trở lại hội người mù để được dạy nghề. Các tổ chức xã hội và tổ chức nước ngoài sẽ hỗ trợ về kinh phí để cho công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người khiếm thị.

thị giác của bản thân.

- Các cán bộ ngành Mắt cần được đào tạo để cập nhật những kiến thức về chăm sóc phục hồi chức năng thị giác cho người khiếm thị, giúp người khiếm thị sử dụng có hiệu quả phần thị giác còn lại như thế nào.
- Cần lồng ghép công tác phục hồi chức năng khiếm thị vào các hoạt động phòng chống mù lòa, để người khiếm thị được hưởng các quyền lợi khám chữa bệnh, hưởng BHYT...
- Cần xây dựng mô hình chăm sóc phục hồi chức năng thị giác cho người khiếm thị tại các tỉnh để người khiếm thị được hưởng các dịch vụ chăm sóc ngay tại địa phương.

Hội thảo được đánh giá cao vì đã gióng lên hồi chuông thức tỉnh các nhà quản lý về lĩnh vực chăm sóc và phục hồi chức năng cho người khiếm thị, đồng thời đặt dấu mốc cho Đơn vị Phục hồi chức năng cho người khiếm thị của Bệnh viện Mắt TW chính thức ra đời.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

10 CÁCH ĐỂ TRÁNH CÁC BIẾN CHỨNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

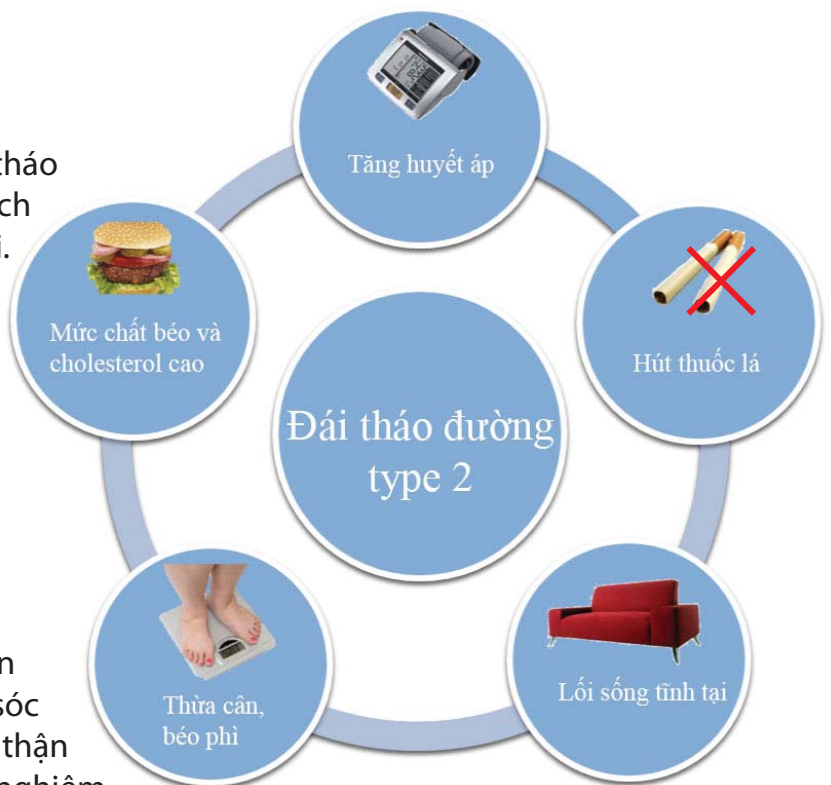
(DIABETES CARE: 10 WAYS TO AVOID DIABETES COMPLICATION)

Tác giả: Tập thể nhân viên Bệnh viện Mayo - Tây Ban Nha
Người dịch: Lê Hoàng Yến^(*)

Chăm sóc bệnh đái tháo đường là một trách nhiệm suốt đời. Xem xét 10 chiến lược để ngăn ngừa biến chứng bệnh đái tháo đường.

Đái tháo đường là một bệnh nghiêm trọng. Tuân thủ theo kế hoạch điều trị bệnh đái tháo đường của bạn là cam kết cần được thực hiện một cách liên tục. Nhưng những nỗ lực của bạn mới là quan trọng. Chăm sóc bệnh đái tháo đường cẩn thận có thể giảm các nguy cơ nghiêm trọng - thậm chí kể cả việc đe dọa tính mạng - biến chứng.

Dưới đây là 10 cách để hoạt động tích cực trong việc chăm sóc bệnh đái tháo đường và tận hưởng một tương lai khỏe mạnh:



1. Thực hiện một cam kết để quản lý bệnh đái tháo đường của bạn.

Các thành viên của nhóm chăm sóc bệnh đái tháo đường của bạn - bác sĩ, nhà giáo dục chăm sóc bệnh đái tháo

^(*) Phòng Điều dưỡng



đường và chuyên gia dinh dưỡng, chẳng hạn - sẽ giúp bạn tìm hiểu những điều cơ bản của việc chăm sóc bệnh đái tháo đường, giúp đỡ và động viên bạn trong suốt quá trình điều trị. Nhưng điều đó còn phải phụ thuộc vào bạn và cách quản lý tình trạng bệnh của bạn. Cuối cùng không ai quản lý tốt hơn bạn trong việc giữ sức khỏe của chính bạn.

Bạn có thể học hỏi nhiều về bệnh đái tháo đường. Hãy ăn uống lành mạnh và hoạt động thể chất là một phần trong thói quen hàng ngày của bạn. Duy trì cân nặng khỏe mạnh. Theo dõi lượng đường trong máu và làm theo hướng dẫn của bác sĩ để giữ cho lượng đường trong máu của bạn không tăng lên. Đừng ngại yêu cầu nhóm điều trị bệnh đái tháo đường của bạn giúp đỡ khi bạn cần.

2. Không hút thuốc.



Nếu bạn hút thuốc hoặc sử dụng các loại thuốc lá, hãy hỏi bác sĩ của bạn để giúp bạn bỏ thuốc lá. Hút thuốc lá làm tăng biến chứng của bệnh đái tháo đường, bao gồm đau tim, đột quỵ, tổn thương thần kinh và bệnh thận. Trong thực tế, những

người hút thuốc lá mắc bệnh đái tháo đường có khả năng tử vong cao gấp ba lần vì bệnh tim mạch so với người không hút thuốc lá mắc bệnh đái tháo đường, căn cứ theo Hiệp hội đái tháo đường Mỹ. Nói chuyện với bác sĩ của bạn về cách để bỏ hút thuốc lá hoặc ngừng sử dụng các loại thuốc lá.

3. Kiểm soát huyết áp và cholesterol của bạn.



Như bệnh đái tháo đường, huyết áp cao có thể làm hỏng các mạch máu của bạn. Cholesterol cao là một mối quan tâm nữa vì biến chứng thường nặng hơn và nhanh hơn khi bạn có bệnh tiểu đường. Khi các yếu tố nguy cơ đó tăng lên có thể dẫn đến một cơn đau tim, đột quỵ hoặc là những yếu tố/các bệnh đe dọa tính mạng khác.

Ăn thức ăn lành mạnh và tập thể dục thường xuyên có thể là một cách thức lâu dài hướng tới việc kiểm soát huyết áp cao và cholesterol. Đôi khi việc dùng thuốc là rất cần thiết.

4. Lên lịch khám sức khỏe hàng năm và khám mắt thường xuyên.

Kiểm tra bệnh đái tháo đường thường xuyên của bạn không có nghĩa là để thay thế việc khám sức khỏe hàng năm hoặc khám mắt định kỳ. Bác sĩ của bạn sẽ phát hiện ra bất kỳ biến chứng có liên quan đến bệnh đái tháo đường bao gồm các dấu hiệu của tổn thương thận, tổn thương thần kinh và bệnh tim - cũng như cho các vấn đề sức khỏe. Chuyên gia chăm sóc mắt của bạn sẽ kiểm tra các dấu hiệu của tổn thương võng mạc, đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp.

5. Duy trì vaccine thường xuyên.

Lượng đường trong máu cao có thể làm suy yếu hệ thống miễn dịch của bạn, điều đó làm cho việc dùng vaccine thường xuyên là quan trọng hơn bao giờ hết. Hãy hỏi bác sĩ của bạn về:

- **Vaccine cúm:** Dùng vaccine cúm hàng năm có thể giúp bạn duy trì sức khỏe trong mùa cúm cũng như ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng của bệnh cúm.
- **Vaccine ngừa viêm phổi:** Đôi khi chủng ngừa viêm phổi đòi hỏi chỉ một lần. Nếu bạn có biến chứng bệnh tiểu đường hoặc bạn từ 65 tuổi trở lên, bạn có thể cần tiêm nhắc lại 5 năm.
- **Vaccine viêm gan B:** Trung tâm Kiểm Soát và Phòng bệnh (CDC) đang khuyến cáo tiêm chủng viêm gan B nếu bạn chưa được tiêm phòng vaccine viêm gan B và tuổi của bạn từ 19 tuổi đến 59 tuổi bị bệnh đái tháo đường tuyp 1 hoặc bệnh

đái tháo đường tuyp 2. Theo hướng dẫn mới nhất của CDC thì cần tiêm phòng Vaccine càng sớm càng tốt sau khi được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường tuyp 1 và 2. Nếu bạn từ 60 tuổi trở lên, có bệnh đái tháo đường và trước đó không được tiêm vaccine, hãy hỏi bác sĩ điều trị của bạn xem việc tiêm vaccine có cần thiết cho bạn không.

- **Vaccine khác:** Cần tiêm phòng uốn ván nếu bạn đã tiêm trên 10 năm. Tùy thuộc vào từng trường hợp, bác sĩ có thể khuyên bạn nên tiêm phòng thêm các loại vaccine khác.

6. Chăm sóc răng của bạn.



Bệnh đái tháo đường có thể làm bạn dễ bị nhiễm trùng nướu răng. Đánh răng ít nhất hai lần một ngày, dùng chỉ nha khoa răng của bạn một lần một ngày, và đi khám răng ít nhất hai lần một năm. Tham khảo ý kiến nha sĩ ngay lập tức nếu nướu răng bị chảy máu hoặc có dấu hiệu sưng đỏ.

7. Chú ý đến bàn chân của bạn.

Lượng đường trong máu cao có thể gây ảnh hưởng đến các dây thần kinh



ở bàn chân của bạn và giảm lượng máu đến bàn chân. Nếu không điều trị, vết xước và mụn nước có thể dẫn đến nhiễm trùng nghiêm trọng. Để ngăn chặn những vấn đề về chân cần:

- Rửa chân hàng ngày bằng nước ấm.
- Lau khô bàn chân của bạn nhẹ nhàng, đặc biệt là giữa các ngón chân.
- Dưỡng ẩm cho bàn chân và mắt cá chân với kem dưỡng da của bạn.
- Kiểm tra bàn chân hàng ngày để xem có xuất hiện mụn nước, vết xước, vết loét, đỏ hoặc sưng.
- Tham khảo ý kiến bác sĩ của bạn nếu bạn bị đau chân hoặc bị các vấn đề khác ở chân mà tổn thương không bắt đầu lành trong vòng một vài ngày.

8. Xem xét dùng aspirin hàng ngày.

Aspirin làm giảm khả năng tạo các cục máu đông. Dùng aspirin hàng ngày có thể giảm nguy cơ đau tim và đột quỵ - nguy cơ lớn khi bạn có bệnh đái tháo đường. Hãy hỏi bác sĩ của bạn để xem việc điều trị bằng

aspirin hàng ngày có phù hợp cho bạn không, bao gồm cả những liệu pháp mạnh của aspirin đã là tốt nhất đối với bạn hay chưa.

9. Nếu bạn uống rượu thì cần phải thận trọng.

Rượu có thể gây hạ đường huyết, tùy thuộc vào lượng bạn uống là bao nhiêu cho dù bạn ăn cùng lúc. Nếu bạn uống rượu hãy uống trong chừng mực và luôn uống trong bữa ăn. Hãy nhớ tính thêm số calo từ bất kỳ đồ uống có cồn của bạn vào trong lượng calo hàng ngày.

10. Kiểm soát việc bị stress.

Nếu bạn đang căng thẳng, bạn rất dễ dàng bỏ bê việc theo dõi bệnh đái tháo đường thông thường của bạn. Các hormone cơ thể của bạn có thể sản xuất ra để đáp ứng với tình trạng căng thẳng kéo dài và khi đó sẽ làm cho vấn đề tồi tệ hơn. Hãy ưu tiên các nhiệm vụ của bạn. Hãy học cách thư giãn và ngủ nhiều.

Trên tất cả, cuối cùng thì bạn hãy sống lạc quan. Chăm sóc bệnh đái tháo đường nằm trong tầm kiểm soát của bạn. Nếu bạn coi đó là một phần của mình, thì bạn vẫn có thể có một cuộc sống mạnh khỏe, năng động.



CÁC CHỦ ĐỀ NGHIÊN CỨU TRONG ĐIỀU DƯỠNG NHÂN KHOA

*Tác giả: Corey Bieber, eHow Contributor
Người dịch: Trần Thúy Anh (*)*

Điều dưỡng cung cấp một quan điểm có giá trị trong nghiên cứu y tế.

Điều dưỡng nhân khoa gắn liền với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ cho những người bệnh mắc các bệnh rối loạn về mắt. Nó liên quan đến việc nhận định, chẩn đoán, lập kế hoạch, can thiệp và đánh giá điều trị cho những người bệnh có giảm thị lực. Theo các tiêu chuẩn của điều dưỡng nhân khoa nghiên cứu là một yếu tố góp phần quan trọng để cung cấp chăm sóc dựa trên bằng chứng có hiệu quả và hiệu lực để đáp ứng các nhu cầu đa dạng của người bệnh.

Chất lượng chăm sóc: Rosalind Stollery và cộng sự, trong cuốn "Điều dưỡng nhân khoa", nói rằng điều dưỡng nhân khoa chịu trách nhiệm về chất lượng chăm sóc mà họ cung cấp. Bản chất của việc chăm sóc có thể là mối quan hệ giữa điều dưỡng và khách hàng, đánh giá các nhu cầu, thực hiện chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, giáo dục sức khỏe và sự khuyến khích. Làm thế nào để một điều dưỡng có thể thực hiện các can thiệp có ích trong các kế hoạch chăm sóc trong tương lai. Nó có thể được coi như một điểm chuẩn trong việc so sánh về cách can thiệp này nên được thực hiện như thế nào và làm thế nào chúng có thể cải thiện hơn nữa. Quá trình này rất có lợi cho sự phát triển một tiêu chuẩn chăm sóc để đáp ứng nhu cầu tối ưu của người bệnh.



(*) Khoa Mắt trẻ em



Bệnh khác kèm theo: Thông thường, những người có bệnh về mắt cũng có thể có các bệnh khác có liên quan hoặc không liên quan đi kèm. Các điều dưỡng chính là người lập kế hoạch chăm sóc và quản lý dựa trên nhu cầu của người bệnh. Các bệnh đi kèm là những thách thức đối với điều dưỡng, theo báo cáo của Stollery. Ví dụ, một người bệnh bị mù có thể kèm theo bệnh đái tháo đường. Do vậy, trách nhiệm của điều dưỡng là ý thức được và làm quen với những cách tiếp cận khác nhau trong các tình huống khác nhau. Nghiên cứu về các bệnh đi kèm có thể là sự hỗ trợ rất lớn đối với các nhà cung cấp dịch vụ y tế trong việc chăm sóc hiệu quả và an toàn.

Cải tiến kỹ thuật: Những khám phá mới mang tính đột phá về cách chăm sóc người bệnh xuất hiện mọi thời điểm. Thiết bị mới, công nghệ mới và các phương pháp phẫu thuật mới có thể giúp cho việc đánh giá, triển khai và kiểm định chính xác hơn và nhanh hơn. Chúng có thể ảnh hưởng tới kế hoạch chăm sóc điều trị của điều dưỡng và cho phép phát triển các chiến lược tốt hơn. Nghiên cứu về công nghệ có thể giúp người bệnh ra viện phục hồi tốt hơn trong chăm sóc điều dưỡng.

Vai trò khác: Betty Kershaw, một giáo sư có uy tín trong ngành điều dưỡng, giải thích rằng điều dưỡng nhân khoa có đủ các vai trò trong các nhiệm vụ được giao. Ngày nay họ đang thực hiện một phương pháp toàn diện trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh. Trước kia công việc này là của bác sĩ nhãn khoa, giờ đây điều dưỡng đang làm việc đó. Hiện tại họ đang xử lý việc đánh giá, chẩn đoán và điều trị người bệnh từ khoa cấp cứu hoặc sau phẫu thuật, theo quy trình. Điều dưỡng luôn chịu trách nhiệm cho công việc của họ. Vì vậy, một cuộc điều tra về cách thức điều dưỡng thực hiện vai trò của mình và đối phó với các nhiệm vụ chính sẽ là một công cụ hữu hiệu cho việc nâng cao công tác điều dưỡng nhân khoa.

Read more: Research Topics in Ophthalmic Nursing eHow.

http://www.ehow.com/info_8738817_research-topics-ophthalmic-nursing.html#ixzz2Th9zauYI