

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

HOÀNG ĐỨC LUẬN

**THỰC TRẠNG RỐI LOẠN CƠ XƯƠNG KHỚP CỦA
ĐIỀU DƯỠNG VIÊN BỆNH VIỆN TUYẾN QUẬN HUYỆN TẠI
HẢI PHÒNG VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP**

Chuyên ngành : Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số : 62.72.03.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ

HẢI PHÒNG – 2020

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

- 1. PGS.TS. BS. PHẠM MINH KHUÊ**
- 2. PGS.TS.BS. NGUYỄN MAI HỒNG**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường tại
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Vào hồi giờ, ngày tháng năm 2020

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện trường Đại học Y Dược Hải Phòng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ xương (RLCX) là một vấn đề sức khỏe nghề nghiệp thường gặp nhất trên các nhân viên y tế trên thế giới, đặc biệt là ở các điều dưỡng viên (ĐDV). Một nghiên cứu tổng hợp gần đây của Soyler và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc RLCX của ĐDV trong vòng 12 tháng qua dao động trong khoảng từ 33,0% đến 88,0% và RLCX liên quan đến nghề nghiệp có liên quan đến nhiều yếu tố như đặc điểm dân số xã hội học cũng như các yếu tố liên quan đến tư thế lao động không hợp lý, yếu tố tâm lý và tổ chức công việc.

Ở nước ta, các bệnh nghề nghiệp và công tác dự phòng các bệnh nghề nghiệp ngày càng được quan tâm. Nhiều chương trình dự phòng bệnh nghề nghiệp đã được triển khai tại các môi trường lao động khác nhau, trong đó có môi trường y tế. Tuy nhiên RLCX hiện nay chưa được đưa vào danh mục các bệnh nghề nghiệp dù một số đánh giá cho thấy RLCX rất phổ biến trong một số loại hình lao động. Kết quả gần đây của nhóm nghiên cứu của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Đại học Laval (Canada) cho thấy tỷ lệ mắc RLCX trên điều dưỡng viên tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng trong 12 tháng qua lên tới 81%. Điều này chứng tỏ vấn đề RLCX trên điều dưỡng viên nước ta có thể là rất lớn. Câu hỏi của chúng tôi là thực trạng vấn đề RLCX trên ĐDV ở các tuyến chăm sóc khác, đặc biệt là tuyến huyện là như thế nào, tác động của RLCX lên cuộc sống và công việc của những ĐDV đó ra sao, kiến thức, thái độ, thực hành của ĐDV về RLCX ở mức độ nào, và can thiệp nào trong điều kiện của nước ta có thể có hiệu quả để giúp dự phòng RLCX trên ĐDV? Từ những câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Xác định tỷ lệ mắc rối loạn cơ xương và ảnh hưởng của chúng lên đời sống và công việc hằng ngày của điều dưỡng viên đang công tác tại các bệnh viện tuyến quận/huyện của Hải Phòng năm 2017.

2. *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến mắc RLCX trên điều dưỡng viên tại các cơ sở trên.*

3. *Đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm dự phòng RLCX trên điều dưỡng viên tại một số bệnh viện tuyến quận/huyện tại Hải Phòng.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên và khá toàn diện tại Việt Nam về vấn đề RLCX trên một nhóm nghề nghiệp, từ khảo sát tỉ lệ đến đánh giá về các yếu tố liên quan đến tình trạng RLCX trên điều dưỡng viên và biện pháp can thiệp nhằm đánh giá một số thay đổi về tỉ lệ RLCX và kiến thức, thái độ thực hành của điều dưỡng viên với RLCX. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi có quy mô rộng với tỷ lệ tham gia cao. Cỡ mẫu của nghiên cứu có tính đại diện cao cho các điều dưỡng của một địa phương. Mức độ và đặc điểm công việc của đối tượng điều dưỡng trong nghiên cứu bao phủ đa dạng do có những bệnh viện nằm tại khu vực nông thôn và có cả những bệnh viện khu trú tại khu vực thành thị. Điều này cho phép đánh giá khách quan về kết quả nghiên cứu và phản ánh được thực trạng mắc RLCX cũng như hiệu quả của các biện pháp can thiệp trên các điều dưỡng viên tại Việt Nam, do đó các kết quả đưa ra có độ tin cậy khá cao, có thể là tiền đề cho các nghiên cứu trong tương lai về RLCX nghề nghiệp tại Việt Nam.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Phần chính của luận án dài 135 trang, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 2 trang.

Chương 1 - Tổng quan: 36 trang

Chương 2 - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 21 trang

Chương 3 - Kết quả nghiên cứu: 39 trang

Chương 4 - Bàn luận: 34 trang

Kết luận và khuyến nghị: 3 trang

Luận án có 159 tài liệu tham khảo, trong đó 34 tài liệu tiếng Việt và 125 tài liệu tiếng Anh. Luận án có 43 bảng, 13 hình. Phụ lục gồm 8 phụ lục dài 57 trang.

Chương 1 : TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm dịch tễ học của RLCX nghề nghiệp và tác động của RLCX lên công việc và cuộc sống của nhân viên y tế

1.1.1. Đại cương về rối loạn cơ xương

RLCX chỉ các tổn thương ở bộ máy vận động, bao gồm cơ, gân, xương và các thành phần của khớp và ngoại khớp như sụn, dây chằng, các dây thần kinh, mạch máu, bao hoạt dịch... Các vị trí tổn thương thường gặp là ở chi trên (vai, khuỷu tay, cổ bàn tay...), hoặc ở chi dưới (đầu gối), ngoài ra còn có thể gặp ở vùng cổ gáy hoặc vùng lưng. RLCX bao hàm tất cả các dạng tổn thương từ các tổn thương nhẹ thoáng qua đến cả các tổn thương không hồi phục và cả các tình trạng tàn tật mạn tính. RLCX nghề nghiệp là một nhóm bệnh mạn tính bao gồm những tổn thương RLCX chủ yếu gây ra hay bị làm nặng lên do quá trình lao động, các hoạt động nghề nghiệp hoặc do các tác động của điều kiện môi trường lao động mà người lao động làm việc. Các yếu tố nguy cơ phát triển RLCX là:

- Yếu tố cơ sinh: công việc quá sức, công việc lặp đi lặp lại, tư thế làm việc bất lợi
- Yếu tố tổ chức công việc và tâm lý xã hội: áp lực công việc, mức độ hài lòng thấp, công việc đơn điệu, thiếu sự hỗ trợ xã hội
- Yếu tố cá thể: tuổi, giới, thể trạng, tiền sử bệnh lý...
- Tác động phối hợp của yếu tố môi trường

1.1.2. Dịch tễ học của rối loạn cơ xương trên điều dưỡng viên

RLCX rất phổ biến trên người lao động ngành y tế. Theo các bảng chứng trên thế giới cho thấy nhân viên y tế (NVYT) có nguy cơ cao bị mắc RLCX do phải tiến hành các hoạt động thể lực với tư thế cơ

xương khớp không hợp lý. Rất nhiều nghiên cứu trên toàn thế giới đã chỉ ra một tỉ lệ rất cao NVYT xuất hiện các triệu chứng của tình trạng RLCX, từ 28% đến 96%, và đặc biệt là trên ĐDV. Tại các nước đang phát triển, RLCXNN vẫn còn ít được quan tâm. Một nghiên cứu thực hiện ở Malaysia đã chỉ ra một tỷ lệ RLCX trên nhân viên y tế là 88% ở lưng, 77% ở cổ và 60% ở vai. Ở Nigeria, một nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ RLCX trên ĐDV là 78% trong đó tổn thương chủ yếu là ở lưng, cổ và đầu gối. Tại Việt Nam, nghiên cứu gần đây nhất tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, cho thấy tỷ lệ mắc RLCX trên ĐDV bệnh viện là rất cao chiếm 81%, yếu tố nguy cơ cho tình trạng này là nữ giới, đồng mắc stress và tuổi cao.

1.1.3. Tác động của rối loạn cơ xương lên công việc và cuộc sống hàng ngày của điều dưỡng viên

- Tác động lên công việc: giảm hiệu suất lao động bao gồm cả giảm khối lượng và chất lượng của công việc, làm gia tăng tình trạng vắng mặt tại nơi làm việc
- Tác động lên cuộc sống hằng ngày: giảm chất lượng cuộc sống biểu hiện bằng hậu quả lên khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày và chất lượng giấc ngủ

1.2. Môi trường – điều kiện làm việc và tình trạng rối loạn cơ xương trên điều dưỡng viên

Môi trường làm việc của nhân viên y tế nói chung và ĐDV nói riêng tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng lớn đến tỉ lệ mắc RLCX, bao gồm:

- Yếu tố nguy cơ vật lý/tư thế: công việc chăm sóc bệnh nhân, vận chuyển bệnh nhân, mang vật nặng, sai tư thế...
- Cường độ làm việc: thời gian làm việc dài, có trực, ca kéo dài hơn 12h, làm việc đêm, làm việc trong ngày nghỉ...
- Tổ chức và tải lượng công việc không hợp lý, thiếu hỗ trợ xã hội, công việc đòi hỏi trách nhiệm cao...

- Môi trường làm việc độc hại, ồn ào...

1.2. Biện pháp dự phòng RLCX nghề nghiệp trên điều dưỡng viên và hiệu quả của các biện pháp dự phòng

- Biện pháp can thiệp về Éc-gô-nô-mi
- Biện pháp can thiệp cộng đồng: truyền thông giáo dục sức khỏe
- Biện pháp can thiệp bằng các bài tập rèn luyện thể lực

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

2.1.1. Đối tượng, địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm ĐDV làm việc tại 15 bệnh viện tuyến quận/huyện thuộc 14 quận huyện của thành phố Hải Phòng, gồm 7 bệnh viện quận: Lê Chân, Hồng Bàng, Ngô Quyền, Hải An, Dương Kinh, Đồ Sơn, Kiến An; và 8 bệnh viện huyện: Kiến Thụy, Tiên Lãng, Vĩnh Bảo, An Dương, Thủy Nguyên, Cát Bà, Cát Hải, An Lão

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có bằng điều dưỡng
- Đã làm việc tại bệnh viện trong thời gian ít nhất 9 tháng (thời gian này để đảm bảo cho việc đánh giá người lao động bị tác động từ môi trường làm việc)
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Điều dưỡng viên làm việc tại bệnh viện dưới 9 tháng
- Từ chối tham gia vào nghiên cứu;
- Đang đi học hoặc vắng mặt tại nơi làm việc vào thời điểm nghiên cứu

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2017 đến tháng 7/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp cộng đồng có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

2.2.2.1. *Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang:* 1179 điều dưỡng viên đang công tác tại 15 bệnh viện quận/huyện tại TP Hải Phòng

2.2.2.2. *Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:* 292 ĐDV tại 4 bệnh viện, trong đó nhóm can thiệp có 130 ĐDV (bệnh viện An Lão và Lê Chân) và nhóm đối chứng có 162 ĐDV (bệnh viện Vĩnh Bảo và Ngô Quyền).

2.2.3. Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả: chọn mẫu toàn bộ ĐDV từ 15 bệnh viện: lập danh sách điều dưỡng viên đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu (làm việc ít nhất 9 tháng) của tất cả các bệnh viện tuyến huyện tại Hải Phòng, tổng cộng là 1279 điều dưỡng viên. Có 1179 điều dưỡng đồng ý tham gia.

Chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp: chọn ngẫu nhiên 2 bệnh viện quận và huyện trong danh sách 15 bệnh viện vào nhóm can thiệp. Sau đó chọn ngẫu nhiên 2 trong số 13 bệnh viện còn lại vào nhóm đối chứng theo điều kiện tương tự như nhóm bệnh viện can thiệp.

2.3. Chi tiết về kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu

2.3.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Xác định tỉ lệ mắc RLCX và đánh giá ảnh hưởng của RLCX lên công việc và cuộc sống

+ tỉ lệ mắc RLCX chung và theo vị trí giải phẫu, tuổi, giới, tiền sử bệnh tật, đặc điểm công việc

+ liên quan giữa RLCX và điểm chất lượng cuộc sống, mức độ lo âu, tình trạng vắng mặt tại nơi làm việc

- Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về RLCX và một số yếu tố liên quan đến RLCX trên ĐDV

+ Tỉ lệ trả lời đúng kiến thức – thái độ – thực hành về RLCX

+ Liên quan giữa RLCX với các đặc điểm nhân khẩu xã hội học của ĐDV

+ Liên quan giữa RLCX với các đặc điểm nghề nghiệp của ĐDV

+ Liên quan giữa RLCX với điểm kiến thức – thái độ – thực hành về RLCX của ĐDV

- Đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe và bài tập rèn luyện thể lực

+ Tỷ lệ % RLCX chung và theo các vị trí giải phẫu trước và sau can thiệp

+ Tỷ lệ % có kiến thức – thái độ - thực hành tốt về RLCX trước và sau can thiệp

+ Điểm số chất lượng cuộc sống và điểm mức độ lo âu trên ĐDV trước và sau can thiệp

2.3.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.3.3.2. Công cụ đánh giá rối loạn cơ xương

Các công cụ đánh giá RLCX và ảnh hưởng của RLCX bao gồm 1) Bộ câu hỏi chuẩn hóa Bắc Âu về RLCX: bộ câu hỏi này được phát triển bởi Kuorinka và cs năm 1987, được sử dụng rộng rãi trên nhiều nước để nghiên cứu về lượng giá RLCX. Bộ câu hỏi có hai phần chính, phần đầu đánh giá tổng quát các vấn đề về sức khỏe cơ xương tại các vị trí trên cơ thể trong vòng 12 tháng gần đây và trong vòng 7 ngày gần đây, phần sau đánh giá cụ thể vấn đề RLCX trên từng vị trí cũng như hậu quả mà nó mang lại đối với công việc và cuộc sống của người trả lời; 2) thang đo mức độ lo âu của Kessler (K6) gồm 6 câu hỏi, đã được sử dụng trong một số nghiên cứu tại Việt Nam; 3) Bộ câu hỏi lượng giá sự vắng mặt tại nơi làm việc; 4) Bộ câu hỏi Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form) nhằm lượng giá chất lượng cuộc sống, bộ câu hỏi này đã được phát triển bởi Endicott năm 1993 và được chuẩn hóa sang tiếng Việt bởi Tô Gia Kiên và cộng sự năm 2013.

2.3.3.3. Công cụ và tiêu chí đánh giá kiến thức – thái độ – thực hành (KAP) của điều dưỡng viên về RLCX

Công cụ đánh giá: Kiến thức, thái độ, thực hành của ĐDV viên được

điều tra bằng sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn. Bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên tham khảo bảng đánh giá KAP phòng ngừa rối loạn cơ xương trên ĐDV của Cục sức khỏe và an toàn nghề nghiệp Hoa Kỳ (OHSA), tài liệu phòng chống RLCX của Bộ Lao động Hoa Kỳ và hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về phòng tránh RLCX tại nơi làm việc.

Tiêu chí đánh giá KAP: ĐDV có kiến thức hoặc thái độ hoặc thực hành đúng về một khía cạnh hoặc một câu hỏi nào đó được tính bằng việc có đáp án đúng với câu hỏi một lựa chọn, hoặc trả lời ít nhất một đáp án đúng với câu hỏi có nhiều lựa chọn. Tỷ lệ ĐDV có kiến thức, hoặc thái độ, hoặc thực hành đúng được tính bằng tổng số điều dưỡng trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức, hoặc thái độ, hoặc thực hành chia cho tổng số ĐDV tham gia trả lời.

2.3.3.4. Thu thập thông tin cho nghiên cứu can thiệp

Biện pháp can thiệp bao gồm 3 cấu phần: Truyền thông về RLCX, truyền thông về Éc-gô-nô-mi và tập huấn bài tập tăng cường thể lực cho ĐDV.

a. Biện pháp can thiệp truyền thông về RLCX

Cung cấp áp phích có kèm tranh minh họa tại các khoa phòng; phổ biến thông tin thông qua các buổi truyền thông theo nhóm từ 30 – 40 người, tại các bệnh viện can thiệp.

b. Truyền thông về éc-gô-nô-mi

Tổ chức các buổi tập huấn theo nhóm về éc-gô-nô-mi tại các khoa phòng của các bệnh viện. Tài liệu tập huấn éc-gô-nô-mi được dịch từ “Hướng dẫn éc-gô-nô-mi trong phòng tránh RLCX trên điều dưỡng viên” của Cục an toàn và sức khỏe nghề nghiệp Hoa Kỳ (OSHA). Tài liệu đã được dịch và trích lược các phần để phù hợp với hoàn cảnh làm việc của các ĐDV tại Việt Nam.

c. Biện pháp tập huấn bài tập tăng cường thể lực

Hướng dẫn các động tác tập luyện tăng cường thể lực bằng các video hướng dẫn tập luyện, các video phát cho tất cả các ĐDV tham gia nghiên cứu để có thể tập luyện tại nhà hoặc tại khoa phòng tùy theo thời gian, các video được trình chiếu 1 lần/tuần cho các ĐDV ở từng khoa/phòng

Các buổi truyền thông và tập huấn thực hiện bởi nhóm giảng viên khoa Y tế công cộng, trường Đại học Y Dược Hải Phòng và nhóm chuyên gia Sức khỏe nghề nghiệp của Trường Đại học Y Khoa Brest, Cộng hòa Pháp. Mỗi bệnh viện can thiệp sẽ có 1 buổi truyền thông về RLCX, 2 buổi truyền thông về éc-gô-nô-mi, 1 buổi tập huấn hướng dẫn bài tập, các nội dung này lặp lại trong 6 tháng can thiệp. Các áp phích được dán ở các khoa phòng trong thời gian 1 năm. Đánh giá sau can thiệp thực hiện vào thời điểm 1 năm sau can thiệp.

2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 19.0.

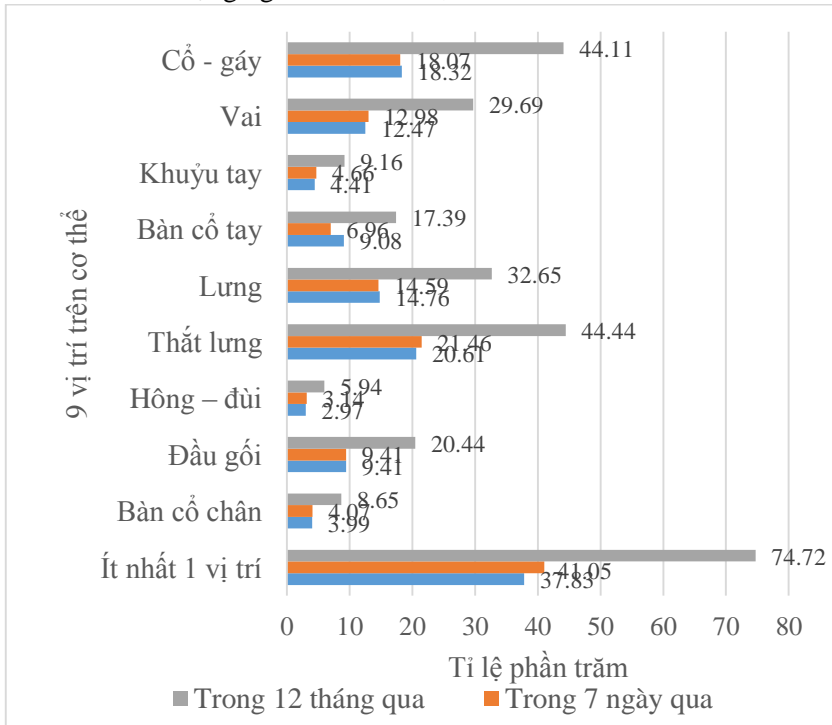
2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đúng theo đề cương đã được Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu sinh của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Được sự đồng thuận của cơ quan quản lý y tế địa phương và lãnh đạo của các bệnh viện tham gia. Điều dưỡng viên đồng ý tình nguyện tham gia. Nghiên cứu không xâm hại trực tiếp đến lợi ích, sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Các bước nghiên cứu và số liệu được các nghiên cứu viên thu thập phân tích một cách trung thực, khách quan.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc RLCX và ảnh hưởng của RLCX lên đời sống và công việc hàng ngày của điều dưỡng viên bệnh viện tuyến quận huyện Hải Phòng

Nghiên cứu đã tiến hành điều tra trên 1179 điều dưỡng viên tại 15 bệnh viện tuyến quận/huyện ở Hải Phòng, chiếm tỉ lệ 92,18% trong tổng số 1279 điều dưỡng viên. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 32,57, ít nhất là 19 tuổi và cao tuổi nhất là 60 tuổi, nữ giới chiếm 81,26%, nam giới chiếm tỉ lệ 18,74%. Tuổi trung bình của tất cả đối tượng nghiên cứu là 32,57 tuổi.

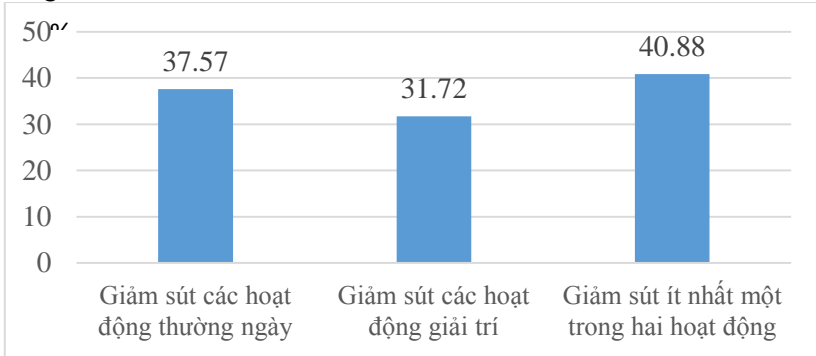


Hình 3.4. Tỷ lệ RLCX trên ĐDV tuyến quận/huyện Hải Phòng

Nhận xét: Tỷ lệ mắc rối loạn cơ xương trong vòng 12 tháng qua của điều dưỡng viên là 74,72%. Chủ yếu là vị trí thắt lưng (44,44%) và cổ

gáy (44,11%). Trong vòng 7 ngày qua, tỉ lệ RLCX trên điều dưỡng viên là 41,05%.

Các đợt mắc RLCX kéo dài chủ yếu là từ 1 đến 7 ngày trong 12 tháng qua, vùng cổ gáy 31,3%, vùng thắt lưng 25,4%. Tình trạng RLCX xảy ra hàng ngày chiếm tỉ lệ rất thấp, cao nhất là vùng thắt lưng và vùng lưng chiếm tỉ lệ lần lượt là 3,6% và 2,5%.



Hình 3.5. Hậu quả RLCX lên hoạt động thường ngày và giải trí trong 12 tháng qua

Nhận xét: Hậu quả của RLCX làm giảm sút các hoạt động thường ngày là 37,57% và giảm sút các hoạt động giải trí chiếm 31,72%.

Bảng 3.8-3.9. Đặc điểm chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu trên điều dưỡng viên trong 12 tháng qua theo tình trạng RLCX

Biến số	Tình trạng RLCX		p
	Có (n=881)	Không (n=298)	
	M ± SD	M ± SD	
Chất lượng cuộc sống	49,80 ± 6,429	53,33 ± 7,146	< 0,05
Điểm lo âu	4,91 ± 3,743	3,44 ± 3,312	< 0,05

Nhận xét: Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống và lo âu của nhóm điều dưỡng viên mắc RLCX là thấp hơn nhóm không mắc với p < 0,05.

Bảng 3.10 Đặc điểm sự vắng mặt tại nơi làm việc trong 12 tháng qua theo tình trạng RLCX

Vắng mặt	RLCX		OR (95%CI)	P
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	461 (80,45)	112 (19,55)	1,82 (1,39 – 2,38)	<0,001
Không	420 (69,31)	186 (30,69)	1	

Nhận xét: Nhóm điều dưỡng viên có vắng mặt tại nơi làm việc trong 12 tháng qua có tỉ lệ RLCX cao gấp 1,823 lần so với nhóm điều dưỡng viên không vắng mặt tại nơi làm việc ($p < 0,001$).

3.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến mức RLCX trên điều dưỡng viên bệnh viện quận huyện Hải Phòng

3.2.1. Kiến thức, thái độ và thực hành của điều dưỡng viên về RLCX

Bảng 3.11. Tỷ lệ trả lời đúng kiến thức về triệu chứng RLCX

Kiến thức về RLCX	N = 1179	%
Chưa từng nghe – biết về RLCX	134	11,37
Đã từng nghe – biết về RLCX	1045	88,63
- <i>Kể đúng cả 3 triệu chứng</i>	705	67,46
- <i>Khác (tê bì, hạn chế vận động)</i>	49	4,69

Nhận xét: Có 1045 người đã từng nghe về RLCX. Trong đó, 67,46% trả lời đúng cả 3 triệu chứng.

Bảng 3.12. Tỷ lệ trả lời đúng về các yếu tố nguy cơ của RLCX

Yếu tố	N = 1045	%
Đúng tất cả các yếu tố	232	22,20
Không biết	37	3,54

Nhận xét: Tỷ lệ trả lời đúng tất cả các yếu tố nguy cơ gây RLCX là 22,20%. Tỷ lệ không biết yếu tố nào chiếm 3,54%.

Bảng 3.13. Tỷ lệ trả lời đúng về các biện pháp phòng ngừa RLCX

Biện pháp	N = 1045	%
Giảm căng thẳng	555	53,11
Rèn luyện thể lực	926	88,61
Phân bố thời gian làm việc hợp lý	617	59,04
Thao tác đúng tư thế	771	73,78
Không biết	32	3,06

Nhận xét: Có 88,61% cho rằng rèn luyện thể lực là một biện pháp có thể dự phòng RLCX. Tiếp đến là thao tác đúng tư thế, phân bố thời gian làm việc hợp lý và giảm căng thẳng.

Bảng 3.14-3.15. Kiến thức về hậu quả của RLCX và Éc-gô-nô-mi

Hậu quả	N = 1045	%
Lên công việc	852	81,53
Lên cuộc sống cá nhân	905	86,60
Lên gia đình	678	64,88
Tất cả	642	61,44
Không biết	46	4,40
Đã nghe về Éc-gô-nô-mi	129	10,94

Nhận xét: Đa số cho rằng RLCX có những hậu quả lên cuộc sống cá nhân (86,60%) và lên công việc (81,53%). 10,94% ĐDV đã nghe về Éc-gô-nô-mi.

Bảng 3.17-3.19. Thái độ dự phòng RLCX của điều dưỡng viên

Thái độ	Luôn có ý định làm đúng n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Không n (%)
Khi thao tác với các dụng cụ y tế (xe, ghế, cang, giường)	1107 (93,89)	59 (5,0)	13 (1,1)
Khi thao tác trên bệnh nhân (nâng, đỡ, vận chuyển)	1106 (93,81)	59 (5,0)	14 (1,19)
Tập thể dục, rèn luyện sức khỏe	918 (77,86)	245 (20,78)	16 (1,36)
Thư giãn, giải trí giảm căng thẳng	919 (77,95)	253 (21,46)	7 (0,59)
Chủ động phòng tránh các tổn thương cơ xương khớp	1005 (85,24)	149 (12,64)	25 (2,12)
Làm giảm các triệu chứng đau mỗi cơ xương khớp	1052 (89,23)	110 (9,33)	17 (1,44)
Điều trị khỏi các tổn thương cơ xương khớp	795 (67,43)	271 (22,99)	113 (9,58)

Nhận xét: Đa số luôn luôn có thái độ chủ động trong dự phòng các tổn thương cơ xương khớp, đặc biệt là khi thao tác với các dụng cụ y tế và thao tác trên bệnh nhân (>90% luôn có ý định làm đúng).

Bảng 3.20-3.22. Thực hành dự phòng RLCX của ĐDV

Thực hành	Thường xuyên n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Không n (%)
Thao tác đúng cách với một số dụng cụ y tế (ghế, xe đẩy, cang)	1024 (86,85)	123 (10,43)	32 (2,71)
Thao tác đúng cách khi chăm sóc bệnh nhân	1106 (86,17)	127 (10,77)	36 (3,05)
Nghỉ sau buổi trực	717 (88,41)	79 (9,74)	15 (1,85)
Tập thể dục/ thể thao	619 (52,5)	490 (41,56)	70 (5,94)
Thư giãn, giải trí giảm căng thẳng	726 (61,58)	429 (36,39)	24 (2,04)

Nghỉ ngơi, giảm hoạt động khi xuất hiện triệu chứng	679 (70,88)	232 (24,22)	47 (4,91)
Thực hiện các bài tập giảm đau	472 (49,27)	346 (36,12)	140 (14,61))
Đi khám bác sĩ để điều trị	402 (41,96)	242 (25,26)	314 (32,78)

Nhận xét: Phần lớn điều dưỡng viên có thực hành đúng với các nội dung trong dự phòng RLCX. Tuy nhiên, chưa đến 50% thực hiện thường xuyên các bài tập giảm đau cũng như đi khám bác sĩ để điều trị.

3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến mắc RLCX trong vòng 12 tháng qua trên điều dưỡng viên bệnh viện tuyến quận huyện Hải Phòng

Bảng 3.30. Mô hình đa biến yếu tố liên quan đến RLCX trên điều dưỡng viên

Biến độc lập		RLCX n (%)	OR ^a OR [95%CI]	P ^b
Giới	Nam	136 (61,5)	-	<0,001
	Nữ	745 (77,8)	2,1 [1,5 – 2,9]	
Tiền sử bệnh CXK	Không	756 (72,2)	-	<0,001
	Có	125 (94,7)	7,1 [3,2 – 15,5]	
Thái độ đúng về RLCX	Có	404 (71,76)	-	0,039
	Không	477 (77,44)	1,4 [1,02 – 1,8]	

^aPhân tích hồi quy logistic; ^bLikelihood-ratio test (giá trị p ở mô hình cuối cùng)

Nhận xét: Kết quả mô hình cuối cùng của phân tích hồi quy logistic đã chỉ ra 3 yếu tố có liên quan đến tình trạng RLCX trên điều dưỡng viên: Giới, tiền sử bệnh CXK, và có thái độ đúng về RLCX (p<0,05).

3.3. Hiệu quả của các biện pháp can thiệp

3.3.1. Hiệu quả can thiệp lên tỉ lệ mắc RLCX

Bảng 3.32. Tỷ lệ RLCX trước và sau can thiệp của điều dưỡng viên tại các bệnh viện quận huyện Hải Phòng

RLCX	Nhóm không can thiệp (N = 162)		p ¹	Nhóm can thiệp (N = 130)		p ²
	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)		Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	
Trong vòng 12 tháng qua	114 (70,4)	110 (67,9)	0,310	98 (75,4)	69 (53,1)	0,01
Cản trở công việc trong 12 tháng qua	66 (40,7)	61 (37,7)	0,245	51 (39,2)	36 (27,7)	0,045
Trong vòng 7 ngày qua	58 (35,8)	59 (36,4)	0,823	45 (34,6)	39 (30,0)	0,034

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ RLCX và cản trở công việc do RLCX giảm đáng kể ở nhóm can thiệp, ở nhóm chứng không thấy sự thay đổi có ý nghĩa.

3.3.2. Hiệu quả can thiệp lên kiến thức, thái độ, thực hành

Bảng 3.34 -3.39. Thay đổi về kiến thức – thái độ – thực hành về RLCX của ĐDV

KAP	Nhóm không can thiệp N = 162		p ¹	Nhóm can thiệp N = 130		p ²
	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)		Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	
Đúng 3 triệu chứng chính	92 (56,8)	91 (56,2)	0,837	91 (70,0)	108 (83,1)	0,004
Đúng các nguyên nhân	43 (26,5)	41 (25,3)	0,805	40 (30,8)	71 (54,6)	<0,001
Kể đúng các hậu quả	85 (52,5)	102 (63,0)	0,035	88 (67,7)	107 (82,3)	0,005
Kể đúng các biện pháp dự phòng	68 (42,0)	64 (39,5)	0,296	61 (47,0)	87 (66,9)	<0,001

Thái độ chung đúng	59 (36,4)	63 (38,9)	0,112	61 (46,9)	73 (56,2)	0,005
Thực hành chung đúng	43 (26,5)	46 (28,4)	0,200	28 (21,5)	39 (30,0)	0,014

3.3.3. Hiệu quả can thiệp lên chất lượng cuộc sống, mức độ lo âu và công việc hàng ngày của ĐDV

Bảng 3.40-3.41. Sự thay đổi về điểm chất lượng cuộc sống và lo âu

Điểm trung bình	Nhóm không can thiệp N = 162		p ¹	Nhóm can thiệp N = 130		p ²
	Trước CT M ± SD	Sau CT M ± SD		Trước CT M ± SD	Sau CT M ± SD	
CLCS	51,70 ± 6,493	52,83 ± 6,209	0,04 2	50,08 ± 7,074	52,33 ± 7,239	0,01 3
Lo âu	3,74 ± 3,103	3,84 ± 3,123	0,07 1	4,23 ± 3,278	3,85 ± 3,180	0,04 8

Nhận xét: Nhóm can thiệp có sự thay đổi có ý nghĩa về điểm số CLCS và mức độ lo âu với $p < 0,05$ so với nhóm chứng.

Bảng 3.42-3.43. Sự thay đổi về tỷ lệ bị giảm sút các hoạt động thường ngày và giải trí do các vấn đề RLCX tại từng vị trí giải phẫu trước và sau can thiệp của nhóm điều dưỡng viên can thiệp

Vị trí giải phẫu	Hoạt động thường ngày		P	Hoạt động giải trí		P
	Trước CT n (%)	Sau CT n (%)		Trước CT n (%)	Sau CT n (%)	
Cổ - gáy	17 (34,7)	10 (29,4)	0,028	16 (32,7)	8 (23,5)	0,021
Vai	12 (36,4)	6 (26,1)	0,040	10 (30,3)	4 (17,4)	0,015
Khuỷu tay	7 (53,8)	2 (28,6)	0,007	5 (38,5)	2 (28,6)	0,007
Bàn cổ tay	11 (52,4)	4 (28,6)	0,006	7 (33,3)	3 (21,4)	0,032
Lưng	12 (30,8)	7 (25,0)	0,019	13 (33,3)	7 (25,0)	0,009
Thắt lưng	21 (39,6)	12 (27,9)	0,003	24 (45,3)	13 (30,2)	0,005

Hông - đùi	2 (25,0)	1 (20,0)	0,354	3 (37,5)	1 (20,0)	0,04
Đầu gối	3 (27,3)	2 (22,2)	0,141	3 (27,3)	2 (22,2)	0,811
Bàn cổ chân	2 (25,0)	1 (25,0)	0,585	3 (37,5)	1 (25,0)	<0,001

Ghi chú: Tỷ lệ giảm sút các hoạt động giải trí tại một vị trí được tính bằng số người giảm sút các hoạt động giải trí chia cho tổng số người mắc RLCX tại vị trí đó.

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, có sự giảm có ý nghĩa về hầu hết các tỉ lệ từ trước can thiệp đến sau can thiệp.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc RLCX và ảnh hưởng của RLCX lên đời sống và công việc hàng ngày của điều dưỡng viên bệnh viện quận huyện Hải Phòng

4.1.1. Tỷ lệ mắc RLCX

Có gần ¼ điều dưỡng viên (74,72%) mắc tình trạng RLCX tại ít nhất một vị trí trên cơ thể trong vòng 12 tháng qua, trong vòng 7 ngày qua là 41,05%. Trong đó vùng cơ thể chịu tình trạng RLCX phổ biến nhất là vùng thắt lưng (44,44%) và vùng cổ - gáy (44,11%), đứng thứ 3 là vùng lưng với trên 30%. Kết quả cho tương tự đối với tỉ lệ RLCX trong vòng 7 ngày qua. Trong quá trình làm việc của điều dưỡng viên phải nâng đỡ bệnh nhân và cúi người làm các thao tác rất nhiều và liên tục khiến cho áp lực mà vùng thắt lưng phải chịu còn tăng cao hơn. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ mắc tại vùng thắt lưng của các điều dưỡng cao như vậy. Đau vùng gáy - cổ có tỷ lệ cao thứ hai sau vùng thắt lưng. Vùng gáy – cổ là vùng có tầm vận động rộng với các động tác cúi, gập, xoay, nghiêng... nên cũng dễ bị tổn thương nếu vận động không đúng tư thế. Cộng với gánh nặng công việc và tính chất của công việc mà tỷ lệ mắc ở các vị trí này khá cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới.

Về thời gian kéo dài của các đợt mắc tình trạng RLCX trong vòng 12 tháng qua, hầu hết các triệu chứng RLCX ở tất cả các vị trí giải phẫu nghiên cứu đều chủ yếu kéo dài từ 1 đến 7 ngày, tiếp sau đó là kéo dài từ 8 đến 30 ngày, tỷ lệ triệu chứng RLCX diễn ra thường xuyên hằng ngày trên điều dưỡng viên là rất ít, chỉ chiếm từ 0,7% đến 2,5% (Bảng 3.6). Thêm vào đó, kết quả 37,57% cho rằng những rối loạn họ gặp phải đã làm giảm sút các hoạt động thường ngày (trong đó có các hoạt động công việc) và 31,72% báo cáo về việc giảm sút các hoạt động giải trí do tình trạng RLCX

4.1.2. Ảnh hưởng của RLCX lên đời sống và công việc

Các kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng, điểm trung bình của mức độ lo âu là $4,53 \pm 3,69$ điểm, trong khi điểm trung bình CLCS của ĐĐV là $50,69 \pm 6,79$ trong tổng số 70 điểm tối đa (Bảng 3.8-3.9). Theo bảng chuyển đổi thang điểm CLCS sang thang điểm phần trăm ta có được mức độ hài lòng về CLCS đạt khoảng 72,4% tức là ở mức khá. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Kiều Ngọc Quý và cộng sự (2015) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang trên khoảng 300 đối tượng là điều dưỡng viên tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng đưa ra con số $47,9 \pm 7,9$ cho điểm CLCS.

Kết quả nghiên cứu cũng đã chỉ ra những tỷ lệ không nhỏ điều dưỡng viên xuất hiện giảm sút các hoạt động thường ngày (37,57%) cũng như các hoạt động giải trí (31,72%) do ảnh hưởng của tình trạng RLCX (Hình 3.5). Tuy nhiên, những sự ảnh hưởng này trong nghiên cứu của chúng tôi dừng lại ở mức độ không quá nghiêm trọng, bằng chứng là thời gian giảm hoạt động thường ngày và giải trí do RLCX chủ yếu kéo dài từ 1 đến 7 ngày trong vòng 12 tháng qua tại tất cả các vị trí giải phẫu. Tỷ lệ giảm hoạt động kéo dài trên 30 ngày là không đáng kể, cao nhất là tại vùng thắt lưng với 5,3% điều dưỡng viên chịu tác động với thời gian kéo dài trên 30 ngày (Bảng 3.7).

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến mắc RLCX

4.2.1. Kiến thức, thái độ, thực hành về RLCX

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số ĐDV đều có kiến thức và thái độ tốt đối với RLCX, tuy nhiên để từ lý thuyết đến thực hành lại có nhiều hạn chế trong việc áp dụng các kiến thức và thái độ đó vào trong thực hành đúng. Tuy nhiên, còn một số khía cạnh vẫn còn khá hạn chế, như chỉ có chưa đến 11% ĐDV đã từng được nghe về khái niệm Éc-gô-nô-mi hoặc chỉ khoảng 50% là có thực hiện các bài tập thể dục thường xuyên... Để cải thiện vấn đề này không chỉ cải thiện về kiến thức và thực hành đối với chính điều dưỡng viên, mà còn phụ thuộc vào cơ chế cũng như chính sách áp dụng trong đặc thù nghề nghiệp của người điều dưỡng. Thay đổi cách quản lý, vận hành và điều tiết khối lượng công việc cho người điều dưỡng trong bối cảnh tải lượng bệnh nhân cao là một vấn đề hết sức khó khăn, đòi hỏi cần có sự thay đổi một cách từ từ và toàn diện.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến RLCX

Khi khảo sát các yếu tố liên quan đến tình trạng RLCX, chúng tôi đã tiến hành phân tích đơn biến với từng yếu tố. Sau đó cho vào mô hình đa biến với những yếu tố đơn biến có ý nghĩa thống kê để tránh những yếu tố nhiễu có thể gặp. Kết quả trong mô hình đa biến đã chỉ ra 3 yếu tố liên quan đến tình trạng RLCX bao gồm: giới tính, tiền sử bệnh cơ xương khớp và thái độ đúng về RLCX (Bảng 3.30). Mặc dù trong y văn đã chỉ ra RLCX là một tình trạng bất thường được gây ra và đóng góp bởi đa yếu tố như yếu tố cơ học, vật lý, yếu tố tinh thần, yếu tố thuộc về môi trường và tổ chức lao động, các yếu tố thuộc về cá thể..., mỗi nghiên cứu lại cho ra các yếu tố và kết quả có phần khác nhau cũng là điều dễ hiểu. Tuy nhiên, kết quả này cũng khá phù hợp với nhiều nghiên cứu và bằng chứng trước đây về yếu tố liên quan đến RLCX trên điều dưỡng viên.

4.3. Hiệu quả của các biện pháp can thiệp dự phòng RLCX

Trong nghiên cứu can thiệp này, bốn bệnh viện đã được lựa chọn, trong đó 2 bệnh viện được chọn để tiến hành can thiệp, 2 bệnh viện còn lại là các bệnh viện đối chứng có điều kiện tương tự như 2 bệnh viện can thiệp, một bệnh viện tuyến quận và 1 bệnh viện tuyến huyện. Nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn 130 người cho nhóm can thiệp và 162 người cho nhóm chứng.

4.3.1. Hiệu quả can thiệp lên tỉ lệ mắc RLCX

Các kết quả đều cho thấy tỉ lệ RLCX ở nhóm được can thiệp đã có sự giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp, trong khi ở nhóm đối chứng không ghi nhận sự khác biệt đáng kể nào. Điều này cho thấy hiệu quả của các biện pháp dự phòng trong khoảng thời gian là 1 năm. Cụ thể, tỉ lệ này giảm từ 75,4% xuống còn 53,1% ($p = 0,01$) ở nhóm can thiệp, và tỉ lệ RLCX cũng giảm từ 70,4% xuống còn 67,9% ở nhóm không can thiệp, tuy nhiên sự giảm này là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,31$ (Bảng 3.32). Hiệu quả thể hiện trên cả tỉ lệ chung cũng như từng vị trí giải phẫu của cơ thể.

4.3.2. Đánh giá sự thay đổi về kiến thức, thái độ và thực hành

Kết quả từ bảng 3.36-3.41 cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về tất cả các khía cạnh KAP của ĐDV về RLCX ở nhóm được can thiệp với $p < 0,05$. Trong khi sự thay đổi ở nhóm đối chứng là không đáng kể và cũng không có ý nghĩa thống kê. Các kết quả này cho thấy biện pháp can thiệp bằng truyền thông và tập huấn là có hiệu quả rõ rệt trên nhóm đối tượng này. Đây sẽ là tiền đề cho những nghiên cứu về RLCX trong tương lai, đặc biệt trên ĐDV.

4.3.3. Hiệu quả can thiệp lên chất lượng cuộc sống, mức độ lo âu và công việc hàng ngày

Các kết quả trong giai đoạn can thiệp về mức độ cải thiện CLCS cũng như mức độ lo âu trong cuộc sống đã chỉ ra sự hợp lý về mặt ý nghĩa thống kê, chỉ có những sự thay đổi trước và sau can thiệp (cải

thiện cả về CLCS cũng như tâm lý) trong nhóm điều dưỡng được can thiệp là có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.40-3.41). Còn đối với nhóm không được can thiệp, sự cải thiện này là thấp hơn so với nhóm được can thiệp. Kết quả tương tự với sự thay đổi về tỷ lệ giảm sút các hoạt động thường ngày và các hoạt động giải trí, hầu hết có sự cải thiện, tuy nhiên vẫn có một số vị trí mà sự cải thiện là không có ý nghĩa thống kê, điển hình như vùng hông-đùi, đầu gối và bàn cổ chân (Bảng 3.42 - 3.43). Có thể rằng các biện pháp giáo dục truyền thông và áp dụng các bài tập trong thời gian chưa đủ dài (12 tháng) có thể làm giảm có ý nghĩa về tỷ lệ mắc RLCX, tuy nhiên vẫn còn chưa đủ mạnh để có thể cải thiện đáng kể về CLCS, mức độ lo âu cũng như các hoạt động thường ngày và giải trí của điều dưỡng viên.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Việc đánh giá tình trạng mắc RLCX là do các điều dưỡng tự báo cáo qua các bộ câu hỏi và không được xác nhận bởi chẩn đoán lâm sàng do đó kết quả mang tính dịch tễ và có tính so sánh nhưng không phải là tỷ lệ chẩn đoán xác định lâm sàng. Kết quả cũng có thể bị ảnh hưởng bởi sai số nhớ lại, hoặc đối tượng nghiên cứu trả lời không trung thực các vấn đề được hỏi. Bên cạnh đó, thiết kế nghiên cứu có một phần là nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó không thể cung cấp một cách chính xác thông tin về trình tự xuất hiện và tiến trình phát triển của các triệu chứng RLCX được mô tả. Việc đánh giá các ảnh hưởng của RLCX lên lo âu, vắng mặt và CLCS của điều dưỡng viên cũng thu thập từ mô tả cắt ngang, chưa phân tích được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố. Về cấu phần can thiệp, có thể có yếu tố nhiều ảnh hưởng đến kết quả can thiệp như việc cải cách hệ thống y tế trên quy mô toàn quốc để hướng tới sự hài lòng của người bệnh, nên sự khác biệt giữa kết quả can thiệp trước và sau, nhóm can thiệp và nhóm đối chứng chưa thực sự rõ nét.

KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ RLCX và ảnh hưởng của RLCX lên đời sống và công việc hằng ngày của ĐDV bệnh viện tuyến quận huyện Hải Phòng

Trên tổng số 1179 ĐDV, 74,72% có mắc các triệu chứng về RLCX trong vòng 12 tháng qua, hai vị trí hay gặp nhất là thắt lưng (44,44%) và cổ gáy (44,11%), 37,8% thấy rằng RLCX cản trở lên công việc của họ, trong vòng 7 ngày qua chỉ có 41,05% mắc RLCX.

Điểm trung bình của mức độ lo âu là $4,53 \pm 3,69$ điểm, của CLCS là $50,69 \pm 6,79$ (72,4%). ĐDV mắc RLCX có CLCS thấp hơn (49,8 điểm so với 53,33 điểm) và có nhiều vấn đề về lo âu trong cuộc sống hơn (4,91 điểm so với 3,44) điểm so với nhóm không mắc. Tỷ lệ vắng mặt tại nơi làm việc trong nhóm mắc RLCX là cao hơn so với nhóm không mắc (80,45% so với 69,31%). Tỷ lệ giảm sút các hoạt động thường ngày và giải trí do ảnh hưởng của RLCX lần lượt là 37,57% và 31,72%.

5.2. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến mắc RLCX trên điều dưỡng viên

Có 88,63% người đã từng nghe về RLCX. Kiến thức và thái độ về RLCX của ĐDV là khá tốt, tuy nhiên thực hành với các thao tác đúng nhằm phòng tránh RLCX vẫn còn hạn chế.

Một số yếu tố có liên quan đến tình trạng RLCX: giới (nữ giới – OR=2,1 ; $p<0,001$), có tiền sử bệnh CXX trước đó (OR=7,1 ; $p<0,001$) và không có thái độ đúng về RLCX (OR=1,4 ; $p=0,039$).

5.3. Hiệu quả một số biện pháp can thiệp dự phòng RLCX trên điều dưỡng viên bệnh viện quận huyện

Nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả của một số biện pháp can thiệp dự phòng RLCX (tuyên truyền, giáo dục, tập huấn, các bài tập thể lực) trên ĐDV: giảm có ý nghĩa tỉ lệ RLCX chung (từ 75,4% xuống 53,1%) và tại từng vị trí, cải thiện rõ rệt kiến thức, thái độ cũng như thực hành về RLCX trong nhóm được can thiệp ; cải thiện có ý nghĩa về CLCS

(tăng điểm trung bình từ 50,08 lên 52,33), mức độ lo âu (giảm điểm trung bình từ 4,23 xuống 3,85) cũng như một số tỷ lệ giảm sút các hoạt động thường ngày và các hoạt động giải trí của ĐDV.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tiến hành trình bày các bài giảng, thuyết trình về RLCX cho điều dưỡng viên thông qua các buổi giao ban, sinh hoạt chuyên đề một cách thường xuyên, sử dụng các tờ rơi, áp-phích... đưa vào các khoa phòng để phổ biến rộng rãi.
2. Đối với điều dưỡng viên, cần: thực hiện đúng các thao tác trong các hoạt động nghề nghiệp theo các bài hướng dẫn (sử dụng dụng cụ y tế, thiết bị hỗ trợ cho việc vận chuyển và chăm sóc bệnh nhân như cáng, giường, xe đẩy...), xen kẽ thời gian làm việc và thời gian nghỉ ngơi, thư giãn, đặc biệt là sau buổi trực, kết hợp tập các bài tập vận động ngắn theo hướng dẫn xen giữa thời gian làm việc, hài hòa cuộc sống gia đình và công việc, tránh mang áp lực công việc về nhà và những mâu thuẫn gia đình vào công việc... Đặc biệt chú trọng đến nhóm điều dưỡng là nữ giới, có tiền sử bệnh cơ xương khớp trước đây và có nhiều vấn đề lo âu, căng thẳng trong cuộc sống.
3. Tất cả tình trạng vắng mặt tại nơi làm việc của điều dưỡng viên, đặc biệt là liên quan đến vấn đề nghề nghiệp, nghỉ có lý do hay không có lý do và lý do nghỉ là gì, có liên quan đến vấn đề bệnh tật nào không... đều cần được khai báo và điều tra cụ thể.
4. Cần thiết có những nghiên cứu khác trong tương lai kết hợp nhiều biện pháp can thiệp khác và trên một cỡ mẫu mang tính đại diện cao hơn để đánh giá một cách chính xác hơn các yếu tố liên quan cũng như hiệu quả của các biện pháp can thiệp dự phòng RLCX trên điều dưỡng viên.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Hoàng Đức Luận**, Nguyễn Thanh Hải, Nguyễn Thùy Ngân, Phạm Thanh Hải, Phạm Minh Khuê, “Thực trạng rối loạn cơ xương và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của điều dưỡng viên tại các bệnh viện quận huyện Hải Phòng”. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 9 - 2019
2. **Hoang Duc Luan**, Nguyen Thanh Hai, Pham Thu Xanh, Hoang Thi Giang, Phạm Van Thuc, Nguyen Mai Hong, Phạm Minh Khue, “Musculoskeletal disorders: prevalence and associated factors among district hospital nurses in Haiphong, Vietnam”. *BioMed Research International*, volume 2018, article ID 3162564, published 26 August 2018
3. Nguyen Thanh Hai, **Hoang Duc Luan**, Hoang Thi Giang, Phạm Minh Khue, Julie Bodin, Jean Dominique Dewitte, and Yves Roquelaure. “Prevalence and Characteristics of Multisite Musculoskeletal Symptoms among District Hospital Nurses in Haiphong, Vietnam”. *BioMed Research International*, Volume 2020, Article ID 3254605, Accepted 13 March 2020, page 1-11
4. **Hoàng Đức Luận**, Nguyễn Thanh Hải, Hoàng Thị Giang, Phạm Minh Khuê. “Hiệu quả can thiệp dự phòng rối loạn cơ xương trên điều dưỡng viên Bệnh viện quận huyện Hải Phòng năm 2019”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 488 – tháng 3, số 2, năm 2020, trang 262-276