



Thông tin ĐIỀU DƯỠNG NHÂN KHOA

Đặc san của Bệnh viện Mắt Trung ương

Số 9 $\frac{8}{2017}$

BAN BIÊN TẬP:

Trưởng ban biên tập:

Chịu trách nhiệm xuất bản:
TS.BS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

Phó trưởng ban biên tập:

PGS.TS. BS. HÀ HUY TÀI
THS. ĐD. LÊ HOÀNG YẾN

Ủy viên:

TS. BS. BÙI THỊ VÂN ANH
TS. BS. NGUYỄN XUÂN TỊNH
TS. BS. THẨM TRƯỞNG KHÁNH VÂN
TS. BS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT
THS.BS. TRẦN KHÁNH SÂM
THS. ĐD. PHẠM THỊ KIM ĐỨC
THS.ĐD. VŨ THỊ HỒNG HẠNH
CNĐD. ĐỖ THỊ HỒNG THU

BAN THƯ KÝ:

THS. ĐD LÊ HOÀNG YẾN
Trưởng ban
CNĐD. 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: 0247.39446630

Fax: 024.39454956

GPXB số 57/GP-XBDS cấp ngày 25/04/2017

In 300 cuốn khổ 19x27 cm

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

Địa chỉ: Do Hạ - Tiên Phong - Mê Linh - Hà Nội

Điện thoại: 024.66757385

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN ĐỀ NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- **Nghiên cứu so sánh chiều dài trục nhãn cầu đo trên máy IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc trong tính công suất thể thủy tinh nhân tạo** 2
*Vũ Thị Thùy Linh, Phạm Thị Minh Khánh
Hoàng Trần Thanh, Phạm Thị Kim Đức*
- **Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh và người nhà với dịch vụ y tế tại một số khoa của Bệnh viện mắt Trung ương năm 2015** 10
*Lê Thúy Hạnh
Nguyễn Văn Huy*

THÔNG TIN HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN

- **Chăm sóc cơ bản sau phẫu thuật Glôcôm** 21
Phạm Thị Nhu
- **Chăm sóc người bệnh loét giác mạc** 23
Nguyễn Kim Oanh
- **Tin tức hoạt động điều dưỡng** 25
Vũ Hòa Long

BÀI DỊCH

- **5S tạo ra môi trường bệnh viện hiệu quả** 29

Người dịch: Trần Thúy Anh

NGHIÊN CỨU SO SÁNH CHIỀU DÀI TRỰC NHÃN CẦU ĐO TRÊN MÁY IOL MASTER VÀ SIÊU ÂM A KHÔNG TIẾP XÚC TRONG TÍNH CÔNG SUẤT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

Vũ Thị Thùy Linh, Phạm Thị Minh Khánh, Hoàng Trần Thanh
Nguyễn Văn Kết*, Phạm Thị Kim Đức**

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) So sánh chiều dài trục nhãn cầu (TNC) bằng đo đạc trên máy IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc trong tính công suất thể thủy tinh nhân tạo (TTTNT) trên người bệnh đục thể thủy tinh (TTT) được phẫu thuật Phaco, (2) nhận xét một số đặc điểm trong quá trình đo đạc.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, không có nhóm chứng trên 47 mắt của 38 người bệnh nhân đục TTT được phẫu thuật Phaco đặt TTTNT. Tiến hành thử thị lực, chỉnh kính, đo nhãn áp, đo khúc xạ kế tự động trước và sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng; đo công suất khúc xạ giác mạc bằng IOL Master, đo chiều dài TNC bằng IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc, tính công suất TTTNT bằng công thức SRKT.

Kết quả: Chiều dài TNC trung bình đo được trên IOL Master ($23,20 \pm 0,994\text{mm}$) và siêu âm A không tiếp xúc ($23,17 \pm 0,971\text{mm}$), khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,643$). Công suất TTTNT dự đoán tính theo IOL Master ($20,72 \pm 2,77\text{D}$) và siêu âm A không tiếp xúc ($20,96 \pm 2,80\text{D}$), khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Chênh lệch khúc xạ dự đoán với khúc xạ sau mổ trong khoảng $\pm 0,5\text{D}$ và $\pm 1,0\text{D}$ ở cả 3 thời điểm sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng giữa 2 phương pháp không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Thời gian đo trung bình với IOL Master $63,79 \pm 9,16$ giây, với siêu âm A không tiếp xúc $29,94 \pm 3,35$ giây, có sự khác biệt với $p < 0,001$. Nháy mắt, đảo mắt là khó khăn chính khi đo IOL Master (42,6%, 44,7%) khiến tỷ lệ đo được dễ dàng trên IOL Master thấp hơn trên siêu âm A không tiếp xúc (10,6%, 89,4%).

Kết luận: Chiều dài TNC đo được bằng IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc là như nhau. Chênh lệch khúc xạ dự đoán sau mổ với thực tế là như nhau. Tuy nhiên, thời gian đo đạc trên siêu âm A không tiếp xúc nhanh hơn, khả năng định thị mắt trong quá trình đo tốt hơn IOL Master do vậy tiết kiệm được thời gian đo đạc mà vẫn cho được kết quả chính xác.

Từ khóa: Chiều dài trục nhãn cầu, IOL Master, siêu âm A không tiếp xúc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục TTT là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt Nam cũng như trên thế giới [1]. Phẫu thuật được coi là phương pháp duy nhất để điều trị đục TTT. Từ đầu thế kỷ XVIII, ca phẫu thuật TTT đầu tiên được thực hiện với phương pháp thô sơ là làm rơi thể thủy tinh đục vào buồng dịch kính đến nay đã phát triển với nhiều kỹ thuật khác nhau [2]. Trong đó, phương pháp phaco (hay tán nhuyễn TTT) đặt thể TTTNT là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất hiện nay vì thời gian phẫu thuật và hậu phẫu ngắn, an toàn và ít biến chứng, cho thị lực cao ngay từ ngày đầu sau mổ... Một trong những yếu tố quyết định đến thị lực sau mổ của người bệnh là lựa chọn được công suất TTT chính xác. Hai yếu tố chính quyết định nhiều nhất đến công suất TTTNT là chiều dài trục nhãn cầu và công suất khúc xạ giác mạc. Để đo chiều dài TNC người ta có thể sử dụng sóng siêu âm (A tiếp xúc hay không tiếp xúc, B) hoặc dùng phương pháp đo quang học (IOL master, Lenstar...). Để đo công suất khúc xạ giác mạc, người ta sử dụng javal kế, IOL master, lenstar, bản đồ giác mạc... Trước đây, đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước nghiên cứu về các phương pháp đo chiều dài TNC để xác định công suất TTTNT [3,4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào so sánh tính chính xác của đo chiều dài TNC trên máy IOL master và siêu âm A không tiếp xúc cũng như những khó khăn và thuận lợi trong quá trình đo đạc. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “so sánh chiều dài TNC đo trên máy IOL master và siêu âm A không tiếp xúc trong tính công suất TTTNT” với 2 mục tiêu: (1) so sánh chiều dài TNC đo trên máy IOL master và siêu âm A không tiếp xúc trong tính công suất TTTNT,

(2) nhận xét một số đặc điểm trong quá trình đo chiều dài TNC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Lựa chọn: NB đục TTT có chỉ định phẫu thuật phaco đặt TTTNT, tự nguyện tham gia nghiên cứu. NB ở độ tuổi 60 với nhân cứng độ 3, có nhu cầu đặt TTT đa tiêu để có thể nhìn tốt ở mọi khoảng cách.

- Loại trừ: mắt bị chấn thương, mắt có bệnh lý phối hợp (sẹo, đục, viêm, loạn dưỡng giác mạc, mộng, glôcôm, lệch thể thủy tinh, bệnh lý đáy mắt, viêm màng bồ đào.....), có biến chứng phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** 47 mắt của 38 người bệnh.

- **Thời gian thực hiện:** từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2016.

- **Địa điểm:** Khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu – Bệnh Viện Mắt Trung ương.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Bảng thị lực snellen, máy sinh hiển vi khám bệnh, đèn soi đáy mắt, khúc xạ kế tự động, IOL master, javal kế (bausch and lomb), máy mổ phaco và các phương tiện phục vụ ca mổ, các thuốc dùng trong khám bệnh, phẫu thuật và hậu phẫu, phiếu nghiên cứu.

- **Quy trình nghiên cứu:** hỏi bệnh, khám bệnh và làm các xét nghiệm cơ bản trước mổ, thử thị lực, đo khúc xạ tự động, đo chiều dài TNC bằng IOL master

5 lần, siêu âm A không tiếp xúc 5 lần, tính công suất TTTNT bằng công thức SRKT, tiến hành phẫu thuật đặt TTTNT với công suất gần đúng sử dụng kết quả của siêu âm A không tiếp xúc. Khám lại sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, thử thị lực, đo khúc xạ kế tự động, chỉnh kính tối đa, tính số cầu tương đương, xác định khúc xạ tồn dư thực tế, khúc xạ cầu tồn dư dự đoán là hiệu của công suất TTT dự đoán với công suất TTT đã sử dụng. Tất cả số liệu thu được điền vào phiếu nghiên cứu của từng người bệnh.

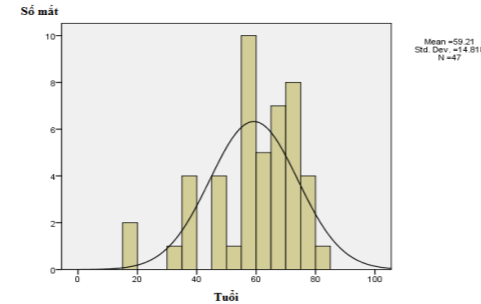
- **Các tiêu chí đánh giá:** tuổi, giới, thị lực chỉnh kính tối đa trước và sau mổ, chiều dài trục nhãn cầu theo IOL master và siêu âm A không tiếp xúc, khúc xạ cầu tương đương (khúc xạ tồn dư thực tế), công suất IOL dự đoán, khúc xạ tồn dư dự đoán, chênh lệch khúc xạ tồn dư dự đoán với thực tế tính theo SRKT, thời gian trung bình đo bằng IOL master và siêu âm A không tiếp xúc, tỷ lệ đảo mắt, nháy mắt, nheo mắt và ảnh hưởng của âm thanh máy đo trong quá trình đo đạc.

- **Xử lý số liệu:** phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

Trong số 38 đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam chiếm 46,8%, nữ

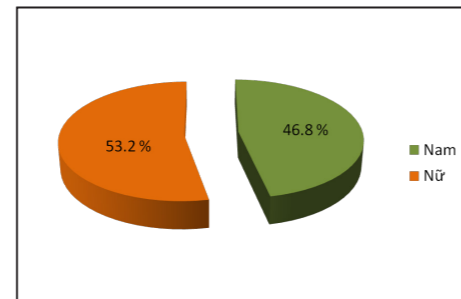
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



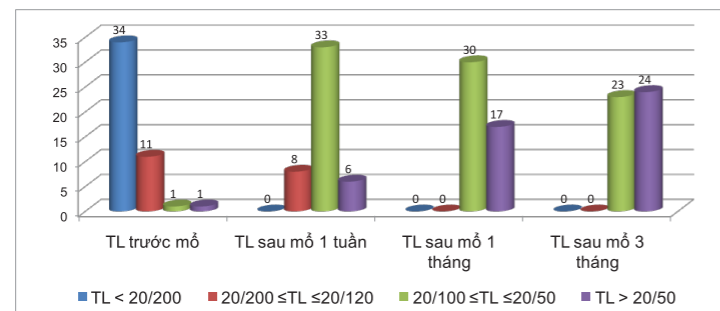
Biểu đồ 3.1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nghiên cứu là $59,21 \pm 14,818$, trong đó người bệnh có tuổi cao nhất 81 tuổi (1 NB), thấp nhất 19 tuổi (1 NB/ 2 mắt).



Biểu đồ 3.2: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới

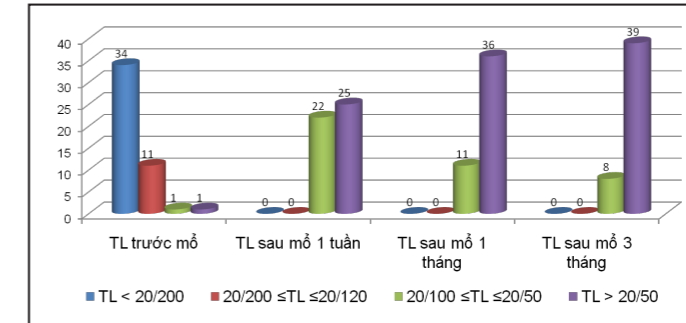
chiếm 53,2%, sự khác biệt giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,771$.



Biểu đồ 3.3: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo tình trạng thị lực chưa chỉnh kính

Qua biểu đồ phân bố tình trạng thị lực (TL) chưa chỉnh kính của NB, chúng tôi nhận thấy thị lực của NB chủ yếu < 20/200 (34 mắt, 72,3%). Sau phẫu thuật 1 tuần TL chưa chỉnh kính chủ yếu trong

khoảng 20/50 đến 20/100 với 33 mắt chiếm 70,2%, sau mổ 1 tháng TL tăng dần và ổn định với 48,9% trong khoảng 20/50 đến 20/100 và 51,1% có TL > 20/50.

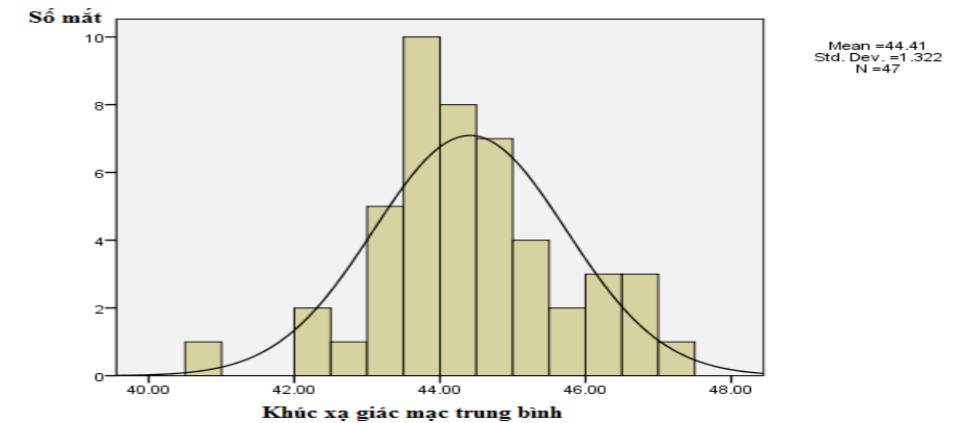


Biểu đồ 3.4: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo tình trạng thị lực chỉnh kính tối đa

TL trước mổ chủ yếu ở mức < 20/200 (34 mắt, 72,3%). Sau phẫu thuật 1 tuần TL chỉnh kính tối đa trong khoảng 20/50 đến 20/100 có 22 mắt chiếm 46,8%; thị lực > 20/50 có 25 mắt chiếm 53,2%. Sau mổ 1 tháng khi mắt đã ổn định TL chỉnh kính tối đa tăng lên nhanh chóng với 36 mắt với TL > 20/50 sau mổ 1 tháng và 39 mắt sau mổ 3 tháng chiếm 83%.

cứu khác đánh giá kết quả phẫu thuật phaco đặt TTTNT như nghiên cứu của Vũ Thị Hồng Ninh (2012) cho thấy TL sau chỉnh kính > 20/30 đạt 79,31% sau mổ 1 tuần và 82,2% sau mổ 1 tháng [3]. TL nhìn xa sẽ tiếp tục tăng lên và ổn định như trong các nghiên cứu đánh giá kết quả dài hạn của phẫu thuật phaco, theo Kobayashi H thì có đến 96,8% có thị lực đạt > 4/10 sau 1 năm phẫu thuật [5].

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên



Biểu đồ 3.5: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo công suất khúc xạ giác mạc trung bình

Công suất khúc xạ giác mạc trung bình là $44,41 \pm 1,322D$, để đồng nhất trong nhóm nghiên cứu chỉ sử dụng công suất khúc xạ giác mạc trên IOL master trong tính toán công suất TTT. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Kim Đức (2014), thì trị số khúc xạ giác mạc trong đo đặc trên IOL master và javal kế là như nhau và không ảnh hưởng đến kết quả tính công suất TTTNT.

3.2. So sánh chiều dài trục nhãn cầu đo trên máy IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc

Bảng 3.1: Chiều dài trục nhãn cầu trung bình đo trên máy IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc

| Phương pháp đo | IOL Master | Siêu âm A không tiếp xúc |
|------------------|----------------------|--------------------------|
| $\bar{X} \pm SD$ | $23,27 \pm 0,952$ mm | $23,17 \pm 0,971$ mm |
| p | 0,004 | |

Chiều dài TNC đo trên máy IOL master là $23,27 \pm 0,952$ mm, trên siêu âm A không tiếp xúc là $23,17 \pm 0,971$ mm, như vậy TNC đo trên máy IOL master dài hơn trên siêu âm A không tiếp xúc khoảng $0,097 \pm 0,220$ mm, sự khác biệt này có ý nghĩa với $P = 0,004$.

Bảng 3.2: Chênh lệch khúc xạ tồn dư dự đoán sau mổ đo trên IOL master và siêu âm A không tiếp xúc

| Phương pháp đo | IOL Master | Siêu âm A không tiếp xúc | p |
|--|------------------|--------------------------|-------|
| Công suất IOL dự đoán (theo LT) (D) | $20,72 \pm 2,77$ | $20,96 \pm 2,80$ | 0,003 |
| Công suất IOL thực tế (đã sử dụng) (D) | $20,90 \pm 2,70$ | | |
| Khúc xạ tồn dư dự đoán sau mổ (D) | $-0,17 \pm 0,49$ | $0,06 \pm 0,52$ | 0,005 |

Công suất IOL dự đoán theo IOL master là $20,72 \pm 2,77D$ và siêu âm A không tiếp xúc là $20,96 \pm 2,80D$ sự khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,003$. Khúc xạ tồn dư dự đoán sau mổ tính theo IOL master là $-0,17 \pm 0,49D$ và siêu âm A không tiếp xúc là $0,06 \pm 0,52D$ sự khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,005$.

Bảng 3.3: Khúc xạ cầu tương đương sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng

| Thời gian đo | Giá trị TB | $\bar{X} \pm SD$ | p |
|----------------|------------|-------------------|-------|
| Sau mổ 1 tuần | | $0,18 \pm 0,81$ D | 0,190 |
| Sau mổ 1 tháng | | $0,11 \pm 0,59$ D | |
| Sau mổ 3 tháng | | $0,07 \pm 0,51$ D | |

Khúc xạ cầu tương đương sau mổ 1 tuần là $0,18 \pm 0,81D$. Sau mổ 1 tháng, 3 tháng khúc xạ cầu tương đương đã giảm xuống còn $0,07 \pm 0,51D$ phù hợp với sự cải thiện của thị lực chưa chỉnh kính, sự khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,109$.

Bảng 3.4: Chênh lệch khúc xạ thực tế sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng

| PP đo | IOL Master | Siêu âm A không tiếp xúc | p |
|--------------------|------------------|--------------------------|-------|
| Thời gian đo | | | |
| Sau mổ 1 tuần (D) | $-0,35 \pm 0,92$ | $-0,12 \pm 0,91$ | 0,005 |
| Sau mổ 1 tháng (D) | $-0,28 \pm 0,76$ | $-0,05 \pm 0,75$ | 0,005 |
| Sau mổ 3 tháng (D) | $-0,26 \pm 0,72$ | $-0,03 \pm 0,73$ | 0,005 |

Chênh lệch khúc xạ thực tế sau mổ = khúc xạ tồn dư dự đoán (IOL master/ siêu âm A không tiếp xúc) – khúc xạ cầu tương đương. So sánh chênh lệch khúc xạ thực tế sau mổ tại các thời điểm theo dõi thấy chênh lệch khúc xạ thực tế sau mổ đo trên IOL master lớn hơn trên siêu âm A không tiếp xúc khoảng $0,24D$, không có sự khác biệt với $p = 0,005$.

Bảng 3.5: Chênh lệch khúc xạ sau mổ trong khoảng $\pm 0,5D$

| Thời gian đo | IOL Master | | Siêu âm A không tiếp xúc | | p |
|----------------|------------|-------------|--------------------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Sau mổ 1 tuần | 25/47 | 53,2 | 27/47 | 57,4 | 0,042 |
| Sau mổ 1 tháng | 31/47 | 66,0 | 32/47 | 68,1 | 0,178 |
| Sau mổ 3 tháng | 32/47 | 68,1 | 30/47 | 63,8 | 0,241 |

Chênh lệch khúc xạ trong khoảng $\pm 0,5D$ sau mổ 1 tuần khi sử dụng IOL master là 25/47 mắt (chiếm 53,2%) và siêu âm A không tiếp xúc là 27/47 mắt (chiếm 57,4%). Như vậy chênh lệch khúc xạ giữa 2 phương pháp là như nhau ở tháng thứ 1 và tháng thứ 3 sau mổ với 66,0% và 68,1% khi đo IOL master, 68,1% và 63,8% khi đo bằng siêu âm A không tiếp xúc ($p = 0,178$ và $0,241$).

Bảng 3.6: Chênh lệch khúc xạ sau mổ trong khoảng $\pm 1,0D$

| Thời gian đo | IOL Master | | Siêu âm A không tiếp xúc | | p |
|----------------|------------|-------------|--------------------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Sau mổ 1 tuần | 37/47 | 78,7 | 38/47 | 80,9 | 0,013 |
| Sau mổ 1 tháng | 41/47 | 87,2 | 42/47 | 89,4 | 0,193 |
| Sau mổ 3 tháng | 41/47 | 87,2 | 42/47 | 89,4 | 0,156 |

Chênh lệch khúc xạ sau mổ trong khoảng $\pm 1,0D$ sau mổ 1 tuần khi sử dụng IOL master là 37/47 mắt (chiếm 78,7%) và siêu âm A không tiếp xúc là 38/47 mắt (chiếm 80,9%). Tương tự thì tỷ lệ khúc xạ sau mổ 1 tháng và 3 tháng ở cả 2 phương pháp là như nhau đạt 87,2% khi đo trên IOL master và 89,4% khi đo trên siêu âm A không tiếp xúc ($p = 0,193$ và $0,156$).

3.3. Một số đặc điểm khi đo chiều dài trục nhãn cầu

Bảng 3.7: Thời gian trung bình đo chiều dài trục nhãn cầu khi đo trên máy IOL Master và siêu âm A không tiếp xúc

| PP Đo | IOL Master | Siêu âm A không tiếp xúc |
|------------------|----------------|--------------------------|
| Trị số TB | | |
| $\bar{X} \pm SD$ | 63,79 ± 9,16 s | 29,94 ± 3,35 s |
| p | < 0,001 | |

Thời gian trung bình đo trên IOL Master khá cao với 63,79 ± 9,16s còn của siêu âm A không tiếp xúc với 29,94 ± 3,35s do chụp với IOL master cần nhập

nhiều dữ liệu thông tin của bệnh nhân trước đo. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.8: Khả năng cố định mắt trong quá trình đo chiều dài trục nhãn cầu trên máy IOL master và siêu âm A không tiếp xúc

| Yếu tố ảnh hưởng | IOL Master | | Siêu âm A không tiếp xúc | | p |
|------------------|------------|------|--------------------------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Đảo mắt | 13 | 27,7 | 2 | 4,3 | < 0,001 |
| Nháy mắt | 12 | 25,5 | 2 | 4,3 | |
| Hẹp khe mi | 7 | 17,0 | 2 | 4,3 | |
| Mộng | 1 | 2,10 | 1 | 2,1 | |
| Dễ dàng | 13 | 27,7 | 40 | 85,1 | |
| Tổng | 47 | 100 | 47 | 100 | |

Tỷ lệ đảo mắt khi đo bằng máy IOL Master cao hơn so với siêu âm A không tiếp xúc với 27,7% và 4,3% có thể do cấu tạo phức tạp của tiêu định thị trong IOL Master. Tiêu định thị là 1 chấm đỏ (đèn ánh sáng đỏ) với 6 chấm trắng (đèn ánh sáng trắng) xếp hình lục giác xung quanh để làm mắt phân tán sự tập trung. Đồng thời độ nhạy của IOL Master rất cao đòi hỏi mắt phải cố định chính xác vào tâm chấm đỏ thì máy mới cho kết quả chính xác.

Tỷ lệ nháy mắt khi đo bằng máy IOL Master cũng cao hơn siêu âm A không tiếp xúc với 25,5% và 4,3% do thời gian đo IOL Master lâu hơn nên người bệnh nháy mắt nhiều hơn do tình trạng khô mắt và ánh sáng chiếu vào.

Tỷ lệ mộng, hẹp khe mi cũng là

nguyên nhân chủ yếu gây khó khăn trong quá trình đo bằng IOL Master là 17,0% và 2,10% cao hơn khi đo bằng siêu âm A không tiếp xúc là 4,3% và 2,1%.

Đối với siêu âm A không tiếp xúc bằng việc sử dụng cốc nước cố định nhãn cầu trong quá trình đo nên hạn chế được tỷ lệ đảo mắt, nháy mắt đồng thời dễ dàng cho kết quả ngay từ lần chụp đầu tiên với tỷ lệ 85,1%.

IV. KẾT LUẬN

So với siêu âm A không tiếp xúc, chiều dài TNC đo bằng IOL Mater dài hơn 0,097 ± 0,220 mm.

Chênh lệch khúc xạ thực tế sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng đo bằng IOL Master lớn hơn siêu âm A không tiếp xúc trong khoảng 0,23 ± 0,54D.

Tỷ lệ khúc xạ sau mổ 1 tháng và 3 tháng trong khoảng ±0,5D và 1,0D của 2 phương pháp là như nhau.

Thời gian trung bình đo trên IOL Master lớn hơn trên siêu âm A không tiếp xúc .

Đảo mắt, nháy mắt, hẹp khe mi là nguyên nhân chủ yếu gây khó khăn trong quá trình đo IOL Master, tỷ lệ đo được trục nhãn cầu dễ dàng với siêu âm A không tiếp xúc đạt 85,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hơn, Nguyễn chí Dũng** (2011), “Đánh giá việc thực hiện kế hoạch quốc gia phòng mù lòa Việt Nam”, *Kỷ yếu Hội nghị nhãn khoa toàn quốc năm 2011,9*.
2. **Lorne Bellan** (2008), “The Evolution of cataract surgery: the most common eye procedure in older adults”, *Geriatrics and Aging*, 11(6): 328-332.
3. **Vũ Thị Hồng Ninh** (2013), “Nghiên cứu ứng dụng siêu âm A không tiếp xúc trong tính công suất thể thủy tinh nhân tạo”, *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y HN.
4. **Phạm Thị Kim Đức** (2014), “Nghiên cứu khảo sát trị số khúc xạ giác mạc bằng đo trên máy IOL Master và Javal kê trong tính công suất TTTNT”, *Kỷ yếu Hội nghị nhãn khoa toàn quốc năm 2014*, 14-15
5. **Haigis W, Lege B, Miller N, Schneider B** (2000), “Comparison of immersion ultrasound biometry and partial coherence interferometry for intraocular lens calculation according to haigis”, *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 238 (9),765-73
6. **Kobayashi H** (2000), “Clinical assessment of long term safety and effical of a widely implanted polyacrylic intraocular lens material”, *Am.J.Ophthalmol*, 130(3),310-321.
7. **Nguyễn Xuân Hiệp** (2010), “Một số thông số cơ bản trên bệnh nhân mổ phaco tại khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Mắt TW”, *Kỷ yếu Hội nghị ngành nhãn khoa năm 2010*,100.
8. **Sandra Frazier Byrne** (2008), “A scan axial eye length measurements: a handbook for IOL calculations”, *Grove Park Publishers*.
9. **Carl Zeiss Meditec** (2007), “IOL Master – End user training version 5”, 9.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ VỚI DỊCH VỤ Y TẾ TẠI MỘT SỐ KHOA CỦA BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

Lê Thuý Hạnh*, Nguyễn Văn Huy**

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà và người bệnh với dịch vụ y tế tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và Khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả chọn 500 người nhà và người bệnh ở 2 khoa Khám Chữa bệnh theo yêu cầu (KCBTYC) và khoa Glôcôm tại bệnh viện Mắt Trung ương, sử dụng phiếu điều tra phỏng vấn trực tiếp người nhà và người bệnh.

Kết quả: Đa số người bệnh và người nhà người bệnh (NB/NNNB) nội trú hài lòng với dịch vụ y tế (DVYT) được cung cấp tại 2 Khoa KCBTYC và Khoa Glôcôm (ở cả 2 khoa tỷ lệ đáp ứng mong đợi trung bình đều đạt >87%). Tại Khoa KCB TYC, chưa thấy có yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hài lòng của NB/NNNB nội trú tại Khoa. Tại Khoa Glôcôm, yếu tố địa dư có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB nội trú. Tỷ lệ hài lòng chung với DVYT ở nhóm NB/NNNB nội trú sống tại khu vực đô thị cao hơn 2,3 lần so với nhóm sống tại nông thôn và miền núi.

Kết luận: Đa số người bệnh và người nhà người bệnh hài lòng với dịch vụ y tế tại 2 khoa KCBTYC và Khoa Glôcôm. Bệnh viện cần tiếp tục cải thiện sự hài lòng chung của người bệnh ở 2 Khoa nêu trên (vì tỷ lệ hài lòng chung ở 2 khoa vẫn còn thấp). Các cán bộ cần tiếp tục cải thiện sự hài lòng cần xem xét yếu tố địa dư, nhất là NB/NNNB đến từ nông thôn, miền núi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân luôn là nhiệm vụ vẻ vang của Ngành Y tế Việt Nam. Ngày nay, trải qua nhiều thời kỳ với nhiều thay đổi, chủ trương lớn nhất của Ngành Y tế Việt Nam là “Xã hội hóa y tế” nhằm phát huy mọi tiềm năng, mọi nguồn lực để đầu tư cho y tế, tạo điều kiện cho Ngành Y tế

phát triển, phục vụ tốt hơn, với chất lượng ngày càng cao trong chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng. Với quan điểm “Lấy người bệnh làm trung tâm của hoạt động chăm sóc và điều trị”, ngày 03/12/2013, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện tại Quyết định số 4858/QĐ-BYT [1]. Có thể thấy, mục đích cuối cùng của mọi sự thay đổi trong Ngành Y tế Việt Nam

là nâng cao chất lượng DVYT nhằm đáp ứng tốt nhất nhu cầu của khách hàng. Theo Ke Ping A (1999), sự hài lòng của khách hàng trở thành “thước đo” mức độ đáp ứng của DVYT so với nhu cầu của khách hàng. Người bệnh chưa hài lòng đồng nghĩa với chất lượng DVYT còn chưa được đảm bảo [2]. Do đó, nghiên cứu về sự hài lòng của khách hàng sẽ giúp các cơ sở y tế (CSYT) tìm được những điểm còn hạn chế trong đáp ứng nhu cầu của người bệnh từ đó có những giải pháp khắc phục kịp thời. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về sự hài lòng như nghiên cứu tại Yemen [3], Trung Quốc [4], Ấn Độ [5]. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu liên quan đến tỉ lệ hài lòng của người bệnh như nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh [6], Lý Thị Thúy tại Bệnh viện Bạch Mai [7], Lê Hữu Thọ tại bệnh viện Khánh Hòa [8],... Tuy nhiên, trong bối cảnh Thông tư liên tịch số 37/2015 ra đời quy định thống nhất giá dịch vụ khám chữa bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc, theo đó viện phí sẽ tăng 30% từ ngày 01/3/2016, vì vậy việc tiến hành nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh vẫn rất cần thiết.

Bệnh viện Mắt Trung ương là bệnh viện hạng I, chức năng chính là khám, cấp cứu, điều trị, phòng bệnh và phục hồi chức năng mắt ở tuyến cao nhất. Trong đó, hai Khoa tiếp đón, khám và điều trị cho nhiều người bệnh nhất là Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và Khoa Glôcôm. Hiện nay, bệnh viện Mắt Trung ương đã thực hiện theo Nghị định số 43 của Bộ Y tế về tự chủ, tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ, tổ chức bộ máy,

biên chế và tài chính hướng tới tự chủ hoàn toàn. Câu hỏi được đặt ra là: Dịch vụ y tế của Bệnh viện Mắt Trung ương có đáp ứng được nhu cầu của khách hàng? Có những yếu tố nào liên quan đến sự hài lòng của các khách hàng? Nhằm trả lời những câu hỏi đó và đưa ra những khuyến nghị phù hợp để nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh của Bệnh viện Mắt Trung ương nói chung chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Sự hài lòng của người bệnh và người nhà với dịch vụ y tế tại một số Khoa của Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015**” với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người nhà và người bệnh với dịch vụ y tế tại khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và Khoa Glôcôm của bệnh viện Mắt Trung ương năm 2015.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh và người nhà người bệnh nội trú tại Khoa KCBTYC và Khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung ương.

2.2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu: Khoa KCBTYC và Khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 6/2015 – 6/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 tỷ lệ:

$$n_1 = n_2 = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

* Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu

** Viện Đào tạo y tế dự phòng và y tế cộng đồng

Trong đó:

- n_1 và n_2 : cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm đối tượng cần cho nghiên cứu
- α : Xác suất phạm phải sai lầm loại I, $\alpha=0,05$ với độ tin cậy 95%.
- β : Xác suất phạm phải sai lầm loại II, lấy $\beta=0,1$.
- $Z_{(\alpha,\beta)}$: Giá trị Z tra từ Bảng Z tương ứng với giá trị α, β được chọn =10,5
- p_1 : tỷ lệ NB và NNNB nội trú hài lòng với DVYT của Khoa KCB tyc, $p_1=0,973$ theo kết quả khảo sát nhanh 30 NB tại Khoa KCB tyc).
- p_2 : tỷ lệ NB và NNNB nội trú hài lòng với DVYT của Khoa Glôcôm, $p_2=0,966$ (theo kết quả khảo sát nhanh 30 NB nội trú tại Khoa Glôcôm).

$$\text{Tỷ lệ \% hài lòng của NB/NNNB nội trú} = \frac{\text{Số NB/NNNB nội trú hài lòng}}{\text{Tổng số NB/NNNB nội trú tham gia nghiên cứu}}$$

Nghiên cứu sử dụng bộ thang đo của Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế [9]. Thang đo trong nghiên cứu gồm 31 tiểu mục chia thành 5 yếu tố: Hài lòng về khả năng tiếp cận; Hài lòng về sự minh bạch thông tin và thủ tục KCB; Hài lòng về cơ sở vật chất (CSV) và phương tiện; Hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT; Hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ.

Mức độ hài lòng của NB và NNNB đối với mỗi yếu tố trên được đánh giá dựa trên thang điểm Likert với 5 mức độ: Rất không hài lòng; Không hài lòng; Bình thường; Hài lòng; Rất hài lòng. Trong phân tích, với mỗi tiểu mục, NB/NNNB lựa chọn mức 1 đến mức 3 được nhóm

- $(P_1 - P_2)$: khoảng sai lệch mong muốn giữa hai tỷ lệ hài lòng của nhóm NB và NNNB nội trú tại 2 khoa, lấy $P_1 - P_2 = 0,05$.

Thay các giá trị vào công thức, ta có cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi Khoa là n_1 và $n_2 = 248$ (làm tròn thành 250 người) => **Cỡ mẫu chung là 500 người.**

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu (Bảng 1) được xác định dựa trên Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện của Bộ Y tế [1].

Chỉ số chính và tiêu chí giá sự hài lòng của NB/NNNB dùng trong nghiên cứu

thành “Không hài lòng” (có mã là 0); lựa chọn mức 4 đến mức 5 được nhóm thành “Hài lòng” (có mã là 1). NB/NNNB được đánh giá là “Hài lòng” với yếu tố X khi hài lòng với tất cả các tiểu mục đánh giá yếu tố đó. Nếu có 01 tiểu mục trở lên ở trong nhóm “Không hài lòng” thì NB/NNNB được đánh giá là “Không hài lòng” với yếu tố X.

Sự hài lòng chung của NB/NNNB trong nghiên cứu được tìm hiểu qua 03 câu hỏi về: mức độ hài lòng chung (với thang đo 5 mức); tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi và việc quay trở lại khám hoặc giới thiệu cho người khác đến.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

❖ *Công cụ thu thập thông tin*

Phiếu điều tra được thiết kế sẵn, là một bộ câu hỏi cấu trúc gồm 2 phần chính:

+ *Phần 1. Thông tin chung về NB/NNNB, gồm các biến số:* Tuổi, giới, trình độ học vấn, chỗ ở hiện tại, dân tộc, nghề nghiệp, thu nhập, lý do nhập viện.

+ *Phần 2. Tìm hiểu sử dụng DVYT và sự hài lòng của NB/NNNB với DVYT tại 2 Khoa* gồm: 31 câu hỏi tương ứng với 31 tiểu mục đánh giá 05 yếu tố (khả năng tiếp cận; CSV) và phương tiện phục vụ; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT; kết quả cung cấp dịch vụ) sử dụng thang đo Likert 5 mức độ và 04 câu hỏi tìm hiểu sự hài lòng chung của NB/NNNB với DVYT tại 2 Khoa (đã được mô tả phía trên).

Trước khi điều tra chính thức, phiếu điều tra được tiến hành thử nghiệm trên 30 NB/NNNB nội trú tại mỗi Khoa để xác định độ tin cậy. Số liệu thử nghiệm được kiểm định bằng hệ số tin cậy Cronback's alpha, kết quả cho thấy phần lớn các tiểu mục thang đo đều đạt hệ số alpha $\geq 0,70$. Ngoài ra, việc thử nghiệm đã giúp cho việc điều chỉnh câu hỏi để hiểu và phù hợp hơn.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Epi Data 3.1 để nhập liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

- Thống kê mô tả: dùng số lượng, tỷ lệ (%) để mô tả các biến về đặc điểm của NB/NNNB nội trú và sự hài lòng của họ.

- Thống kê suy luận: Phân tích hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố và sự hài lòng với DVYT ở NB/NNNB nội trú (với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$). **Biến phụ thuộc** là biến về sự hài lòng chung của NB/NNNB được đánh giá qua sự hài lòng với 31 tiểu mục được xem xét đánh giá. **Các biến độc lập** gồm các biến số về thông tin chung của NB/NNNB.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Ban Lãnh đạo bệnh viện xem xét và ủng hộ. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin và tính vô danh trong nghiên cứu: Phiếu điều tra không thu thập họ, tên người trả lời, những thông tin cá nhân khác được giữ bí mật và tổng hợp cùng thông tin từ các đối tượng khác, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho bất kỳ một mục đích nào khác. Sau khi được Hội đồng khoa học thông qua, kết quả nghiên cứu và những ý kiến đề xuất sẽ được phản hồi tới Ban Giám đốc nhằm mục đích nâng cao sự hài lòng và cải thiện công tác CSSK người dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi trên 500 người bệnh trong đó có 251 người bệnh nội trú khoa KCB TYC và 249 người bệnh khoa Glôcôm. Trong đó, khoảng 60% NB nội trú tại 2 Khoa là người lớn tuổi (>60 tuổi). Nữ giới chiếm đa số với 60,8% và hầu hết (98%) NB nội trú là người Kinh. Đặc điểm kinh tế - xã hội của NB nội trú tại 2 Khoa KCB TYC và

Khoa Glôcôm tương đối giống nhau. Về trình độ học vấn, có 61% NB nội trú có học vấn dưới bậc Trung học phổ thông; 18,6% người có trình độ từ Trung cấp trở lên. Có 60,2% NB nội trú tại 2 Khoa là cán bộ hưu trí, số còn lại chủ yếu là nông dân hoặc lao động tự do. Trung bình thu nhập bình quân đầu người/tháng (tính trong 6 tháng gần thời điểm nghiên cứu) của các thành viên trong gia đình NB nội trú tại 2 Khoa là 4,3 triệu đồng/người/tháng.

3.2. Sự hài lòng với DVYT của NB/NNNB tại Khoa KCB theo yêu cầu và Khoa Glôcôm - Bệnh viện Mắt Trung ương.

Bảng 3.1. Tỷ lệ đáp ứng so với mong đợi của DVYT tại 2 Khoa

| Tỷ lệ đáp ứng mong đợi | Khoa KCB theo yêu cầu (n=251) | Khoa Glôcôm (n=249) | Chung (n=500) | p (Mann-Whitney test) |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| $\bar{X} \pm SD$ (Min- Max) | 87,0 ± 12,6 (20 – 100) | 87,6 ± 15,3 (10 – 100) | 87,3 ± 14,0 (10 – 100) | 0,069 |

Bảng 3.1 so sánh tỷ lệ đáp ứng với mong đợi của DVYT giữa 2 khoa. DVYT tại Khoa KCB TYC đáp ứng trung bình khoảng 87% ± 12,6% mong đợi của NB/NNNB nội trú. Trong khi đó, DVYT tại Khoa Glôcôm đáp ứng trung bình khoảng 87,6% ± 15,3% mong đợi của NB/NNNB nội trú. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,069). Tỷ lệ đáp ứng mong đợi thấp nhất là 10% (tại Khoa Glôcôm); 100% là tỷ lệ đáp ứng mong đợi cao nhất của DVYT cung cấp cho NB/NNNB nội trú tại 2 Khoa.

Bảng 3.2. Khả năng quay lại và giới thiệu cho người khác của NB/NNNB

| Khả năng quay lại và giới thiệu về DVYT đã sử dụng | Khoa KCB theo yêu cầu (n=251) | | Khoa Glôcôm (n=249) | | p (χ ² hoặc Fisher's Exact test) |
|--|-------------------------------|------|---------------------|------|---|
| | n | % | n | % | |
| Chắc chắn không bao giờ quay lại | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Không muốn quay lại nhưng ít lựa chọn khác | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Muốn chuyển tuyến sang bệnh viện khác | 2 | 0,8 | 2 | 0,8 | 1,000 |
| Có thể sẽ quay lại | 15 | 6,0 | 2 | 0,8 | 0,001 |
| Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác | 234 | 93,2 | 245 | 98,4 | 0,004 |

Ở bảng 3.2 so sánh khả năng quay lại của NB/NNNB giữa 2 khoa. Khi được hỏi “Nếu có nhu cầu khám, chữa bệnh tương tự, Ông/Bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?”; KCB TYC, trong khi 98,4% NB/NNNB nội trú tại Khoa Glôcôm lựa chọn “Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác”. Sự khác nhau về tỷ lệ này tại 2 Khoa có ý nghĩa thống kê (p=0,004). Chỉ có 93,2% NB/NNNB nội trú tại Khoa

Bảng 3.3. Trung bình điểm mức độ hài lòng chung tại 2 Khoa của NB/NNNB nội trú

| Điểm hài lòng chung về DVYT của NB/NNNB | Khoa KCB theo yêu cầu (n=251) | Khoa Glôcôm (n=249) | Chung (n=500) | p (Mann-Whitney test) |
|---|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| $\bar{X} \pm SD$ (Min- Max) | 4,39 ± 0,44 (2,84 – 5) | 4,45 ± 0,38 (3,45 – 5) | 4,42 ± 0,41 (2,84 – 5) | 0,093 |

Kết quả bảng 3.3 cho thấy điểm (tại Khoa KCB TYC là 4,39 điểm; Khoa trung bình mức độ hài lòng của 31 tiểu Glôcôm là 4,45 điểm so với mức độ hài mục đánh giá sự hài lòng chung tại 2 lòng tối đa là 5 điểm). khoa tương đương nhau và ở mức cao

Bảng 3.4. Đánh giá mức độ hài lòng chung về DVYT của NB/NNNB nội trú

| Số lượng yếu tố được hài lòng | Khoa KCB theo yêu cầu (n=251) | | Khoa Glôcôm (n=249) | | p (χ ² hoặc Fisher's Exact test) |
|---|-------------------------------|-------------|---------------------|-------------|---|
| | n | % | n | % | |
| Không hài lòng với tất cả các yếu tố | 6 | 2,4 | 4 | 1,6 | 0,531 |
| Hài lòng với 1 yếu tố | 10 | 4,0 | 6 | 2,4 | 0,317 |
| Hài lòng với 2 yếu tố | 13 | 5,2 | 20 | 8,0 | 0,199 |
| Hài lòng với 3 yếu tố | 29 | 11,6 | 31 | 12,5 | 0,758 |
| Hài lòng với 4 yếu tố | 55 | 21,9 | 80 | 32,1 | 0,010 |
| Hài lòng với 5 yếu tố (Hài lòng chung) | 138 | 55,0 | 108 | 43,4 | 0,009 |

Bảng 3.4 so sánh tỷ lệ mức độ hài lòng của NB và NNNB giữa 2 khoa. Đa số NB/NNNB nội trú hài lòng với từ 3 yếu tố trở lên. Tại Khoa KCB TYC, 32,1% NB/NNNB nội trú tại Khoa Glôcôm hài lòng với 4 yếu tố, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$) so với Khoa KCB TYC (21,9%). Tỷ lệ NB/NNNB nội trú tham gia nghiên cứu hài lòng chung với DVYT

đã sử dụng (hài lòng với tất cả 5 yếu tố) là 49,2%. Trong đó, tỷ lệ này tại Khoa KCB TYC là 55% cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,009$) so với Khoa Glôcôm (43,4%).

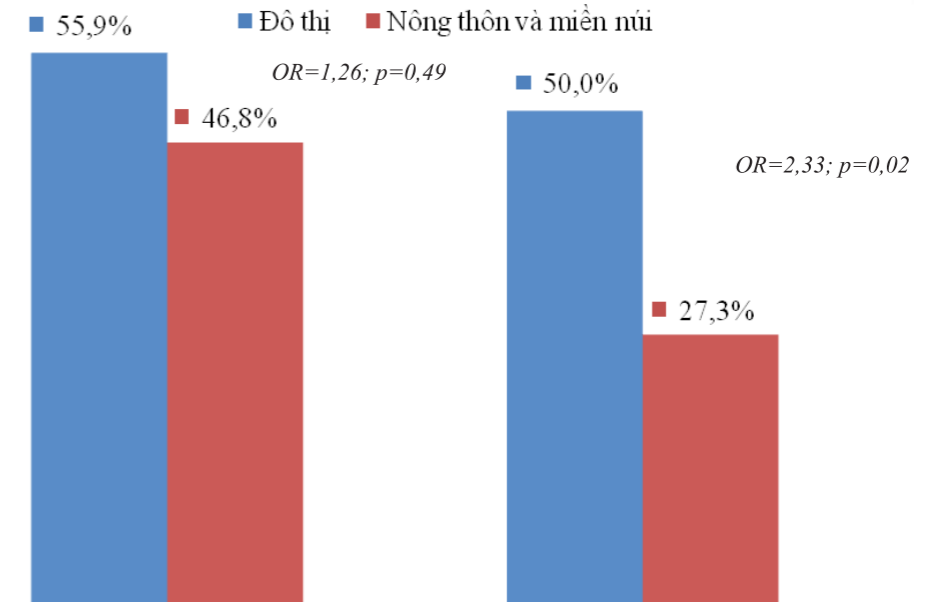
3.3. Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NB/NNNB nội trú tại Khoa KCB TYC cầu và Khoa Glôcôm.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và tỷ lệ hài lòng với DVYT của NB/NNNB nội trú tại 2 khoa (phân tích hồi quy đơn biến)

| Đặc điểm nhân khẩu học | Khoa KCB theo yêu cầu (n=251) | | | | Khoa Glôcôm (n=249) | | | |
|------------------------|-------------------------------|------|------------|-------|---------------------|------|-----------|-------|
| | % hài lòng | OR | CI 95% | p | % hài lòng | OR | CI 95% | p |
| Tuổi | | | | | | | | |
| <40 tuổi | 28,6 | 1 | | | 36,8 | 1 | | |
| 40-60 tuổi | 59,1 | 3,62 | 0,67-19,63 | 0,136 | 45,8 | 1,45 | 0,52-4,04 | 0,480 |
| >60 tuổi | 53,6 | 2,89 | 0,54-15,38 | 0,213 | 42,9 | 1,29 | 0,48-3,45 | 0,618 |
| Giới | | | | | | | | |
| Nam | 54,5 | 1 | | | 37,2 | 1 | | |
| Nữ | 55,7 | 1,05 | 0,63-1,73 | 0,854 | 46,6 | 1,47 | 0,86-2,52 | 0,155 |

Bảng 3.5 thể hiện kết quả phân tích mối liên quan đơn biến giữa nhóm tuổi, giới tính với tỷ lệ NB/NNNB hài lòng chung về DVYT tại 02 Khoa. Kết quả cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi và giới tính

về tỷ lệ hài lòng chung với DVYT của NB/NNNB nội trú ($p>0,05$), mặc dù tỷ lệ hài lòng trong nhóm NB nội trú dưới 40 tuổi có thấp hơn so với 2 nhóm còn lại; tỷ lệ hài lòng trong nhóm nữ NB nội trú cao hơn nhóm nam.



Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa yếu tố địa dư và tỷ lệ hài lòng với DVYT của NB/NNNB nội trú tại 2 Khoa

Biểu đồ 3.1 cho thấy: tại Khoa KCB TYC, tỷ lệ hài lòng với DVYT của nhóm NB/NNNB nội trú sống tại khu vực đô thị là 55,9%, cao hơn nhóm NB/NNNB sống tại khu vực nông thôn và miền núi. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,49$). Trong khi đó, kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố địa dư và tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB nội trú tại Khoa Glôcôm. Theo đó, tỷ lệ hài lòng với DVYT tại Khoa Glôcôm ở nhóm NB/NNNB sống tại khu vực đô thị cao hơn nhóm sống tại nông thôn và miền núi ($OR = 2,33; p=0,02; CI 95\%: 1,15-4,76$).

IV. BÀN LUẬN

Một số yếu tố liên quan tới sự hài lòng với DVYT của NB/NNNB nội trú tại 2 Khoa

Do mẫu nghiên cứu rất đồng nhất với

98% đối tượng là người dân tộc Kinh nên chúng tôi không đưa yếu tố dân tộc vào để phân tích hồi quy tìm hiểu mối liên quan với sự hài lòng của NB/NNNB với DVYT. Do thời gian hạn chế, nên chúng tôi chưa có điều kiện tiến hành phân tích đa biến một cách kỹ lưỡng để tìm ra mô hình hồi quy các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng ở 2 khoa. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đưa ra kết quả về mối liên quan đơn biến. Đây là một hạn chế không mong muốn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo một số tài liệu chúng tôi tham khảo được, liên quan đến một số yếu tố được xem xét mối liên quan với sự hài lòng của NB/NNNB được đề cập trong nghiên cứu của chúng tôi, có một số nghiên cứu cho kết quả khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể:

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bích Lưu tại Bệnh viện Banpong, Thái Lan, năm 2002 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố “tuổi”; “giới” và sự hài lòng về DVYT của người bệnh [10]. Nghiên cứu của Phạm Nhật Yên tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2008 cũng cho thấy “nhóm tuổi”, “trình độ học vấn” có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự hài lòng về DVYT của người bệnh [11]. Nghiên cứu của Phan Thị Nguyệt Minh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2012 cho thấy “trình độ học vấn” và “nghề nghiệp” có liên quan đến sự hài lòng về quy trình khám thai của thai phụ [12]. Nghiên cứu của Lý Thị Thúy tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 cho thấy “giới tính” là yếu tố có liên quan đến sự hài lòng về giao tiếp của NVYT; yếu tố “địa chỉ” (trong nghiên cứu của chúng tôi là “địa dư”) có liên quan đến sự hài lòng về chất lượng phục vụ [7]. Nghiên cứu của Vũ Hoàng Anh tại Bệnh viện Việt Đức, năm 2015 cho thấy “giới tính” có liên quan đến sự hài lòng về thời gian chờ đợi [13]. Sự khác nhau giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên có thể là do sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và cách đánh giá sự hài lòng.

Tại Khoa Glôcôm, yếu tố địa dư có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB nội trú. Tỷ lệ hài lòng chung với DVYT ở nhóm NB/NNNB nội trú sống tại khu vực đô thị cao hơn 2,3 lần so với nhóm sống tại nông thôn và miền núi. Trong khi đó, tại Khoa KCB theo yêu cầu, không có yếu tố nào trong nghiên cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê

với sự hài lòng của NB/NNNB nội trú với DVYT tại Khoa. Kết quả này phù hợp với kết quả về tỷ lệ hài lòng chung với DVYT (hài lòng với tất cả 5/5 yếu tố) của NB/NNNB nội trú (tại Khoa KCB theo yêu cầu cao hơn so với Khoa Glôcôm) và một lần nữa minh chứng vấn đề “quản lý chất lượng toàn diện” để đem lại sự hài lòng “toàn diện” và “công bằng” trong sử dụng DVYT dường như được thực hiện tốt hơn tại Khoa KCB theo yêu cầu.

Tuy nhiên, còn nhiều yếu tố khác nghiên cứu không đề cập đến có thể có mối liên quan đến sự hài lòng của người bệnh.

Mặc dù kết quả nghiên cứu chưa chỉ ra yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hài lòng chung của NB/NNNB nội trú tại 02 Khoa để từ đó chúng tôi có thể đưa ra những đề xuất góp phần cải thiện hơn nữa chất lượng DVYT của 2 Khoa nói riêng và Bệnh viện Mắt Trung ương nói chung. Nhưng kết quả này góp phần minh chứng rằng 2 Khoa đã đảm bảo được sự “công bằng” trong cung cấp DVYT cho người bệnh nội trú. Căn cứ kết quả này thì sự hài lòng của NB/NNNB không phụ thuộc vào những yếu tố cá nhân khó thay đổi như đặc điểm nhân khẩu, đặc điểm kinh tế - xã hội của NB/NNNB. Như vậy, theo khung lý thuyết nghiên cứu, để có được sự hài lòng của NB/NNNB với DVYT thì cần cải thiện những yếu tố thuộc về DVYT (khả năng tiếp cận; sự minh bạch thông tin, thủ tục; CSVC, phương tiện phục vụ; thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của NVYT; kết quả cung cấp dịch vụ...).

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của NB/NNNB với DVYT ở 2 khoa

- Tại Khoa KCB theo yêu cầu, chưa thấy có yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hài lòng của NB/NNNB nội trú tại Khoa.

- Tại Khoa Glôcôm, yếu tố địa dư có liên quan đến tỷ lệ hài lòng của NB/NNNB nội trú. Tỷ lệ hài lòng chung với DVYT ở nhóm NB/NNNB nội trú sống tại khu vực đô thị cao hơn 2,3 lần so với nhóm sống tại nông thôn và miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), “Tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện”.
2. Ke Ping A., Yang A. và Lillan M.S. (1999), “Factors influencing nursing - Sensitive outcomes in Taiwanese Nursing Home”, *The Online Journal of Issues Nursing*, **4(2)**.
3. Anbori A., Ghani S.N. và Yadav H. (2010), “Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana’s, Yemen”, *International Journal far Quality in Health Care*, **22(4)**, tr. 310-315.
4. Yan Z., Wan D. và Li L. (2011), “Patient satisfaction in two provinces: rural and urban differences”, *International Journal far Quality in Health Care*, **23(4)**, tr. 384-389.
5. Anand Sudhan, Rajiv Khandekar và Subramanyam Deveagonda (2011), “Patient satisfaction regarding eye care services at tertiary hospital of central India”, *Oman Journal of Ophthalmology*, **4(2)**.
6. Cao Mỹ Phượng, Nguyễn Thị Nghiệp và Châu Lê Phương (2012), “Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện đa khoa trong tỉnh Trà Vinh”.
7. Lý Thị Thúy (2014), *Sự hài lòng của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân với các dịch vụ tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
8. Lê Hữu Thọ và Nguyễn Văn Đông (2014), “Đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú khoa y học cổ truyền tại một bệnh viện Khánh Hòa”.
9. Cục quản lý khám chữa bệnh và Cục quản lý Y dược cổ truyền (2015), Tài liệu Hội nghị hướng dẫn kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng người bệnh, nhân viên y tế năm 2015, *Chương trình hội nghị hướng dẫn triển khai kiểm tra, đánh giá chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng của người bệnh, nhân viên y tế năm 2015*, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
10. Nguyễn Bích Lưu (2002), *Những yếu tố liên quan đến chất lượng chăm sóc được đánh giá bởi bệnh nhân xuất huyết từ bệnh viện Banpong*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng, Hội nghị Khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ nhất Thái Lan, Ratchaburi.
11. Phạm Nhật Yên (2008), *Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng*

dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa khám bệnh theo yêu cầu của bệnh viện Bạch Mai năm 2008, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng Hà Nội.

12. **Phan Thị Nguyệt Minh** (2012), *Phân tích tổ chức hoạt động quy trình khám thai và sự hài lòng của thai phụ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2012*, Luận văn thạc sĩ.

13. **Vũ Hoàng Anh** (2014), *Sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật bệnh lý cột sống tại viện chấn thương chỉnh hình - bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.

CHĂM SÓC CƠ BẢN SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM

Phạm Thị Nhu*

Glôcôm là bệnh lý tổn hại đầu dây thần kinh thị giác, là nguyên nhân đứng thứ hai gây mù ở Việt Nam cũng như ở trên thế giới. Nguy cơ gây bệnh là do nhãn áp tăng cao do đó mọi phương pháp điều trị bệnh glôcôm đều nhằm hạ nhãn áp để bảo vệ đầu thị thần kinh, bảo tồn chức năng thị giác cho người bệnh.

Hiện nay điều trị glôcôm có rất nhiều phương pháp đó là dùng thuốc, laser, phẫu thuật, trong đó phẫu thuật phổ biến nhất là cắt bè củng giác mạc.

Vì cơ chế bệnh sinh chưa được hiểu rõ nên việc điều trị glôcôm chỉ điều trị triệu chứng mà chưa điều trị khỏi triệt để. Hơn nữa tổn thương do bệnh glôcôm không có khả năng hồi phục chính vì vậy mà người bệnh phải theo dõi bệnh suốt đời.

Đặc biệt là những người bệnh sau phẫu thuật thì cần có quy trình tái khám định kỳ để được chăm sóc mắt tốt hơn.

Chăm sóc sau phẫu thuật được chia làm các giai đoạn

- Chăm sóc những ngày sau phẫu thuật.
- Chăm sóc sau phẫu thuật từ 01 tháng trở đi.

I. Chăm sóc những ngày sau phẫu thuật

1. Thăm hỏi, động viên người bệnh ngay sau phẫu thuật về tình trạng toàn thân và mắt (người bệnh có đau nhức, chói, cộm, chảy nước mắt)

2. Thay băng mắt cho người bệnh

Thay băng theo quy trình, đánh giá mi mắt xem có bị phù nề không, chảy nước mắt, chói, cộm, đỏ mắt, nhức mắt, có dấu hiệu bất thường thì báo ngay cho bác sĩ.

3. Thực hiện y lệnh thuốc gồm

- Thuốc kháng sinh uống để phòng ngừa nhiễm khuẩn.
- Thuốc tra tại mắt: Thuốc sau phẫu thuật mắt thường có kháng sinh, chống viêm, giảm đau, dinh dưỡng tại mắt và tra 4 – 6 tiếng/lần hoặc tra 4 – 6 lần/ngày theo chỉ định của bác sĩ và đảm bảo thuốc được tra phải cách nhau 3 – 5 phút để tránh tác dụng rửa trôi của thuốc.
- Nên giữ sạch mặt và tránh động, chạm vào mắt, tuyệt đối không được day dụi mắt.

4. Đo thị lực và nhãn áp sau phẫu thuật

- Đo thị lực và so sánh sự thay đổi trước và sau khi phẫu thuật.
- Đo nhãn áp bằng nhãn áp hơi, Icare, nhãn áp maclakop.
- + Chỉ số nhãn áp < 21mmHg là nhãn áp đã điều chỉnh
- + Nếu nhãn áp < 6mmHg là nhãn áp thấp hoặc nhãn áp > 22mmHg là nhãn áp cao.
- + Những chỉ số nhãn áp này có nguy cơ biến chứng nên cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.

* Khoa Glôcôm

II. Chăm sóc sau phẫu thuật 1 tháng trở đi.

1. Sau 01 tháng

- Kiểm tra thị lực và đo nhãn áp theo quy trình.
- Kiểm tra sự tuân thủ uống thuốc và tra thuốc của người bệnh (số lần tra và giờ tra thuốc tùy từng loại thuốc cụ thể mà người bệnh đang sử dụng)
- Đặc biệt khi có dấu hiệu bất thường như đỏ mắt, nhức mắt, mắt có nhiều rỉ, kích thích chảy nước mắt và nhìn mờ thì báo ngay cho bác sĩ.

2. Sau 03 tháng.

- Kiểm tra thị lực và đo nhãn áp theo quy trình như ở các giai đoạn trước. Nhưng ở giai đoạn này cần chú ý đến tình trạng khúc xạ của người bệnh,

cho người bệnh đi đo khúc xạ và chỉnh kính (nếu cần) để người bệnh có được thị lực tối ưu nhất.

- Ở giai đoạn này tiếp tục đánh giá chức năng tổn hại của bệnh glôcôm như đo thị trường, chụp ảnh đáy mắt.
- Người bệnh vẫn phải tuân thủ dùng thuốc theo đơn của bác sĩ
- Tư vấn cho người bệnh biết cách chăm sóc và bảo vệ mắt, đặc biệt là chế độ làm việc hoặc các hoạt động ngoài trời, các hoạt động trong lĩnh vực thể thao, khi thời tiết mưa, gió... cần được bảo vệ mắt với kính đeo và kính mắt để bảo vệ phải giữ gìn sạch sẽ.
- Khám định kỳ khi có hẹn và khi có các triệu chứng bất thường thì phải đến khám ngay.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÉT GIÁC MẠC

*Nguyễn Kim Oanh**

Loét giác mạc là 1 bệnh rất nguy hiểm vì bệnh để lại những di chứng vĩnh viễn như sẹo giác mạc, teo nhãn và mất 1 phần hoặc toàn bộ thị lực...

1. Nguyên nhân

Nguyên nhân loét giác mạc thường do các tác nhân gây nhiễm trùng tại giác mạc như:

- Vi khuẩn, nấm, đặc biệt hay gặp ở những người đeo kính áp tròng không đúng cách.
- Virus cũng có thể gây loét giác mạc như: virus herpes simplex hoặc virus gây bệnh thủy đậu và virus zona.

- Ngoài ra, một số điều kiện thuận lợi như nước mắt bị nhiễm khuẩn do chấn thương trực tiếp, do bụi mắt hoặc các mảnh vụn thủy tinh hoặc kim loại bắn vào giác mạc. Những chấn thương này làm tổn thương giác mạc và tạo cơ hội cho nhiễm khuẩn xâm nhập và gây loét giác mạc.

- Các bệnh lý gây khô mắt vì không có nước mắt để bảo vệ mắt chống lại vi khuẩn và gây nên loét.
- Các bệnh lý gây tổn thương mi mắt và làm cho mắt nhắm không kín hoàn toàn gây khô giác mạc và gây loét.
- Bất kì bệnh lý nào gây mất cảm giác của bề mặt giác mạc có thể làm tăng nguy cơ loét.

- Bông do hóa chất hoặc các dung dịch gây tổn thương giác mạc

Đeo kính áp tròng tăng nguy cơ loét giác mạc:

- + Cọ xát giác mạc ở viền xung quanh kính áp tròng và tạo điều kiện cho nhiễm trùng.
- + Kính áp tròng bị bẩn.
- + Nhiễm khuẩn do rửa kính áp tròng

rửa không sạch và vi khuẩn tập trung ở phía dưới kính áp tròng. Nếu kính áp tròng để lâu sẽ tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển và gây tổn thương giác mạc.

+ Đeo kính áp tròng lâu có thể gây cản trở trao đổi Oxy ở giác mạc và gây loét

+ Tự dùng thuốc nhỏ mắt không đúng đặc biệt là dùng thuốc nhỏ mắt có chứa Steroids.

2. Triệu chứng

Mắt đỏ, đau mắt, cảm thấy dị vật trong mắt, chảy nước mắt, có mủ hoặc dịch đặc chảy ra, nhìn mờ, đau khi nhìn ánh sáng chói, phù nề mi mắt, xuất hiện đốm trắng to hoặc nhỏ ở giác mạc ...

3. Thăm khám

Loét giác mạc là một bệnh lý nguy hiểm, nó làm mất sự trong sáng của giác mạc, thường để lại sẹo nên làm mất thị lực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Thậm chí, chấn thương rất nhẹ vào giác mạc, nếu điều trị không kịp thời đúng cách sẽ để lại hậu quả nặng nề như mù hoặc khoét bỏ mắt. Do đó, khi thấy các triệu chứng bất thường ở mắt, người bệnh cần đến ngay bác sĩ chuyên khoa mắt để khám.

Bác sĩ sẽ phát hiện viêm loét giác mạc bằng cách khám, soi mắt trên sinh hiển vi, cho làm các xét nghiệm tìm tác nhân gây bệnh, để có hướng điều trị đúng.

Người bệnh không tự ý dùng thuốc tránh tình trạng vi khuẩn kháng thuốc và tổn thương giác mạc khó hàn gắn.

4. Khi nào người bệnh cần đi khám

- Thay đổi thị lực, nhìn mờ, chói, cộm.
- Đau nhiều tại mắt hoặc nửa đầu cùng

bên.

- Cảm thấy có dị vật trong mắt, khó mở mắt.
- Chảy dịch ở mắt.
- Nếu có tiền sử cọ xát vào mắt hoặc tiếp xúc với các hóa chất hoặc do vật nhỏ bắn vào...

5. Chăm sóc tại nhà

- Nếu đeo kính áp tròng cần bỏ ra ngay.
- Chườm lạnh vào mắt bị tổn thương.
- Không được sờ hoặc cọ xát mắt bằng các ngón tay, lau mắt khăn mặt cứng.
- Hạn chế nhiễm trùng lan sang bằng cách rửa tay thường xuyên và lau khô bằng khăn bông sạch.
- Dùng các thuốc giảm đau như acetaminophen (Tylenol) hoặc buprofen (motrin).

6. Chăm sóc tại bệnh viện

- Bác sĩ chuyên khoa sẽ lấy kính áp tròng ra nếu đang đeo.
- Không băng mắt nếu nghi có nhiễm trùng vì môi trường tối và ẩm sẽ tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển.
- Nằm viện nếu loét giác mạc nặng.
- Dùng thuốc cho người bệnh:
- Vì nhiễm khuẩn là nguyên nhân hay gặp, nhỏ mắt cho người bệnh thuốc nhỏ mắt có kháng sinh (theo y lệnh của bác sĩ). Nếu nhiễm trùng lan rộng, cần nhỏ thuốc mắt có kháng sinh 1 giờ/lần.
- Cho người bệnh thuốc giảm đau. Đau có thể được kiểm soát bằng thuốc nhỏ mắt đặc biệt giữ cho đồng tử giãn ra.
- Phẫu thuật ghép giác mạc cấp cứu nếu loét giác mạc không đỡ khi dùng thuốc hoặc giác mạc có nguy cơ bị thủng.

7. Theo dõi

- Nếu không phải nằm viện. Cho người bệnh thuốc nhỏ mắt và thuốc giảm đau để

điều trị tại nhà. Cần phải theo dõi ngoại trú cho đến khi loét giác mạc đỡ dần.

- Cần phải đến khám bác sĩ chuyên khoa mắt ngay nếu xuất hiện các triệu chứng như nhìn kém dần, đau, chảy dịch hoặc sốt.

8. Phòng bệnh

- Cần đến khám bác sĩ chuyên khoa mắt khi có bất kì dấu hiệu nào về mắt. Đeo bảo vệ mắt khi tiếp xúc với các vật nhỏ có thể vào mắt: bụi, côn trùng, hạt thóc, lá lúa, lá mía, phơi tiện, bụi than...
- Nếu mắt bị khô hoặc mi mắt nhắm không kín hoàn toàn, sử dụng nước mắt nhân tạo để giữ cho mắt được trong sáng.
- Nếu đeo kính áp tròng, cần chú ý cách làm sạch kính và cách đeo kính:
- + Thường xuyên rửa tay trước khi sờ vào kính. Không dùng nước bọt để lau kính vì miệng chứa nhiều vi khuẩn dễ gây nguy hiểm cho giác mạc.
- + Tháo kính ra khỏi mắt vào các buổi tối và rửa sạch kính cẩn thận. Không dùng nước máy để rửa kính.
- + Không đeo kính áp tròng lúc ngủ để mắt được nghỉ ngơi, tránh cọ sát vào giác mạc.
- + Ngâm kính áp tròng vào dung dịch sát khuẩn suốt cả đêm.
- + Tháo kính áp tròng bất kì khi nào mắt bị kích thích và đeo lại khi mắt cảm thấy dễ chịu.
- + Thường xuyên sát khuẩn hộp đựng kính áp tròng.

- Loét giác mạc là một bệnh nặng và sẽ để lại di chứng về sau mặc dù được điều trị tốt, do đó vấn đề phòng bệnh là quan trọng nhất. Việc phát hiện và điều trị sớm loét giác mạc sẽ giúp giảm hoặc ngăn cản được di chứng và giúp cải thiện thị lực.

điều trị tại nhà. Cần phải theo dõi ngoại trú cho đến khi loét giác mạc đỡ dần.

TIN TỨC HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG

*Vũ Hòa Long **



Lễ Khai giảng lớp điều dưỡng chuyên khoa mắt khóa 36

Ngày 17/4/2017 Trung tâm Đào tạo – Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức Lễ khai giảng lớp đào tạo điều dưỡng chuyên khoa Mắt khóa 36 năm 2017. Tham gia khóa học lần này có 81 học viên đến từ các tỉnh thành trong cả nước. Khóa học được tổ chức từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2017.



Các học viên tham dự khóa bồi dưỡng kỹ năng đón tiếp, hướng dẫn người bệnh

Trong các ngày 20-21/5, 10-11/6 và 24-25/6/2017 Bệnh viện Mắt TW đã tổ chức

3 lớp bồi dưỡng kỹ năng đón tiếp, hướng dẫn người bệnh cho gần 200 lượt CBVC, trong đó chủ yếu là khối điều dưỡng, hộ lý, hướng dẫn, bán phiếu khám bệnh và các nhân viên của công ty bảo vệ Miền Bắc, công ty vệ sinh Hoàn Mỹ. Khóa học đã trang bị những kiến thức mới bổ ích cho đội ngũ đón tiếp, hướng dẫn viên – những người đầu tiên tiếp

xúc với người bệnh, đem lại những thay đổi về nhận thức, hiệu quả công việc đáp ứng yêu cầu cấp thiết của bệnh viện trong tình hình hiện nay.



Lãnh đạo Hội Điều dưỡng VN, Hội Điều dưỡng HN, BVMTW tặng hoa chúc mừng BCH Chi hội điều dưỡng BVMTW nhiệm kỳ 2017-2022

Ngày 9/6/2017, Đại hội Chi hội Điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW khóa IV nhiệm kỳ 2017- 2022 đã diễn ra trang

* Phòng Quản lý khoa học và đào tạo

trọng trong không khí toàn bệnh viện thi đua lập thành tích chào mừng Lễ kỷ niệm 100 năm thành lập Viện Mắt (1917-2017) – 60 năm thành lập Bệnh viện Mắt TW (1957-2017).

Tới dự và chỉ đạo Đại hội, có các đồng chí: CN. Tô Thị Điền, Phó Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam; CN. Nguyễn Thị Minh Tâm, Chủ tịch Hội Điều dưỡng Hà Nội; TS. Nguyễn Xuân Hiệp, Giám đốc Bệnh viện Mắt TW, Chủ tịch Hội đồng Điều dưỡng Bệnh viện cùng đại diện Sở Y tế Hà Nội, Bệnh viện Mắt Hà Nội, đại diện lãnh đạo các khoa phòng và 86 đại biểu đại diện cho 245 hội viên của Bệnh viện Mắt TW là những điều dưỡng, kỹ thuật viên, dược sỹ...

Đại hội đã tiến hành tổng kết đánh giá công tác nhiệm kỳ 2011-2017, đề ra các phương hướng hoạt động trong nhiệm kỳ mới, nghe trình bày và thảo luận nhiều vấn đề như mô hình chăm sóc người bệnh, giao tiếp ứng xử với người bệnh, ... , nêu ra những hạn chế, gợi mở những bất cập để Đại hội thảo luận và bổ sung vào phương hướng, kế hoạch hành động trong nhiệm kỳ 2017-2022

Đại hội đã bầu ban chấp hành Chi hội điều dưỡng nhiệm kỳ 2017-2022 gồm 15 thành viên



Hội từ thiện Hải Triều Âm, nhóm Phật tử Tổ A di đà và Tổ công tác xã hội BVMTW tặng quà NB Khoa ĐM-MBĐ

Chiều ngày 04/07/2017 Hội từ thiện Hải Triều Âm và nhóm Phật tử Tổ A di đà do sư thầy Thích Chánh Hạnh dẫn đầu đã đến thăm và tặng 105 suất quà, mỗi suất trị giá 500.000đ cho người bệnh có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Mắt TW.

TS. Nguyễn Xuân Hiệp – Giám đốc Bệnh viện đã thay mặt toàn thể CBVC bệnh viện và các người bệnh được tặng quà cảm ơn tấm lòng nhân ái của Hội từ thiện Hải Triều Âm và các Phật tử. TS. Nguyễn Xuân Hiệp khẳng định bệnh viện luôn sẵn sàng là cầu nối, phối hợp với các nhà hảo tâm chuyển những món quà nhân ái tới đúng tay những người bệnh khó khăn. TS. Nguyễn Xuân Hiệp hy vọng rằng trong thời gian tới Hội tiếp tục phối hợp với Tổ công tác xã hội Bệnh viện Mắt TW mở rộng hơn nữa các hoạt động nhân đạo như tổ chức phẫu thuật từ thiện, hỗ trợ viện phí, hỗ trợ suất ăn.. nhằm chia sẻ bớt khó khăn cho người bệnh nghèo.

Sư thầy Thích Chánh Hạnh thay mặt đoàn cảm ơn lãnh đạo bệnh viện, tổ công tác xã hội bệnh viện đã tạo điều kiện, phối hợp để Hội thực hiện chương trình này. Sư thầy mong rằng những món quà tuy giá trị vật chất không lớn nhưng là tấm lòng của đông đảo người hảo tâm trong cả nước, sẽ là nguồn động viên những người bệnh vượt qua khó khăn, xoa dịu nỗi đau bệnh tật.

Thuốc nhỏ làm trơn mắt
Refresh Tears
Thông tin quảng cáo cho công chúng

Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát, kích ứng và khó chịu do khô mắt, tiếp xúc với gió hay ánh nắng.

* Natri Carboxymethylcellulose

Refresh Tears
(Natri carboxymethylcellulose) 0,5%
Thuốc nhỏ làm trơn mắt



5S TẠO RA MÔI TRƯỜNG BỆNH VIỆN HIỆU QUẢ

THE 5 “S’S” TO CREATING AN EFFICIENT HOSPITAL ENVIRONMENT

<http://www.bechrshospitalreview.com>

Tác giả: Sabrina Rodak

Người dịch: Trần Thúy Anh*

THÀNH PHẦN

Mỗi mL chứa: **Hoạt chất:** Natri carboxymethylcellulose 0,5%.

CHỈ ĐỊNH

Làm dịu nhất thời cảm giác nóng rát, kích ứng và khó chịu do khô mắt hoặc do tiếp xúc với gió hay ánh nắng. Thuốc còn được dùng như một chất bảo vệ chống lại các kích thích khác.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định ở bệnh nhân quá mẫn với carboxymethylcellulose hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

LIỀU LƯỢNG VÀ CÁCH DÙNG Thuốc nhỏ làm trơn mắt. Nhỏ 1 hay 2 giọt vào mắt bị đau khi cần thiết. Các thuốc nhỏ mắt được dùng đồng thời nên cách lần nhỏ Refresh Tears™ ít nhất 5 phút để tránh thuốc bị rửa trôi.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG

Độc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng. Nếu cần thêm thông tin xin hỏi ý kiến bác sĩ. Để tránh nhiễm bẩn hoặc tổn thương mắt có thể xảy ra, không để đầu lọ chạm vào bất kỳ bề mặt nào và tránh tiếp xúc với mắt. Đậy nắp lại sau khi dùng. Nếu thấy mắt đau, thay đổi thị lực, mắt tiếp tục bị đỏ hoặc bị kích thích, hoặc nếu tình trạng mắt xấu hơn hay vẫn còn khó chịu quá 72 giờ thì nên ngừng sử dụng thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ. Không sử dụng nếu bao bì cho thấy bằng chứng về sự giả mạo. Không dùng nếu dung dịch thuốc bị đổi màu hoặc trở nên vẩn đục. Sử dụng trước ngày hết hạn ghi trên lọ thuốc.

PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Không có cảnh báo đặc biệt nào về sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

SỬ DỤNG Ở TRẺ EM

Độ an toàn và hiệu quả chưa được chứng minh ở bệnh nhân trẻ em.

SỬ DỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Không quan sát thấy sự khác biệt tổng thể về độ an toàn hoặc hiệu quả giữa bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân người lớn khác.

TÁC ĐỘNG LÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ VẬN HÀNH MÁY MÓC

Refresh Tears™ có thể gây nhìn mờ thoáng qua, điều này có thể làm suy giảm khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc. Bệnh nhân nên đợi cho đến khi nhìn rõ trở lại trước khi lái xe hoặc sử dụng máy móc.

TÁC DỤNG PHỤ

Khi dùng thuốc đúng theo chỉ dẫn thì không có tác dụng phụ nào đáng kể. Kích thích mắt và các phản ứng dị ứng hiếm khi xảy ra. Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc. Tóm tắt các phản ứng bất lợi của thuốc trong các nghiên cứu lâm sàng: Tiết dịch mắt, kích ứng mắt, nóng rát và khó chịu, đau mắt, ngứa mắt, sung huyết kết mạc mí mắt, rối loạn thị giác.

BẢO QUẢN

Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Tránh ẩm. Chỉ sử dụng khi dấu niêm phong lọ thuốc còn nguyên vẹn. Hủy bỏ phần thuốc không dùng sau khi mở lọ được 4 tuần. Để xa tầm tay trẻ em. Không dùng thuốc quá hạn sử dụng đã ghi trên bao bì.

NHẬP KHẨU VÀ PHÂN PHỐI

Công ty TNHH Một thành viên Vimedimex Bình Dương,
Số 18L1-2 VSIP II, đường số 3, KCN Việt Nam - Singapore 2,
Phường Hòa Phú, Tp. Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

Giấy xác nhận nội dung quảng cáo
Số 327/2016/XNQC-QLD;
Ngày in tài liệu: tháng 4 năm 2017



Dưới áp lực của việc giảm chi phí và nâng cao chất lượng, rất nhiều bệnh viện và các hệ thống y tế đang áp dụng các biện pháp để cải thiện các quy trình. Một số chiến lược, như Lean và Six Sigma, nhằm mục đích sắp xếp một cách hợp lý các quy trình bằng cách loại bỏ những thứ không cần thiết trong hệ thống. Nâng cao hiệu quả các quá trình còn phụ thuộc vào việc loại bỏ những thứ gây lãng phí trong môi trường mà trong đó các quá trình diễn ra. Ron Keith, chuyên gia tư vấn về chăm sóc sức khỏe tại TechSolve, giải thích làm thế nào hệ thống 5S cung cấp bộ khung cho việc nâng cao hiệu quả làm việc trong môi trường bệnh viện.

1. Sàng lọc. Trong bước này, các bệnh viện phân loại các mục không cần thiết mà không còn được sử dụng và xác định các mục đã lỗi thời hoặc hết hạn sử dụng. Ví dụ, các bệnh viện có thể loại bỏ một số mục của phẫu thuật viên không còn hành nghề ở bệnh viện, điều này giúp giải phóng vài vị trí trong khu vực nhà kho.

2. Sắp xếp. Ở bước này, các bệnh viện tổ chức những gì họ sử dụng quản lý bằng trực quan như dán nhãn, bảng hiệu, tranh ảnh và các khu vực được dành cho những thiết bị đặc thù. Sắp xếp các vật liệu có thể giúp các bệnh viện “giảm lượng hàng tồn kho, thiết lập các cấp độ cho việc mua bán trong tương lai, chỉ định các khu vực để lưu

trữ và tạo ra các tiêu chuẩn liên quan đến việc chăm sóc và điều trị được cung cấp như thế nào (nghĩa là số lượng và loại dụng cụ đang được sử dụng), “ông Keith nói. Ví dụ, một bệnh viện có thể dán các hình ảnh cụ thể của các dụng cụ đặc thù trên các thùng đựng khác nhau ở các khu vực cung cấp để giúp quản lý nhanh chóng lấy được các đồ vật cần thiết.

3. Sạch sẽ. Bước này làm bộc lộ các điều kiện có thể gây nguy hiểm cho chất lượng chung của toàn bệnh viện. Các bệnh viện làm sạch tất cả các khu vực và xác định chỉ ra bất kỳ lỗ hổng nào trong tiêu chuẩn vệ sinh. Theo ông Keith, ngoài việc khử trùng không gian, chẳng hạn như phòng phẫu thuật, các bệnh viện cũng cần đảm bảo môi trường làm việc dễ chịu bằng cách đánh giá mức độ chiếu sáng, bụi và mùi trong tòa nhà. Bước này tạo ra môi trường an toàn và có thể cải thiện cảm nhận của người bệnh.

4. Sẵn sàng. Trong bước “sẵn sàng”, các bệnh viện tạo ra các biên bản tiêu chuẩn để duy trì và giám sát 3S đầu tiên - sàng lọc, sắp xếp, sạch sẽ. Những biên bản này có thể giúp xác định các hành động cần thiết để thực hiện các bước này, những người chịu trách nhiệm thực hiện các hành động này và thời điểm thực hiện các hành động đó. Ví dụ, bệnh viện nên thiết lập các phương pháp chuẩn để làm sạch môi trường một

* Khoa Mắt trẻ em

cách nhất quán. Ông Keith đề xuất sử dụng bảng kiểm để đảm bảo các biên bản được tuân thủ.

Trong khi một số người có thể hướng dẫn khởi đầu cho 5S, những nhân viên ở mọi cấp độ của tổ chức cũng nên đóng một vai trò trong đó, ông Keith nói. “Cách tiếp cận 5S là một cách tuyệt vời để tất cả mọi người tham gia vào việc tạo ra môi trường của sự thành công và đạt được kết quả xuất sắc. Nếu chưa hoàn toàn chấp nhận, bắt đầu từ hôm nay bằng việc tham gia vào tất cả các cấp độ của nhân viên để đảm bảo việc triển khai 5S thực sự diễn ra trên toàn bộ bệnh viện.

5. Sẵn sàng. Ở bước “sẵn sàng”, các bệnh viện duy trì môi trường làm việc hiệu quả bằng việc tiếp tục tập trung vào 4S trước đó. Duy trì môi trường hiệu quả là một thách thức lớn nhất trong cách tiếp cận 5S, ông Keith nói. Kết hợp cách tiếp cận 5S trong chiến lược chung của bệnh viện để đạt được các mục tiêu ngắn hạn và dài hạn có thể giúp các bệnh viện duy trì hiệu quả.

“Bằng cách tự cam kết với kinh nghiệm của khách hàng và sử dụng phương pháp tiếp cận mà ngăn chặn và loại bỏ lãng phí, bệnh viện đang quyết tâm thiết lập tổ chức của mình trên con đường cải tiến liên tục và thành công.

Khách hàng sử dụng dịch vụ của bệnh viện luôn thay đổi; để liên tục đáp ứng yêu cầu của thị trường, kinh nghiệm của khách hàng phải theo một con đường dẫn đến kết quả tích cực. Cách tiếp cận 5S là cách tiếp cận đơn giản để thúc đẩy dịch vụ một cách xuất sắc trong con mắt của khách hàng”, ông Keith nói.

Làm thế nào để áp dụng 5S

5S là một trụ cột cơ bản của sự triển khai Lean. 5S tập trung vào các nguyên tắc cốt lõi của triết lý Lean tạo thuận lợi cho việc mở rộng và phát triển một khuynh hướng lâu dài. Hãy suy nghĩ về nó như là nền móng căn nhà được xây dựng trên đó.

Trong khi một số nghĩ về nó như là một sự làm sạch, và vị trí như vậy, nó có nghĩa là nhiều hơn nữa. Thay vì nghĩ về nó như một sự kiện chỉ diễn ra một lần hoặc một cái gì đó được thực hiện mỗi năm một lần, hãy nghĩ đến nó như là sự bắt đầu của một nền văn hoá và quá trình cho phép theo đuổi và loại bỏ sự lãng phí từ tổ chức của bạn.

5S chính xác là gì?

Đơn giản chỉ cần nói, 5S là một phương pháp cấu trúc để tổ chức nơi làm việc. Như chứng minh bằng tên của nó, có 5 bước trong một 5S. Các bước này là:



1. Sàng lọc: Tách những thứ cần thiết cho công việc khỏi những thứ không cần thiết. Ví dụ bao gồm các quy trình đã lỗi thời và hết hạn, hàng tồn kho bị hư hỏng và hết hạn sử dụng, các thiết bị đã cũ hoặc đã qua sử dụng v.v... Khi kết thúc bước sàng lọc, các vật dụng không cần thiết được xử lý (như là loại bỏ chúng).

2. Sắp xếp: Với những thứ cần thiết cho công việc, đặt chúng theo thứ tự hợp lý hoặc vị trí hợp lý để tăng hiệu quả trong quá trình làm việc và giảm nguy cơ xảy ra lỗi. Thứ tự sắp xếp nên làm giảm sự di chuyển quá mức, vận chuyển quá mức, quá trình chế biến, sản xuất thừa, tồn kho, sự chậm trễ quá mức và khiếm khuyết. Đây là 7 mà phương pháp lean loại bỏ sự lãng phí trong một tổ chức.

3. Sạch sẽ: Khu vực làm việc được làm sạch, thiết bị và hệ thống được hiệu chỉnh theo các cài đặt tối ưu sao cho quá trình này ở trạng thái lý tưởng. Tại thời điểm này, đo lường của hệ thống có thể bắt đầu và các phép đo sẽ nắm bắt các biến thể của quá trình chứ không phải là của môi trường hoặc hệ thống đo lường. Điều này cho phép hiểu rõ hơn về sự biến đổi của quy trình.

4. Sẵn sàng: Mặc dù có thể có nhiều cách để thực hiện công việc nhưng vẫn có “một cách tốt nhất” để thực hiện công việc đó. Hợp tác với mọi người ở nơi làm việc và với các kỹ sư có thể vận hành tìm ra cách tốt nhất để đạt được hiệu quả cao trong công việc. Điều này sẽ trở thành tiêu chuẩn. Điều này bao gồm cách thực hiện công việc như thế nào và cách để bổ sung hàng vào kho như đặt tiếp hàng và quản lý hàng tồn kho.

5. Sẵn sàng: Đưa vào hệ thống để duy trì tổ chức của nơi làm việc, bảo trì thiết bị và hệ thống và đo lường, quy trình giám sát và kiểm soát trực quan cả

quá trình. Kiểm soát trực quan cho phép mọi người hiểu cách thức tiến hành. Điều này hàm ý “một cơ chế phản hồi và đáp ứng” cho phép cá nhân làm việc có kiểm soát hơn và có trách nhiệm giải trình đối với công việc của mình.

Tôi có thể áp dụng 5S ở đâu?

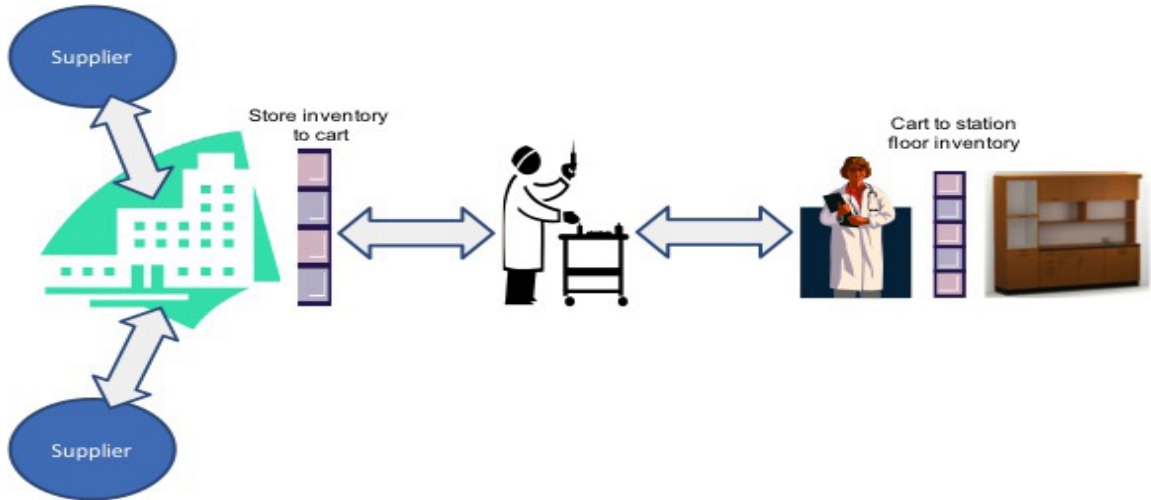
5S bắt đầu đặt nền tảng liên tục áp dụng các khái niệm Lean và các kỹ thuật để loại bỏ gốc rễ của sự lãng phí và quy trình hợp lý hóa chúng.

5S có thể được áp dụng cho bất kỳ môi trường làm việc nào. Nó có thể là một kho hàng trong bệnh viện, một xe tải sửa chữa cho một công ty viễn thông, một khu vực làm việc CSR/khu vực làm việc trong trung tâm liên lạc, khu vực yêu cầu nhận hành lý của hãng hàng không hoặc trong một máy tính xách tay.

Một ví dụ của 5S

Chúng ta hãy lấy ví dụ về một chiếc xe cung cấp của bệnh viện. Xe cung cấp kết nối giữa điều dưỡng bệnh viện với nơi cung cấp/kho hàng của bệnh viện về các vật dụng chăm sóc người bệnh thông thường và các vật dụng chăm sóc y tế đặc biệt. Mục tiêu của một bài tập 5S được áp dụng cho xe của bệnh viện có thể đầy đủ đưa ra một kết quả cuối cùng là đưa hàng đến trạm điều dưỡng đúng giờ. Điều dưỡng nổi tiếng là những người cất giữ. Họ muốn đảm bảo rằng họ có những thứ họ cần cho người bệnh của họ và nguồn cung không đầy đủ từ những chiếc xe đẩy, không biết liệu nó có được đưa đến thường xuyên hay là thiếu các nguồn cung từ xe đẩy, dẫn tới thói quen tạo ra “tồn” của nguồn cung cấp. Lượng hàng tồn ẩn này là hàng tồn kho quá mức. Mở rộng ra một bệnh viện và cả hệ thống, tác động của hàng tồn kho có thể là đáng kể. Hàng tồn kho tiềm ẩn dẫn đến hàng tồn kho ‘bị mất’, sự lỗi

thời của hàng tồn kho và hàng tồn kho kho trở nên phức tạp hơn.
bị hư hỏng. Điều này làm cho vấn đề tồn



5S trên một chiếc xe đẩy bắt đầu bằng sự hợp tác của điều dưỡng và người tiếp cận cung cấp. Hai bên liên quan xác định những gì thuộc về và không thuộc về xe đẩy. Người cung cấp hàng của xe sau đó có thể sắp xếp việc xếp hàng trên xe theo nhu cầu sử dụng, khối lượng hàng và các cân nhắc khác dựa trên các quy trình và thực hành lâm sàng tốt. Các hình dạng, dấu phân cách, dấu hiệu và màu sắc có thể được sử dụng để tổ chức sắp xếp các đồ vật cần cung cấp trên xe. Hàng có ban đầu trên xe có thể được xác định bằng cách dự kiến sử dụng và sau đó cập nhật sau khi theo dõi trong một khoảng thời gian

dài. Điều dưỡng và người cung cấp có thể thiết lập tần suất cung cấp và thiết kế quy trình và trực quan kiểm soát với việc cung cấp lại.

Sự hợp tác này đảm bảo điều dưỡng cung cấp đầy đủ các vật dụng cần thiết cho người bệnh và giảm thiểu nhu cầu dự trữ vật tư. Người cung cấp vật tư lại phối hợp với các kho hàng cung cấp cho phép các kho hàng sử dụng 5S trong khoảng không gian của kho hàng và các hàng dự trữ được điều chỉnh và cung cấp cho các tầng sử dụng. Tác động có thể là đáng kể từ đề xuất phân phối chăm sóc người bệnh đến kiểm soát hàng dự trữ và đề xuất vốn lưu động.