

## **BÀI 1: LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ VAI TRÒ CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH TRONG HỆ THỐNG Y TẾ**

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

Sau bài học, Sinh viên phải có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa và lịch sử phát triển Y học gia đình.
2. Trình bày được 5 chức năng của người bác sĩ gia đình.

### **NỘI DUNG.**

#### **1. Định nghĩa**

Năm 1963, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa BSGĐ là “*Những thầy thuốc thực hành có vai trò cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp, liên tục, toàn diện và phối hợp cho từng cá nhân, mọi thành viên trong hộ gia đình đang được theo dõi và quản lý...Những thầy thuốc gia đình tự chịu trách nhiệm cung cấp các chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ cho các thành viên của từng hộ gia đình được sử dụng các dịch vụ y tế và các nguồn lực xã hội khác nếu cần*”. Theo đó các bác sĩ gia đình sẽ là các bác sĩ đa khoa chủ yếu thực hành ở các phòng khám ngoại trú ở các tuyến y tế cơ sở để giải quyết các vấn đề sức khỏe/bệnh mà người dân trong cộng đồng thường gặp.

#### **2. Lịch sử phát triển YHGD**

##### **2.1. Trên thế giới.**

Y học gia đình là một chuyên ngành Y khoa ra đời trong thập niên 60 của thế kỷ trước. Vào những năm 1960, tại Anh, Mỹ và Canada bắt đầu triển khai chương trình đào tạo thầy thuốc đa khoa thực hành, sau này là bác sĩ chuyên khoa YHGD. Năm 1964 ra đời Hội cấp chứng chỉ hành nghề y học gia đình tại Mỹ. Tháng 7 năm 1969 mới chỉ có 15 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận tại Mỹ, sau đó chuyên khoa y học gia đình được chấp nhận và nhanh chóng phát triển đến năm 1979 đã có 6531 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận. Y học gia đình đã góp phần thay đổi thực hành lâm sàng trong chăm sóc sức khỏe tại Mỹ từ cuối thế kỉ XX.

Năm 1972, tổ chức bác sĩ gia đình thế giới (WONCA :*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, với tên gọi ngắn là: World Organization of Family Doctors) được thành lập với sự tham gia của 18 quốc

gia. Đến năm 1995, theo WONCA có ít nhất 56 nước phát triển và áp dụng chương trình đào tạo bác sĩ gia đình. Loại hình này đã dần thay thế bác sĩ đa khoa ở nhiều nước trên thế giới như : Mỹ, Canada, Anh, Úc, Thụy Điển, Singapore, Ấn Độ, Philippine, Hồng Kông, Hàn Quốc, Nhật Bản, Đài Loan, Thái Lan, Indonexia,... Tại Mỹ, ước tính đến năm 2020 mỗi năm cần đào tạo thêm khoảng 4500 bác sĩ gia đình phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân. Cho đến nay, đã có 120 thành viên từ 99 quốc gia và vùng lãnh thổ tham gia. Hiện nay, Y học gia đình đã phát triển mạnh với Hội bác sĩ gia đình ở các quốc gia, khu vực và thế giới, có hơn 200000 hội viên. Trang web của WONCA là [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).

WONCA có nhiệm vụ cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân trên toàn thế giới thông qua định nghĩa và cổ súy cho các giá trị của nó cũng như việc nuôi dưỡng và duy trì các chuẩn mực về chăm sóc thực hành YHGD thông qua việc tăng cường chăm sóc cá nhân, liên tục, dễ tiếp cận trong khung cảnh gia đình và cộng đồng.

## ***2.2. Lịch sử phát triển Y học gia đình tại Việt Nam.***

Danh từ Y học gia đình mới xuất hiện ở nước ta khoảng hơn 15 năm trở lại đây (từ năm 1995). Năm 2000, dự án phát triển Bác sĩ gia đình ở Việt Nam được chính phủ phê duyệt với sự tham gia của 3 trường : Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, với mục tiêu chính là đào tạo bác sĩ chuyên khoa I chuyên ngành Y học gia đình và xây dựng các phòng khám ngoại trú hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.

Tháng 3 năm 2002, chuyên khoa Y học gia đình được Bộ y tế cho phép đào tạo chuyên khoa I với mã số CK 62729801.

Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên bắt đầu với việc đào tạo chuyên khoa I Y học gia đình vào năm 2002. Tiếp theo là Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Trường Đại học Y Dược Huế, Trường Đại học Y Hải Phòng cũng đã tham gia đào tạo Y học gia đình. Tính đến nay đã có 6 trường Đại học Y trong cả nước liên tục tuyển sinh đào tạo chuyên ngành Y học gia đình với 547 bác sĩ chuyên khoa I Y học gia đình và nhiều bác sĩ tham gia các lớp định hướng Y học gia đình đã tốt nghiệp.

Năm 2005 Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch hợp tác với Đại học Liege – Vương quốc Bỉ đã thành lập các trung tâm thí điểm thực hành Bác sĩ gia đình.

Năm 2010, Trường Đại học Y Hà Nội đã được Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt mã số cho phép đào tạo Thạc sĩ Y học gia đình theo hệ tín chỉ 18 tháng.

Tháng 1 năm 2012, chuyên khoa Y học gia đình đã được đưa vào chương trình khung của đối tượng sinh viên y đa khoa do Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt.

Việt Nam đã thành lập Hội bác sĩ gia đình bằng quyết định số 43/2005/QB-BNV của Bộ trưởng Bộ Nội vụ kí ngày 26/04/2005.

### ***3. Chức năng của bác sĩ gia đình trong hệ thống Y tế***

#### ***3.1. Bác sĩ gia đình là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe***

Là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bác sĩ gia đình làm việc cùng với các thành viên khác của nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu để tăng cường tiếp cận, chăm sóc liên tục và chăm sóc toàn diện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tiếp cận với dịch vụ chăm sóc được tăng lên khi bác sĩ gia đình cung cấp các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân khác nhau ở tuyến cộng đồng trong sự phối hợp với các thành viên của nhóm. Điều này được xác định bằng thời gian tiếp xúc với bệnh nhân, sự thuận tiện, sự gần gũi, có khả năng chi trả và khả năng chấp nhận. Sự tiếp cận liên tục với dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân còn thông qua sự hẹn khám lại ở những lần khám đầu tiên, cùng với sự chuyển bệnh nhân tới các dịch vụ không có sẵn ở cơ sở. Chăm sóc liên tục thường được chia sẻ bởi các thành viên trong nhóm hoặc với các nhóm khác để loại trừ sự làm việc quá sức của bất kỳ thành viên nào. Khi bệnh nhân đã sẵn sàng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu tại cộng đồng thì họ sẽ ít tìm kiếm dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện mà ở đó ít thuận tiện hơn và lại đắt hơn.

Chăm sóc liên tục liên quan đến mối quan hệ cá nhân tiếp tục diễn ra với một bác sĩ riêng hoặc được chia sẻ với các thành viên của nhóm. Điều này được tăng cường khi bệnh nhân có thể xác định hoặc sẵn sàng tiếp nhận những người cung cấp chăm sóc sức khỏe ban đầu của chính họ. Tương tự, chăm sóc liên tục được hoàn tất khi những người cung cấp dịch vụ xác định

rõ những nhóm bệnh nhân đặc trưng mà họ phải chịu trách nhiệm chăm sóc. Lý tưởng nhất là bệnh nhân nên chọn bác sĩ mà họ tin tưởng. Tuy nhiên, sự lựa chọn này có thể bị hạn chế bởi những yếu tố tài chính và địa lý. Bác sĩ gia đình có thể giám sát sự chăm sóc sức khỏe do các y tá, y sĩ hoặc các thành viên khác của nhóm thực hiện để đảm bảo sự chăm sóc liên tục cho được nhiều bệnh nhân hơn. Trong những tình huống này, bác sĩ gia đình sẽ tập trung vào những bệnh nhân phức tạp, trong khi các y tá và nhân viên sức khỏe khác cung cấp các dịch vụ cho những bệnh nhân ít phức tạp hơn. Bác sĩ gia đình được chuẩn bị tốt để cung cấp chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân, quan tâm đến những ảnh hưởng của sinh học, tâm lý học và văn hoá đến tình trạng sức khỏe và bệnh tật. Họ giải quyết phần lớn những vấn đề của bệnh nhân và chuyển bệnh nhân đến những nơi phù hợp. Bác sĩ gia đình có thể cung cấp dịch vụ sức khỏe cộng đồng thông qua các đối tác là nhân viên y tế cộng đồng, các nhà giáo dục sức khỏe, và các thành viên hướng cộng đồng khác. Bác sĩ gia đình phục vụ như là cán bộ y tế công cộng hoặc cán bộ y tế huyện, cán bộ pháp y hoặc nhà giáo dục sức khỏe cộng đồng.

### ***3.2. Chức năng của bác sĩ gia đình trong nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu***

Một nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu gồm những người cung cấp các dịch vụ sức khỏe. Về cơ bản nhóm gồm bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh, nhân viên xã hội, nhân viên y tế cộng đồng và các thành viên khác trực tiếp chăm sóc sức khỏe bệnh nhân. Thành viên hỗ trợ của nhóm có thể gồm người tiếp đón, thư ký và nhân viên hành chính, người giáo dục sức khỏe và xét nghiệm, dược sĩ và nhân viên x-quang. Thành viên tư vấn của đội gồm những người cung cấp các dịch vụ sức khỏe đặc hiệu, hoặc những chuyên gia về sức khỏe cộng đồng. Khi mỗi thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe được chuẩn bị kỹ và có đủ nguồn lực, đội có thể đáp ứng hiệu quả với phần lớn những nhu cầu sức khỏe của cộng đồng. Khi lồng ghép nhóm chăm sóc sức khỏe ban đầu, bác sĩ gia đình hoạt động sẽ hiệu quả hơn và tăng cường khả năng của nhóm để cung cấp nhiều dịch vụ toàn diện cho bệnh nhân.

*Lợi thế của làm việc theo nhóm gồm:*

- Chăm sóc sức khỏe bởi một nhóm sẽ lớn hơn là tổng thể của chăm sóc riêng lẻ.
- Những kỹ năng hiếm được sử dụng hợp lý hơn

- Các thành viên ảnh hưởng lẫn nhau và học hỏi không chính thức trong nhóm làm tăng chuẩn mực chăm sóc của nhóm trong cộng đồng
- Thành viên của nhóm cảm thấy thoải mái về công việc và ít khi bị lấn áp
- Tăng cường việc điều trị và giáo dục sức khỏe phối hợp

Bác sĩ gia đình cung cấp một loạt các dịch vụ cho cá nhân, gia đình và cộng đồng bao gồm việc phòng bệnh và chữa bệnh. Với vai trò là những nhà điều phối, họ có thể liên kết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cấp 1, cấp 2 và cấp 3. Với vai trò của nhà lãnh đạo, quản lý và giám sát, chất lượng và hiệu quả làm việc của nhóm sẽ được nâng lên.

### ***3.3. Bác sĩ gia đình là những nhà lâm sàng hiệu quả***

Hiệu quả của bác sĩ gia đình được phản ánh qua khả năng của họ đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng, phạm vi các hoạt động của họ và chất lượng chi phí hiệu quả của họ.

Bác sĩ gia đình có thể cung cấp những dịch vụ đặc biệt và chăm sóc bệnh nhân nằm viện, hơn nữa họ còn tham gia một cách thường xuyên vào việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở cộng đồng. Thực tế cho thấy thực hành bác sĩ gia đình trước tiên ở cộng đồng, cung cấp chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và người lớn không phân biệt giới. Phạm vi thực hành của họ rất rộng. Không những chăm sóc các bệnh nội khoa, nhi khoa, tâm thần, sản khoa, lão khoa... mà còn cung cấp các dịch vụ như chăm sóc cấp cứu, chăm sóc tại nhà cũng như làm các thủ thuật phục vụ chẩn đoán và điều trị. Bác sĩ gia đình có thể làm việc độc lập hoặc làm việc với các bác sĩ gia đình khác, và với các bác sĩ chuyên khoa khác. Bác sĩ gia đình phải nắm vững kỹ năng, kiến thức và chẩn đoán lâm sàng để giải quyết các vấn đề đa dạng tại địa điểm thực hành gia đình. Bác sĩ gia đình thường phải chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn mà bệnh chưa được phân loại, cần thiết phải phân biệt sự biến đổi sinh lý bình thường và bệnh lý ở những giai đoạn sớm nhất của bệnh. Bác sĩ gia đình cần phải có những kiến thức giải quyết các vấn đề thường đối mặt với cộng đồng. Bác sĩ đa khoa đòi hỏi kiến thức trong giải quyết các vấn đề thường xảy ra trong số bệnh nhân của họ. Bằng cách giải quyết các vấn đề thông thường, bác sĩ sẽ trở thành các chuyên gia trong những bệnh mà họ điều trị. Phần lớn

các vấn đề các bác sĩ gia đình có thể giải quyết được trong cộng đồng mà không phải chuyển viện.

#### *Thực hành gia đình có nghĩa như thế nào với bệnh nhân*

Tất cả các thành viên của một gia đình có thể tin tưởng vào bác sĩ gia đình được đào tạo tốt để có khả năng giải quyết phần lớn những vấn đề của họ, quan tâm đến sự khoẻ mạnh về thể chất và tâm lý, để ý đến những giá trị về văn hoá, tinh thần và cá nhân. Sự chăm sóc trải dài từ việc đảm bảo cho một thể hệ khoẻ mạnh đến việc giúp đỡ bệnh nhân chết một cách có ý nghĩa. Bệnh nhân có thể tự tin rằng bác sĩ gia đình của họ sẽ gửi họ đến những nơi tư vấn hợp lý khi cần thiết, phối hợp chăm sóc họ với các chuyên khoa khác khi cần thiết. Bác sĩ lâm sàng hiệu quả mang đến cho bệnh nhân sự yên ổn về tinh thần và giảm những thăm dò không cần thiết, trong khi vẫn đảm bảo không bỏ sót những vấn đề đe dọa đến cuộc sống của bệnh nhân. Bác sĩ gia đình có thể huy động nguồn lực sẵn có trong việc cung cấp những chăm sóc y tế thiết yếu, giáo dục sức khoẻ phù hợp và dịch vụ phòng bệnh.

#### **3.4. *Bác sĩ gia đình như một nhà điều phối chăm sóc sức khoẻ***

Dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu lồng ghép cung cấp nhiều thuận lợi qua các chương trình riêng biệt được tổ chức theo ngành dọc. Người dân chỉ cần đi đến một địa điểm đã có thể thoả mãn hầu hết các nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của họ và nguồn lực chăm sóc sức khoẻ vốn đã thiếu thốn lại được sử dụng một cách hiệu quả và kinh tế.

Bác sĩ gia đình đóng vai trò như là các điều phối viên trong nhóm chăm sóc sức khoẻ ban đầu bởi vì sự thân thiện của họ với tất cả các tuyến của hệ thống y tế và sự tham gia của họ trong phạm vi rộng của phục vụ lâm sàng. Họ thường xuyên phối hợp các dịch vụ lâm sàng cho chăm sóc cá thể, kéo theo các thành viên khác trong gia đình, thành viên nhóm sức khoẻ và phục vụ chuyên khoa hoặc phục vụ bệnh viện. Do có sự thân thiện với cả bệnh nhân và hệ thống y tế, bác sĩ gia đình là một vị trí rất tuyệt vời để quyết định khi nào và như thế nào khi gửi bệnh nhân đến những nơi cần thiết.

#### **3.5. *Bác sĩ gia đình như là những nhà lãnh đạo, nhà quản lý và nhà giám sát***

Do định hướng đào tạo để phục vụ bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, bác sĩ gia đình rất phù hợp để dẫn dắt các dịch vụ cộng đồng và lâm sàng vì lợi ích của

cả cộng đồng. Từ việc tương tác với bệnh nhân, bác sĩ gia đình có thể ghi nhận những xu hướng về bệnh tật, chấn thương hoặc các nguy cơ trước khi người khác nhận ra vấn đề này. Từ sự tương tác với các nhà chuyên khoa. Bác sĩ gia đình có thể ghi nhận những vấn đề về sự cung cấp các dịch vụ hoặc chất lượng dịch vụ. Sự phối hợp của kiến thức, kỹ năng, kinh nghiệm và các vị trí lãnh đạo chính quyền, bác sĩ gia đình đảm nhiệm vai trò lãnh đạo để cải thiện chất lượng, tổ chức, quản lý, triển khai và đánh giá các dịch vụ y tế.

## **BÀI 2: CÁC NGUYÊN LÝ CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH**

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

Sau bài học, Sinh viên phải có khả năng:

Trình bày được 6 nguyên lý của Y học gia đình.

### **1. Khái niệm về nguyên lý thực hành của Y học gia đình**

Phần lớn các chuyên khoa tự xác định bằng cách loại trừ hoặc giới hạn, thí dụ như tuổi, giới tính hoặc các cơ quan hay hệ thống của cơ thể. Y học gia đình không có giới hạn, đó là một chuyên khoa bao gồm nhiều lĩnh vực. Y học gia đình tập trung vào người bệnh chứ không tập trung vào bệnh. Bệnh nhân đến gặp bác sĩ chỉ vì lý do đơn giản họ là những con người. Họ không cần phải có bất cứ vấn đề cụ thể hoặc đặc biệt nào. Y học gia đình được xác định không phải chỉ bằng một nguyên lý mà bằng tất cả các nguyên lý. Tất cả các nguyên lý này cùng nhau tạo nên một tác nhân chữa bệnh rất mạnh và có sức thuyết phục nên có thể sử dụng để giúp đỡ bệnh nhân bất kể bị bệnh gì, giới tính nào hoặc tuổi nào.

Sáu nguyên lý của y học gia đình là:

- Liên tục
- Toàn diện
- Phối hợp
- Cộng đồng
- Phòng bệnh
- Gia đình

### **2. Sáu nguyên lý thực hành của Y học gia đình**

#### **2.1. Chăm sóc liên tục**

Thực hành gia đình lấy con người làm trung tâm hơn là lấy bệnh làm trung tâm. Thực hành gia đình được dựa trên mối quan hệ con người bền vững giữa bệnh nhân và thầy thuốc, chăm sóc sức khỏe cá thể theo suốt cuộc đời và không bị giới hạn vào một giai đoạn ốm đặc biệt nào. Điều này đòi hỏi bác sĩ phải gặp gỡ bệnh nhân trong những lần ốm và trong nhiều lần thăm thân tình. Qua quá trình chăm sóc, mối quan hệ tin cậy lẫn nhau và lâu dài sẽ nảy sinh và được thiết lập. Tính liên tục được coi là nguyên tắc quan trọng



nhất của y học gia đình. Trong y học gia đình, đối tượng theo dõi là bệnh nhân, mỗi đợt ốm là một bệnh. Trong các chuyên ngành khác, đối tượng theo dõi là bệnh và mỗi đợt là một bệnh nhân. Bác sĩ gia đình sử dụng thời gian như là một công cụ chẩn đoán và điều trị.

Chăm sóc liên tục được thể hiện:

- Người thầy thuốc biết rõ tiền sử của bệnh nhân trước khi có một quyết định
- Người thầy thuốc giải thích cho bệnh nhân về sự quan trọng của việc theo dõi
- Người thầy thuốc bàn bạc với bệnh nhân về mục đích sức khỏe lâu dài
- Sự tin cậy giữa thầy thuốc và bệnh nhân
- Sổ sách ghi chép những lần theo dõi và thăm khám bệnh nhân của bác sĩ, đặc biệt là với các bệnh mạn tính

## **2.2. Chăm sóc toàn diện**

Thực hành gia đình đảm nhận việc tăng cường sức khỏe một cách lồng ghép, phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và hỗ trợ thể chất tâm lý và xã hội cho các cá thể. Thực hành gia đình giải quyết mối quan hệ giữa ốm và bệnh, lồng ghép nhân văn và đạo đức của mối quan hệ thầy thuốc bệnh nhân trong việc ra quyết định lâm sàng. Bác sĩ gia đình không chỉ xem xét bệnh nhân dưới góc độ sinh học mà còn xem xét cả về mặt xã hội và tâm lý nữa. Bác sĩ gia đình xem xét tổng thể các cá nhân trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ, xem xét tất cả các yếu tố khi lập kế hoạch chẩn đoán hoặc điều trị. Những chuyên ngành khác cũng tham gia vào việc chăm sóc bệnh nhân và bác sĩ gia đình có vai trò làm cầu nối để bệnh nhân tiếp cận được với những chăm sóc đó. Người thầy thuốc gia đình có thể giải quyết tới 90-95% các loại bệnh tật mà bệnh nhân tìm đến chữa và cung ứng phần lớn sự chăm sóc và phục vụ.

*Chăm sóc toàn diện được thể hiện*

- Danh mục các vấn đề và danh mục thuốc được liệt kê trong phác đồ điều trị
- Sử dụng và tiếp cận thông tin y học một cách dễ dàng
- Có thời gian biểu của bệnh nhân
- Bác sĩ có hiểu biết về khả năng chi trả của bệnh nhân

- Bác sĩ hiểu biết về những vấn đề tâm lý xã hội trong việc chăm sóc bệnh nhân

### **2.3. Chăm sóc phối hợp**

Thực hành gia đình có thể giải quyết rất nhiều vấn đề sức khỏe của các cá thể vào những lần đầu tiên tiếp xúc với bác sĩ gia đình, nhưng khi cần thiết, bác sĩ gia đình cũng đảm bảo việc chuyển bệnh nhân phù hợp và đúng thời gian đến các dịch vụ chuyên khoa hoặc các chuyên ngành sức khỏe khác. Trong những cơ hội này, bác sĩ gia đình có trách nhiệm thông báo cho bệnh nhân về những dịch vụ có sẵn và sử dụng những dịch vụ này như thế nào. Bác sĩ gia đình nên đóng vai trò như là nhạc trưởng trong việc chăm sóc cho từng bệnh nhân trong mối liên quan với các nhà cung cấp sức khỏe, xã hội khác, khuyên giải bệnh nhân của mình về những vấn đề sức khỏe.

*Việc phối hợp trong chăm sóc được thể hiện:*

- Bác sĩ gia đình có bàn bạc với các chuyên gia về việc chăm sóc bệnh nhân
- Bác sĩ gia đình đi cùng bệnh nhân đến các chuyên gia
- Bác sĩ có kế hoạch chăm sóc bệnh nhân khi vắng mặt bệnh nhân
- Bác sĩ huấn luyện những người trong phòng khám cách hỗ trợ việc phối hợp chăm sóc
- Bác sĩ gia đình nói với bệnh nhân về kết quả chẩn đoán khi có nhiều người tham gia vào phục vụ bệnh nhân

### **2.4. Quan tâm dự phòng**

BSGD không những chỉ là bác sĩ điều trị mà còn phải giúp bệnh nhân của mình phòng chống các nguy cơ bệnh tật. Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng khả năng mắc bệnh, dự phòng làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh. Dự phòng cũng có nghĩa là dự đoán trước các vấn đề sẽ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của bệnh nhân và gia đình. Phòng bệnh không chỉ giới hạn vào việc tư vấn mọi người không hút thuốc lá, tích cực tập thể dục và ăn uống đúng cách,...mà còn là việc nhận ra các yếu tố nguy cơ đối với việc mắc bệnh/vấn đề sức khỏe nào đó (dựa vào các thông tin về tiền sử gia đình, vòng đời người, vòng đời gia đình,...); sử dụng các phương tiện sàng lọc để phát hiện bệnh sớm ngay từ giai đoạn đầu.

*Quan tâm dự phòng được thể hiện :*

- Các yếu tố nguy cơ được liệt kê trong phác đồ điều trị.
- BSGĐ lập ra kế hoạch chăm sóc để đạt hiệu quả điều trị cao nhất.
- Bệnh nhân được tư vấn về các biện pháp phòng bệnh và các vấn đề sức khỏe có thể ảnh hưởng đến bệnh.

## **2.5. Định hướng cộng đồng**

Các vấn đề của bệnh nhân nên được nhìn nhận trong ngữ cảnh của cuộc sống bệnh nhân ở cộng đồng địa phương. Nghề nghiệp, văn hoá, môi trường là những khía cạnh của cộng đồng tác động đến việc chăm sóc bệnh nhân. Bác sĩ gia đình phải biết được bệnh nào hoặc vấn đề sức khỏe nào có tỷ lệ mắc cao nhất trong cộng đồng. Điều này rất quan trọng vì sẽ liên quan đến việc chẩn đoán và quyết định về giáo dục cộng đồng và cung ứng dịch vụ. Bác sĩ gia đình có thể sử dụng nhiều nguồn trong cộng đồng để cung ứng chăm sóc tối ưu nhất. Bác sĩ gia đình phải rộng về thực hành, và sâu về kiến thức. Có được như vậy thì hiệu quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu mới được phát huy.

*Bằng chứng của việc định hướng cộng đồng là:*

- Bác sĩ biết bệnh nhân làm nghề gì, và nơi làm việc của họ
- Bác sĩ sử dụng nguồn lực của cộng đồng
- Bác sĩ sử dụng sự hiểu biết về tần xuất bệnh tật của cộng đồng trong chẩn đoán
- Bác sĩ là thành viên tích cực trong cộng đồng
- Các chẩn đoán và điều trị được thực hiện trên cơ sở lối sống của bệnh nhân ở cộng đồng

## **2.6. Định hướng gia đình**

Thực hành gia đình tập trung vào các vấn đề sức khỏe của cá nhân trong ngữ cảnh hoàn cảnh gia đình của bệnh nhân, trong hệ thống văn hoá xã hội của họ và hoàn cảnh mà ở đó bệnh nhân sống và làm việc. Bác sĩ gia đình coi bệnh nhân như những thành viên của các hệ thống gia đình và thừa nhận sự ảnh hưởng của bệnh tật đến gia đình cũng như gia đình đến bệnh tật. Bác sĩ gia đình được đào tạo để làm việc với các gia đình. Một gia đình được định nghĩa rộng rãi như là những cá nhân mà bệnh nhân trông mong ở họ sự hỗ trợ.

*Bằng chứng của việc chăm sóc định hướng gia đình là:*

- Số liệu Y học bao gồm bản đồ gen, sơ đồ gia đình, tình trạng gia đình
- Hệ thống hỗ trợ bệnh nhân
- Ảnh hưởng của bệnh đến các thành viên gia đình và ngược lại

## **BÀI 3: MỘT SỐ CÔNG CỤ THƯỜNG SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH**

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

Sau bài học, Sinh viên phải có khả năng:

- 1. Phân tích được ý nghĩa của việc đánh giá gia đình trong cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bác sĩ gia đình*
- 2. Áp dụng được một số công cụ đánh giá gia đình trong thực hành nghề nghiệp.*

### **NỘI DUNG**

#### **1. Đại cương**

##### ***1.1. Vai trò của đánh giá gia đình***

Gia đình là một tế bào của xã hội, cơ cấu và các thành viên của gia đình được và tạo hình của các mối quan hệ giữa các cá nhân trong toàn bộ gia đình. Trong môi trường sống của mỗi gia đình, có các yếu tố khác nhau như (vệ sinh môi trường, kinh tế, quan hệ xã hội, tương tác giữa các thành viên, văn hóa tập quán, tôn giáo, tâm lý...) ảnh hưởng đến sức khỏe, có thể theo hướng có lợi hoặc không có lợi cho sức khỏe.

Trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị người bệnh, người thầy thuốc càng biết nhiều thông tin về gia đình bệnh nhân thì càng có lợi trong hỗ trợ người bệnh, nó cũng tác động đến hiệu quả chăm sóc, kết quả điều trị người bệnh. Các thành viên trong gia đình có thể có cùng nguy cơ chung về bệnh tim mạch như thói quen hút thuốc lá, béo phì và tăng cholesterol máu. Gia đình có ảnh hưởng theo chiều hướng tích cực hoặc ngược lại đối với tình trạng sức khỏe của người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự tham gia của gia đình có bệnh nhân tăng huyết áp có tác động rất lớn đến sự tuân thủ điều trị, kiểm soát huyết áp tốt hơn và kết quả đã giảm tử vong của người bệnh.

Các yếu tố bảo vệ gia đình gồm khả năng thích ứng sang chấn tinh thần (stress) của cha mẹ, sự gắn gũi cảm xúc trong gia đình, mối liên kết giữa bệnh nhân, gia đình, người chăm sóc, thời gian gia đình giành cho các giải trí mang tính sáng tạo (tạo ra môi trường tâm lý thoải mái, sáng khoái của các thành viên trong gia đình). Các yếu tố nguy cơ của gia đình là các mâu thuẫn nội bộ

giữa một số thành viên trong gia đình, tạo nên môi trường gia đình căng thẳng, tạo nên những sang chấn tâm lý (Stress) có thể là các yếu tố nguy cơ, dẫn đến những hành vi không có lợi cho sức khỏe như: hút thuốc, uống nhiều rượu. Ngoài ra các thành viên trong gia đình có thể có các yếu tố nguy cơ khác từ bên ngoài như: ô nhiễm môi trường, tiếng ồn, yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội của cộng đồng đều tác động đến sức khỏe (có lợi/hại) của các thành viên trong gia đình.

Để có đầy đủ các thông tin cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân và gia đình, người thầy thuốc cần đánh giá đầy đủ các đặc điểm của gia đình bệnh nhân. Việc đánh giá gia đình được thực hiện tốt sẽ giúp cho người thầy thuốc có được bức tranh toàn cảnh bao gồm các đặc điểm về di truyền, tâm lý, thể chất của các thể hệ trong gia đình trên cơ sở đó xác định được các yếu tố bệnh lý, vấn đề sức khỏe hay gặp của từng giai đoạn trong vòng đời của các thành viên trong gia đình, giúp đưa ra các quyết định chăm sóc hợp lý, kịp thời dựa trên ngữ cảnh “gia đình” của người bệnh.

### ***1.2. Các nội dung chính cần đánh giá***

- Cấu trúc và chức năng của gia đình
- Các vấn đề xảy ra trong gia đình, đặc biệt các yếu tố có thể liên quan đến bệnh tật của người bệnh
- Đánh giá các nguồn lực của gia đình

### ***1.3. Các công cụ thường dụng để đánh giá gia đình***

- Cây WONCA
- Cây phả hệ
- Bản đồ gia đình
- Chỉ số APGAR
- Đánh giá SCREEM
- Chuỗi sự kiện gia đình
- Vòng đời gia đình.

## **2. Một số công cụ đánh giá gia đình trong y học gia đình**

### ***2.1. Cây WONCA***

#### ***2.1.1. Khái niệm về cây Wonca***

Cây Wonca là một trong các định nghĩa (Châu Âu) về y học gia đình, nó chính là những điểm cốt lõi của y học gia đình và thực hành bác sĩ đa

khoa. Nó chính là các năng lực và đặc điểm cơ bản của y học gia đình/ bác sĩ đa khoa trong giai đoạn 2002-2010.

Có sự khác biệt có ý nghĩa trong tổ chức hệ thống chăm sóc sức khỏe giữa các nước châu Âu và Mỹ, do vậy cần có sự thống nhất chung về khái niệm cốt lõi của y học gia đình.

Bản chất của cây WONCA, bao gồm các bộ phận sau:

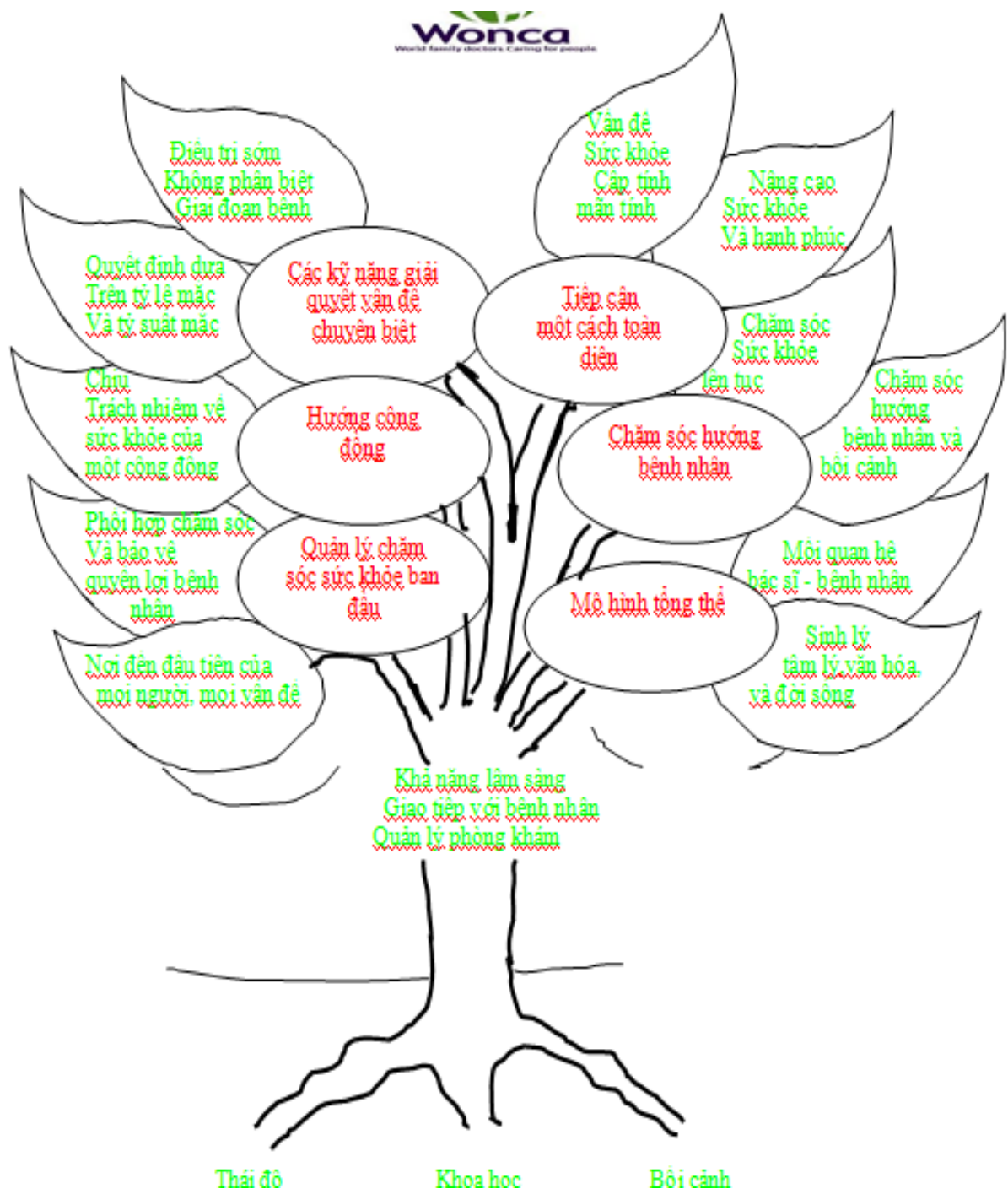
**Gốc rễ** của cây Wonca: Bác sĩ gia đình là môn khoa học, nghệ thuật và thái độ của người thầy thuốc gia đình với người bệnh.

**Thân cây:** Nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe, giao tiếp với bệnh nhân, quản lý công tác thực hành.

**Cách cành chính:** Chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm, chăm sóc định hướng cộng đồng, kỹ năng giải quyết các vấn đề cụ thể, cách tiếp cận toàn diện, quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu, mô hình chăm sóc toàn diện. Đây chính là 6 nguyên tắc chính của y học gia đình.

**Các lá cây:** Mọi quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, tập trung vào người bệnh và điều kiện hoàn cảnh của người bệnh, chăm sóc liên tục, vai trò của gia đình và cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe, thực trạng về sức khỏe thể chất, tâm lý, văn hóa, xã hội, đánh giá tất cả các vấn đề sức khỏe của người bệnh, vấn đề sức khỏe cấp tính và mãn tính, ra quyết định dựa trên các bằng chứng và mức độ vấn đề, phát hiện và giải quyết bệnh tật từ giai đoạn sớm của bệnh, tăng cường sức khỏe cho mọi người.

### **Hình1. Cây WONCA - Đại học chăm sóc sức khỏe ban đầu Thụy sĩ**



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE  
(Revised 2011)

### 2.1.2. Ứng dụng của cây WONCA trong y học gia đình

Dựa trên các điểm mấu chốt của cây WONCA, các cán bộ y tế và thầy thuốc gia đình cần luôn tự rèn luyện, phấn đấu và thực hành chăm sóc sức khỏe cho người dân theo các nội dung cốt lõi của Y học gia đình. Đây là một



cách tiếp cận mới đáp ứng nhu cầu xã hội về chăm sóc sức khỏe trong thế kỷ 21. Cách tiếp cận này đáp ứng sản phẩm đào tạo (Đầu ra) là Bác sĩ của thế kỷ 21, Bác sĩ năm sao (Là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, là người Truyền thông, là người quản lý, là người lãnh đạo cộng đồng, là người đi tiên phong).

Để nâng cao năng lực trong dạy học, học tập và thực hành theo hướng y học gia đình là rất cần thiết để đáp ứng nhu cầu xã hội, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân. Chúng ta cần xem xét ba đặc điểm cần thiết như: ngữ cảnh/hoàn cảnh, thái độ và khoa học. Trong cây WONCA, đề cập đến các đặc điểm của bác sĩ và xác định khả năng ứng dụng các năng lực cơ bản trong cuộc sống và hoạt động nghề nghiệp tại cơ sở y tế. Trong thực hành y tế nói chung, cây Wonca có tác động nhiều đến xây dựng mối quan hệ giữa thầy thuốc và mọi người tại nơi làm việc (bệnh nhân, người dân, đồng nghiệp, đối tác, các ban ngành đoàn thể).

### ***Hiểu rõ ngữ cảnh của vấn đề***

Hiểu rõ môi trường và hoàn cảnh mà bác sĩ đang làm việc là rất quan trọng để đưa ra các quyết định phù hợp. Những nội dung cần quan tâm là điều kiện làm việc, đặc điểm của cộng đồng, yếu tố văn hóa tập quán của người dân, điều kiện khả năng về tài chính là rất quan trọng trong thực hành chăm sóc sức khỏe.

- Cần hiểu rõ những tác động của hoạt động của thầy thuốc tác động như thế nào đến cộng đồng, bao gồm cả các yếu tố kinh tế văn hóa trong khu vực mình đảm nhận và quá trình chăm sóc sức khỏe cho người dân.

- Người thầy thuốc cần nhận biết được các tác động qua hoạt động nghề nghiệp đến từng người bệnh, nguồn lực (Cán bộ, trang thiết bị) sẵn có để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- Hiểu rõ yêu cầu, mức độ đáp ứng về tài chính, những qui định, mức trần về tài chính, các loại kỹ thuật được phép thực hiện tại cơ sở y tế mình phụ trách.

### ***Khía cạnh thái độ nghề nghiệp***

Dựa trên năng lực nghề nghiệp, giá trị và đạo đức nghề nghiệp để hình thành thái độ nghề nghiệp

- Cán bộ y tế cần nhận thức khả năng, giá trị nghề nghiệp, xác định các khía cạnh đạo đức trong lâm sàng, chăm sóc sức khỏe cho người bệnh (dự phòng, chẩn đoán, điều trị, các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của con người)
- Cần nhận thức được vấn đề của người bệnh: cần nhận được những khó khăn, đau đớn của người bệnh, thông cảm và cảm nhận được những cảm nhận, suy nghĩ của người bệnh là những điểm rất quan trọng tác động đến thực hành nghề nghiệp.

### ***Ứng dụng về khía cạnh khoa học***

Chấp nhận có phê phán và xem xét, dựa trên tìm kiếm dựa trên thực hành và duy trì cập nhật thông tin, hình thành kỹ năng học liên tục, học suốt đời.

- Cần phải làm quen với các nguyên tắc, phương pháp, khái niệm tổng quát của nghiên cứu khoa học và nền tảng, cơ sở mô tả mức độ phạm vi vấn đề sức khỏe (mới mắc, hiện mắc, giá trị dự đoán v.v...).
- Cần có các kiến thức cần thiết về các cơ sở của khoa học về bệnh học, triệu chứng. Và chẩn đoán, điều trị, dịch tễ học, thuyết ra quyết định, lý thuyết của hình thành giả thuyết và giải quyết vấn đề, chăm sóc dự phòng.
- Cần có kỹ năng truy cập, đọc và đánh giá chọn lọc có phân tích các thông tin bằng chứng khoa học để sử dụng cho thực hành nghề nghiệp.
- Phát triển kỹ năng học tập liên tục suốt đời để cải thiện chất lượng nghề nghiệp và hoàn thiện năng lực nghề nghiệp.

## ***2.2. Cây phả hệ (Genogram)***

### ***2.2.1. Khái niệm***

- Cây phả hệ là một sơ đồ thể hiện các yếu tố di truyền, tâm lý, tuổi, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình và giữa các thế hệ trong một gia đình.
- Sơ đồ này được tổ chức dưới dạng một “cây”, được sử dụng rộng rãi trong y học gia đình, xã hội và tâm lý học.
- Cây phả hệ được phát triển đầu tiên trong lâm sàng năm 1985, do Monica McGoldick Ramdy Gerson.

### ***2.2.2. Các thông tin chính trong cây phả hệ***

- Cấu trúc gia đình
- Các thành viên trong gia đình
- Mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình

- Mốc thời gian quan trọng của mỗi thành viên trong gia đình.
- Tình trạng bệnh tật, ốm đau diễn ra trong gia đình
- Thông tin chung nhất về một gia đình và các thành viên trong gia đình.

Lưu ý: Một cây phả hệ chuẩn phải có ít nhất 3 thế hệ. Tên của mỗi người đặt dưới biểu tượng của họ. Bệnh sử của mỗi người được ghi chú cẩn thận. Có thể mô tả mối quan hệ xã hội của mỗi thành viên và mối quan hệ đó ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe của bệnh nhân như thế nào.

+ Nam được đặt bên trái nữ, quan hệ hôn nhân được biểu hiện bằng đường nối đơn ( ) giữa hai người, năm kết hôn đặt trên đường nối.

+ Con được xếp từ lớn đến nhỏ, từ trái sang phải.

+ Người quan trọng nhất trong cây phả hệ là bệnh nhân, thường được đánh dấu bằng biểu tượng có hai đường vạch. Ngày sinh của mỗi người được đặt trên biểu tượng.

+ Đường gạch nối (---) biểu thị mối quan hệ sống với nhau, chưa kết hôn, nếu có dấu (x) trên đường gạch nối biểu thị tình trạng ly thân, nếu có dấu (x) tại địa điểm thành viên trong gia đình biểu thị tử vong (thành viên đã tử vong).

### 2.2.3. Vai trò và ý nghĩa của ghi lại lịch sử gia đình qua các thế hệ

\* **Ý nghĩa:** Ghi lại lịch sử của gia đình qua các thế hệ, cây phả hệ gia đình cho phép các nhà phả hệ học, thầy thuốc thấy được một bức tranh tổng quát và phức tạp về các mối quan hệ trong gia đình như tình trạng hôn nhân các xung khắc, các đặc điểm bệnh tật có liên quan đến gia đình như tiểu đường, tăng huyết áp, tim mạch ...

- Đồng thời người thầy thuốc có được bức tranh tổng thể về bệnh sử của các cá nhân trong gia đình đó. Công cụ này cho thầy thuốc nhiều thông tin như đặc tính về các bệnh tật có tính di truyền, đặc tính tâm lý trong các mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình.











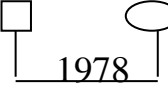

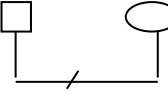
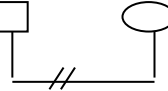


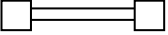
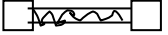
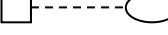

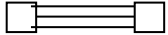
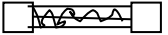
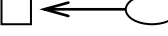
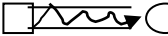
- Nó cũng được sử dụng để xác định các hành vi thói quen giống nhau của các thành viên trong gia đình, giúp thầy thuốc nhận ra xu hướng di truyền trong gia đình.

- Cung cấp thông tin tổng quát về các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

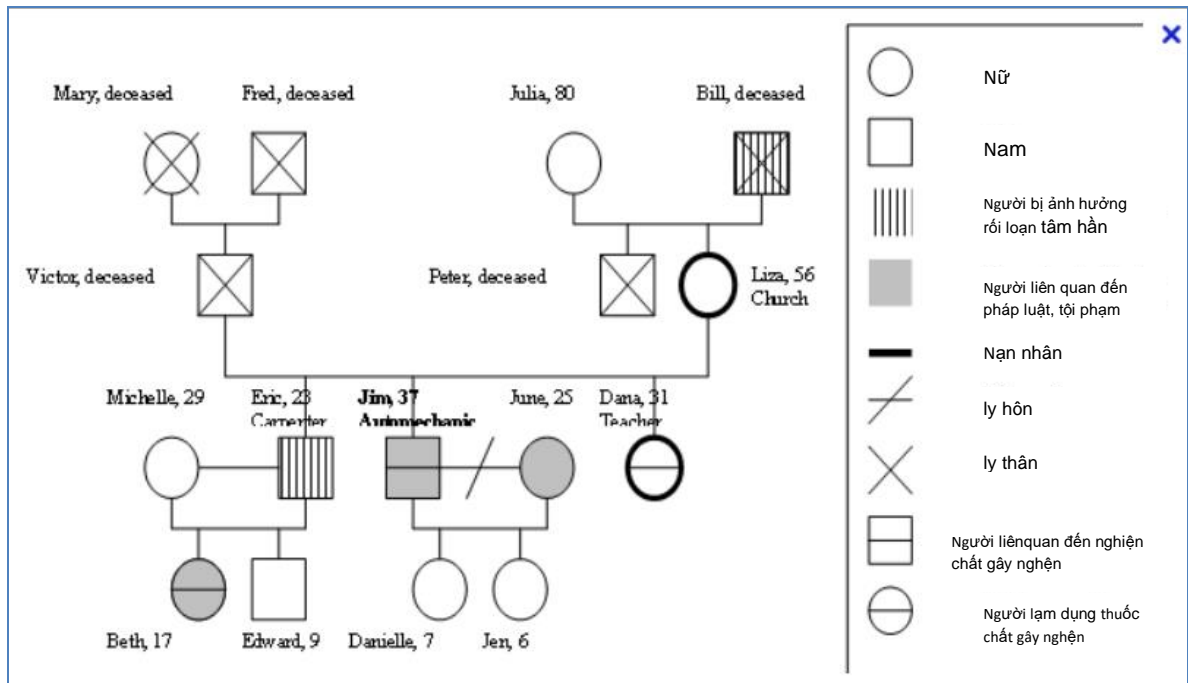
- Cung cấp thông tin về bệnh tật các tình trạng khác nhau xảy ra trong gia đình, giúp việc chẩn đoán nhanh và chính xác hơn.

- Sự hiểu biết về tình trạng bệnh tật tác động đến gia đình và ngược lại sẽ giúp thầy thuốc điều trị, phòng bệnh hiệu quả hơn. Ngoài ra giúp cho quá trình xác định bệnh tật, ốm đau và dự phòng bệnh tật cho các thành viên khác trong gia đình có hiệu quả hơn.

#### 2.2.4. Một số kí hiệu thường dùng trong cây phả hệ

Ký hiệu	Ý nghĩa	Ký hiệu	Ý nghĩa
 	Nam Nữ	 	Mang thai Bí mật gia đình
	Những vấn đề về lạm dụng thể chất, tinh thần		Đồng tính nam
	Đồng tính nam		Đồng tính nữ
	Chuyển đổi giới tính nam thành nữ		Chuyển đổi giới tính nữ thành nam
	Kết hôn năm 1978		Quan hệ đôi lứa (chưa kết hôn), có vấn đề bí mật
	Ly thân		Ly dị
	Bệnh về thể chất hoặc tinh thần		Lạm dụng rượu hoặc ma túy
	Quan hệ đóng		Quan hệ đóng, bất hợp tác
	Khoảng cách		Bất hợp tác
	Hợp nhất		Hợp nhất, bất hợp tác
	Tập trung		Lạm dụng tình dục

### Ví dụ: Về cây phả hệ



#### - Ý nghĩa của cây phả hệ đối với các nhà tâm lý học

+ Trong lĩnh vực tâm lý (được coi trọng đặc biệt đối với bác sĩ gia đình ở các nước đã phát triển), các nhà tâm lý học có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân và gia đình của người bệnh. Những thông tin này giúp các nhà tâm lý học có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân trong mối qua hệ gia đình, hôn nhân, văn hóa và xã hội để có phương pháp tư vấn tâm lý phù hợp.

+ Cây phả hệ đã mô tả các mối quan hệ về tình cảm, tâm lý và cảm xúc của bệnh nhân với các cá nhân khác trong gia đình nên có thể giúp các nhà tâm lý nhận ra và đánh giá các xung đột có thể có trong gia đình.

### 2.3. Bản đồ gia đình và một số thông tin cần thu thập từ gia đình

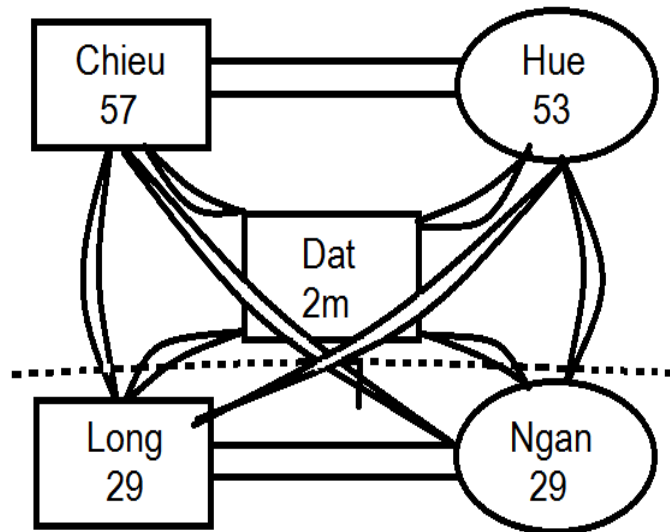
#### 2.3.1. Bản đồ gia đình

- **Khái niệm:** Bản đồ gia đình là một sơ đồ về cấu trúc của một gia đình, đình thể hiện các mối quan hệ trong gia đình, các quan hệ tương tác và ảnh hưởng lẫn nhau giữa các thành viên trong gia đình.

- **Ứng dụng:** Bản đồ gia đình được sử dụng trong các trường hợp:

- + Các bệnh rối loạn tinh thần
- + Các bệnh nhân khó, ít hợp tác
- + Trường hợp bệnh nhân lạm dụng thuốc và rượu
- + Nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh đồng thời
- + Bệnh nhân mắc bệnh mãn tính, bệnh khó chữa (Ung thư...)

- Ví dụ về bản đồ gia đình



Đây là một gia đình tương đối đoàn kết vì có mối quan hệ tốt giữa các thành viên trong gia đình. Tuy nhiên, có sự ngăn cách nhỏ giữa 2 cặp vợ chồng (đường chấm chấm). Điều này cũng có thể dẫn tới khó khăn khi cần thảo luận một số vấn đề trong gia đình.

### 2.3.2. Một số thông tin cần thu thập từ gia đình

#### 2.3.2.1. Một số thông tin về tâm lý gia đình

- Người thầy thuốc cần thu thập những thông tin khách quan từ phía gia đình của người bệnh.

- Có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân trong mối quan hệ như hôn nhân, gia đình, văn hóa và xã hội từ đó xây dựng kế hoạch tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân phù hợp.

- Mô tả các mối quan hệ tình cảm, cảm xúc của bệnh nhân với các cá nhân khác nên có các nhà tâm lý phát hiện và đánh giá các xung đột có thể có trong gia đình.

#### 2.3.2.1. Một số thông tin về xã hội học

- Mô tả được mối quan hệ tình cảm giữa các cá nhân trong một gia đình hay một đơn vị của xã hội.

- Mô tả được cây phả hệ gia đình sẽ giúp cán bộ y tế đánh giá được mức độ gắn kết của các thành viên trong gia đình. Trên cơ sở đó có thể xây dựng được giải pháp chăm sóc và điều trị có hiệu quả dựa trên điều kiện, nguồn lực tiềm tàng của từng gia đình.

## 2.4. Chỉ số APGAR

### 2.4.1. Khái niệm:

Chỉ số APGAR là hệ thống thang điểm được Gabriel Smilkstein giới thiệu lần đầu tiên năm 1978 nhằm sử dụng để đánh giá mức độ hài lòng của người trưởng thành về sự hỗ trợ của gia đình.

### 2.4.2. Nội dung chính:

Chỉ số APGAR đề cập đến sự hài lòng của người bệnh với việc thể hiện trách nhiệm của gia đình, thể hiện quan điểm của cá nhân người bệnh về gia đình, mức độ chia sẻ giữa các thành viên trong gia đình.

- A: Sự thích nghi (Adaptation): đánh giá mức độ hài lòng về khả năng của gia đình trong việc sẵn sàng chia sẻ nguồn lực sẵn có, tiềm tàng của gia đình.

- P: Sự cộng tác (Partnership): chia sẻ các quyết định, lượng giá thái độ hài lòng trong việc giải quyết các vấn đề bằng giao tiếp.

- G: Sự phát triển về thể chất và tinh thần (Growth): đánh giá mức độ hài lòng về sự chấp nhận và ủng hộ của gia đình trong việc tự do thay đổi.

- A: Tình cảm (Affection): đánh giá mức độ hài lòng về mức độ thân mật, chia sẻ cảm xúc giữa các thành viên trong gia đình.

- R: Giải quyết, phân tích (Resolve): đánh giá mức độ hài lòng về sự tận tụy của các thành viên trong gia đình.

### 2.4.3. Cách đo lường chỉ số APGAR

- Bao gồm các câu hỏi khẳng định về một khía cạnh của nội dung cần đánh giá.

- Mỗi câu được lượng giá ở 3 mức độ: luôn luôn (2), thỉnh thoảng (1) và hiếm khi (0), ứng với thang điểm 2, 1 và 0.

- Cần hỏi ít nhất 2 thành viên trong mỗi gia đình của người bệnh.

- Đánh giá dựa trên tổng điểm: 8-10 điểm: Gia đình có gắn kết tốt; 4-7 điểm: gia đình có mối gắn kết không tốt; 0-3 điểm: gia đình rời rạc, có mâu thuẫn.

STT	Nội dung các câu đánh giá	Mức độ đạt		
		2	1	0
A	Tôi hài lòng vì tôi có gia đình tôi giúp đỡ khi tôi gặp rắc rối.			
P	Tôi hài lòng với cách gia đình tôi nói một việc			

	gì đó với tôi và chia sẻ các vướng mắc với tôi.			
G	Tôi hài lòng với cách gia đình tôi chấp nhận và ủng hộ những mong ước của tôi, để tôi có các hoạt động và phương hướng mới trong cuộc sống.			
A	Tôi hài lòng với cách gia đình thể hiện tình cảm và đồng cảm với cảm xúc của tôi như tức giận, lo buồn và yêu thương.			
R	Tôi rất hài lòng với cách mà gia đình chia sẻ thời gian cho tôi.			

#### 2.4.4. Áp dụng APGAR trong các tình huống sau

- Khi gia đình trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.
- Khi bệnh nhân có các triệu chứng biểu thị về rối loạn tâm thần kinh như thường xuyên đau đầu, lo lắng, trầm cảm, mất ngủ, mệt mỏi.
- Trong trường hợp bệnh nhân khó, ít hợp tác.
- Bệnh nhân có khó khăn về giới và hôn nhân.
- Bệnh nhân lạm dụng rượu và thuốc
- Bệnh nhân, có bằng chứng về bị lạm dụng thể chất và tình dục đối với vợ, con cái.

### 2.5. Đánh giá SCREAM

#### 2.5.1. Khái niệm:

Là một hệ thống đánh giá về: 1) mạng lưới hỗ trợ, giúp đỡ bệnh nhân; 2) các mức độ chăm sóc y tế dành cho bệnh nhân; 3) mối quan hệ giữa hành vi sức khỏe, thực hành và sử dụng các dịch vụ y tế.

#### 2.5.2. Các yếu tố trong đánh giá SCREAM

- Xã hội (S: Social)
- Văn hóa (C: Culture)
- Tôn giáo (R: Region)
- Kinh tế (E: Economic)
- Giáo dục (E: Education)
- Y tế (M: Medicine)



Cách đánh giá: theo 3 mức độ theo các nội dung trên (tốt, trung bình, kém)

### 2.5.3. Ứng dụng:

SCREEM cho thấy khái niệm gia đình cùng tham gia vào, cùng giải quyết vấn đề sức khỏe của người bệnh, tham gia của gia đình vào chăm sóc sức khỏe hay giải quyết khủng hoảng trong gia đình, nó thường được sử dụng khi:

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính, bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo.
- Bệnh nhân trong giai đoạn cuối của bệnh, bệnh nhân khó.
- Khi người chăm sóc mệt mỏi cần sự trợ giúp đỡ của các thành viên khác trong gia đình.

## 2.6. Chuỗi sự kiện gia đình

### 2.6.1. Khái niệm:

Là công cụ theo dõi, đánh giá lịch sử gia đình theo thời gian, đề cập đến các sự kiện quan trọng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân. Công cụ này được sử dụng như một hồ sơ lưu trữ các thông tin của bệnh nhân.

### 2.6.2. Nội dung của chuỗi sự kiện: Ví dụ chuỗi sự kiện

Bệnh nhân: Nguyễn Thị A, bệnh: Đau đầu và các sự kiện

Năm	Tuổi	Hệ thống các sự kiện quan trọng	Bệnh: Đau đầu nặng
1964	17	Mẹ chết	
1865	18	Tốt nghiệp THPT	
1986	19	Vào đại học sống xa nhà	
1987	20	Mâu thuẫn với bố	
1968	21	Gặp khó khăn trong học tập	
1969	22	Tốt nghiệp đại học	
1970	23	Tiếp tục làm nghiên cứu đi xa nhà	
1971	24	Hạnh phúc, thích thú với việc học tập	
1972	25	Đi làm, bắt đầu gặp khó khăn	
1973	26	Thay đổi việc làm	
1975	28	Trục trặc hôn nhân	

### 2.6.3. Ứng dụng

Chuỗi sự kiện được sử dụng khi:

- Bệnh nhân bị bệnh mãn tính biết từ trước hoặc bệnh nhân có gặp khó khăn trong chăm sóc.
- Bệnh nhân từ chối điều trị.
- Các trường hợp bệnh nhân có hành vi không thích hợp trong chăm sóc phụ nữ có thai và cho con bú.
- Bệnh nhân có lạm dụng rượu và thuốc.
- Lạm dụng thể chất và tình dục.

## **2.7. Bệnh án Y học gia đình**

### **2.7.1. Khái niệm:**

Bệnh án Y học gia đình là công cụ thu thập, quản lý thông tin về các vấn đề tâm thể, hành chính, bệnh sử, quá trình điều trị của bệnh nhân và gia đình (ông bà, cha mẹ, anh chị em...) từ lúc mới sinh ra cho đến khi mất đi nhằm đáp ứng sự chăm sóc người bệnh một cách liên tục, toàn diện, và phối hợp (Continuing, Comprehensive and Coordinated care) và nhằm mục tiêu chính là phát hiện, xử lý sớm các vấn đề về bệnh tật, dự phòng và duy trì sức khỏe, cho từng cá nhân gia đình và cộng đồng.

Bệnh án Y học gia đình được xây dựng trên cơ sở đảm bảo nguyên lý và mục tiêu y học gia đình, nhằm cung cấp dịch vụ y tế chất lượng cao một cách toàn diện, liên tục có chú trọng đến nguồn tài nguyên tại chỗ cho người dân trong cộng đồng không kể đến tín ngưỡng, tuổi, giới và giàu nghèo. Trong bệnh án có sự lồng ghép lối tiếp cận sinh học, lâm sàng và khoa học hành vi trong cung cấp dịch vụ sức khỏe. Trong bệnh án thể hiện được các nội dung:

- Lối tiếp cận chăm có hướng về bệnh nhân như quan tâm đến chứng hơn đến bệnh và có dựa vào y học chứng cứ.
- Phòng ngừa liên tục như tầm soát và tiêm chủng.
- Lồng ghép lối tiếp cận tâm sinh thể vào chăm sóc các vấn đề sức khỏe, thể hiện quan cây phá hệ.
- Bệnh án cho mọi lứa tuổi và sản phụ là một thành viên trong gia đình.

### **2.7.2. Ứng dụng**

Bệnh án y học gia đình được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới như Hoa Kỳ, Bỉ,... Ở Việt Nam Bệnh án Y học Gia đình được bác sỹ Phạm Lê

Anh xây dựng năm 2002 và đưa vào sử dụng tại trung tâm đào tạo bác sỹ gia đình của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Trong quá trình sử dụng, bệnh án được chỉnh sửa cho phù hợp và hình thành bệnh án điện tử Y học gia đình.

### *2.7.3. Nội dung*

Bệnh án chuyên khoa Y học gia đình cần thể hiện đầy đủ các nguyên lý thực hành y học gia đình. Nội dung điền đầy đủ chi tiết, chính xác và đảm bảo tính duy lý, nếu là bệnh án điện tử thì cần sử dụng đúng các mã hóa. Khi điền các thông tin vào bệnh án, không nên thêm từ lóng và những từ viết tắt không thông dụng.

## **BÀI 4: GIAO TIẾP VÀ TƯ VẤN TRONG Y HỌC GIA ĐÌNH**

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

Sau bài học, Sinh viên phải có khả năng:

- 1. Trình bày được khái niệm giao tiếp và tư vấn.*
- 2. Trình bày được tầm quan trọng của giao tiếp và tư vấn trong công tác chăm sóc sức khỏe.*

### **NỘI DUNG**

#### **Đặt vấn đề**

Ước tính mỗi bác sĩ thực hiện khoảng 200.000 cuộc tham vấn bệnh nhân trong suốt thời gian hành nghề của họ, trong đó giao tiếp đóng vai trò quan trọng trong các khía cạnh của cuộc tham vấn, từ khai thác bệnh sử đến cung cấp các thông tin cần thiết cho bệnh nhân. Chỉ bằng giao tiếp, bác sĩ đã có thể có được 60 – 80% thông tin cần thiết cho việc chẩn đoán (Van Dalen và cs, 2001). Do đó, việc thực hiện đúng kỹ năng tham vấn đáng được quan tâm và làm đúng.

Trong khi bác sĩ có thể nhìn nhận việc tham vấn giống như rất nhiều những phần trong quá trình tiếp xúc bệnh nhân, thì bệnh nhân lại thấy buổi tham vấn với bác sĩ là phần quan trọng nhất và căng thẳng nhất.

Mối liên hệ giữa bác sĩ và bệnh nhân được bác sĩ gia đình thiết lập và đây là vai trò chính của bác sĩ gia đình. Bác sĩ gia đình cần có khả năng tìm kiếm thông tin bệnh tật thích hợp, nhạy bén. Họ thể hiện sự hiểu biết của mình về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, họ đưa ra những nhận định đúng và biểu lộ cảm xúc đúng mực, đáp ứng mong muốn của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

Tuy nhiên, thực tế cho thấy, trong quá trình tìm hiểu lý do đến khám của bệnh nhân, thì 54% các phần nài của bệnh nhân và 45% vấn đề của họ không được bác sĩ hỏi tới (Stewart và cộng sự, 1979), 50% các cuộc gặp giữa thầy thuốc và bệnh nhân không đạt được sự đồng thuận về vấn đề chính. Bác sĩ thường xuyên ngắt lời bệnh nhân quá sớm ngay khi họ vừa mới trình bày, khiến bệnh nhân không bộc lộ được vấn đề chính cần đến gặp bác sĩ (Beckman và Frankel 1984, Marvel và cộng sự năm 1999).

Trong quá trình thu thập thông tin từ bệnh nhân, bác sĩ thường lấy mình làm trung tâm, tiếp cận thông tin một cách không cởi mở, không khuyến khích được bệnh nhân nói ra những vấn đề và câu chuyện của họ (Byrne and Long 1976).

Khi giải thích và đưa ra kế hoạch điều trị cho bệnh nhân, nói chung, các bác sĩ đưa ra các thông tin cho bệnh nhân một cách sơ sài, trong khi hầu hết các bệnh nhân mong muốn nhận được nhiều thông tin hơn. Một khảo sát của Canada cho thấy các bệnh nhân khá hài lòng với các bác sĩ gia đình về cách họ điều trị, nhưng vẫn có những người không hài lòng với kỹ năng giao tiếp của bác sĩ, cụ thể là cách bác sĩ giải thích và đưa kế hoạch tư vấn điều trị cho bệnh nhân của mình.

Về sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, khoảng 50% số bệnh nhân không dùng thuốc hoặc dùng không đúng như yêu cầu của bác sĩ (Meichenbaum và Turk 1987, Butler và cộng sự 1996).

Bên cạnh đó, có rất nhiều nghiên cứu đưa ra vấn đề bác sĩ không hiểu về những vấn đề và mong muốn của cá nhân người bệnh.

Do đó, có khá nhiều vấn đề liên quan đến kỹ năng giao tiếp của bác sĩ với bệnh nhân, nên huấn luyện kỹ năng giao tiếp một cách bài bản và có hệ thống là cần thiết.

## **1. Khái niệm giao tiếp và tư vấn.**

### ***1.1. Giao tiếp là gì?***

+ *Giao tiếp* là một quá trình hoạt động trao đổi thông tin giữa người và người bằng một hệ thống thông tin chung như lời nói, cử chỉ, điệu bộ hay hành vi nhằm đạt được một mục đích nào đó. Thông thường, giao tiếp trải qua ba trạng thái:

- Trao đổi thông tin, tiếp xúc tâm lý.
- Hiểu biết lẫn nhau.
- Tác động và ảnh hưởng lẫn nhau.

+ Giao tiếp là một kỹ năng (skill), do đó giao tiếp là một hành vi xã hội, cần phải được rèn luyện, trau dồi lâu dài mới có được.

+ có 2 hình thức giao tiếp :

- Giao tiếp bằng lời: ngôn ngữ nói và ngôn ngữ viết.

- Giao tiếp không lời: là sự giao tiếp thể hiện qua ánh mắt, điệu bộ, cử chỉ, nét mặt, nụ cười, vận động cơ thể, phong cách,...

### **1.2. Tư vấn là gì?**

*Tư vấn* là tiến trình tương tác giữa cán bộ tư vấn ( người tư vấn) và người được tư vấn (NĐTV), trong đó người tư vấn sử dụng kiến thức, kỹ năng nghề nghiệp của mình giúp người được tư vấn thấu hiểu hoàn cảnh của mình và tự giải quyết vấn đề của mình.

Có thể tóm tắt khái niệm tư vấn bằng 4 chữ T: Tiến trình, tương tác, thấu hiểu, tự giải quyết.

- Tiến trình: Tư vấn cần một khoảng thời gian tương đối dài, có thể không phải chỉ gặp gỡ 1 lần, mà có khi rất nhiều lần mới có kết quả rõ rệt. Tư vấn là tiến trình bởi nó là một hoạt động có mở đầu, có diễn biến và có kết thúc.

- Tương tác: Tư vấn không phải là người cán bộ khuyên bảo người được tư vấn phải làm gì, mà đó là cuộc trao đổi hai chiều.

- Thấu hiểu: Tư vấn giúp người được tư vấn nhận ra mình là ai, đang ở trong hoàn cảnh nào, có thể mạnh, điểm yếu nào, đã sử dụng những biện pháp nào cho tình huống của mình, tại sao chưa có kết quả, những cái được và cái mất khi sử dụng một biện pháp giải quyết nào đó.

- Tự giải quyết: Tư vấn không quyết định thay. Trên cơ sở thấu hiểu hoàn cảnh của mình, người được tư vấn phải cân nhắc, lựa chọn biện pháp nào phù hợp nhất cho bản thân mình.

## **2. Tầm quan trọng của giao tiếp và tư vấn trong công tác CSSK**

### **2.1. Giao tiếp**

*Giao tiếp* của cán bộ y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe bao gồm: Giao tiếp với người bệnh; giao tiếp với người thân của người bệnh và giao tiếp với đồng nghiệp. Trong đó, giao tiếp với người bệnh là sự tương tác có mục đích và có trọng tâm, nhằm vào các nhu cầu của người bệnh, giúp người bệnh diễn tả được cảm xúc và các vấn đề liên quan đến bệnh lý, điều trị hay chăm sóc. Như vậy, giao tiếp là trung tâm của mọi hoạt động trong chăm sóc người bệnh; Quá trình giao tiếp tốt sẽ giúp cho các thầy thuốc thực hiện có hiệu quả các bước của quy trình khám bệnh, chẩn đoán, chăm sóc, tiên lượng và điều trị người bệnh. Trong công tác này cũng đã có rất nhiều tấm gương

tiêu biểu của các tập thể, cá nhân góp phần cho người bệnh chiến thắng bệnh tật không chỉ bằng những viên thuốc quý hay những phương pháp phẫu thuật hiện đại ...mà trên hết là bằng trái tim nhân hậu, sự chăm sóc nhiệt tình và đặc biệt là sự giao tiếp hài hòa của họ đối với người bệnh, người thân người bệnh và sự đoàn kết giao tiếp chan hòa cởi mở với đồng nghiệp góp phần làm tăng hiệu quả trong việc khám bệnh, chữa bệnh.

### *Giao tiếp với người bệnh.*

- Quan hệ giữa người bệnh và thầy thuốc là quan hệ giữa người với người. Vì vậy có giao tiếp, bình đẳng, khách quan, tôn trọng, trách nhiệm, giúp đỡ để đạt mục tiêu cuối cùng là chẩn đoán, điều trị, phòng bệnh đúng và đạt hiệu quả cao nhất.

- Quan hệ giao tiếp ở các khoa lâm sàng có nhiều đối tượng khác nhau : gia đình của người bệnh, đồng nghiệp, học sinh... nhưng quan trọng nhất là với người bệnh chào hỏi thân tình, đúng mực và lễ độ là sự khởi đầu không thể thiếu ; ở các nước phát triển người bệnh là người lớn bất kể ở tuổi nào thầy thuốc đều xưng hô là ông bà ; còn ở nước ta có phân biệt cụ, ông, bà, chú, bác, anh, chị...

- Quan hệ bình đẳng khách quan đáng chú ý khi người bệnh trẻ tuổi, là chiến sỹ, công nhân, nông dân...quan trọng nhất là tránh sự áp đặt bệnh tật, thiếu kiên nhẫn khi thấy người bệnh có nhiều bệnh, khó tính, nóng nảy, đưa ra nhiều yêu cầu quá mức...

- Tôn trọng người bệnh : do bệnh tật nên người bệnh bị giảm sút sức khỏe, thay đổi tâm sinh lý, nên có những việc bình thường dù cố gắng vẫn không thực hiện

được, không vì thế mà thiếu tôn trọng với người bệnh.

- Trách nhiệm cao nhất của người thầy thuốc là bảo đảm sức khỏe cho người bệnh cả thể chất lẫn tinh thần.

- Giúp đỡ : người bệnh cần được giúp đỡ những việc ở bệnh viện, giúp đỡ thực hiện những biện pháp điều trị...chú ý đến giường nằm, dây dẫn khí thở, ánh sáng, ống thông, dây dẫn kim loại...

## **2.2. Tư vấn.**

Tư vấn tốt của cán bộ y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe sẽ giúp cho cán bộ y tế duy trì mối liên hệ chặt chẽ với bệnh nhân và gia đình người bệnh,

giúp cho người bệnh và gia đình hiểu biết hơn về bệnh tật của mình, để tin tưởng yên tâm điều trị bệnh.

*Mục tiêu của tư vấn:*

- Làm giảm bớt căng thẳng về tâm lý hoặc cảm xúc do hậu quả của những tình trạng lo lắng, rối loạn, sợ hãi, buồn rầu, thất vọng, chán nản. Khi được tư vấn, đối tượng sẽ có được tâm trạng tốt hơn để đương đầu với những thử thách, khó khăn.

- Có thể giúp tìm ra những khó khăn, thử thách mà đối tượng tư vấn đang phải đương đầu. Ví dụ: nhu cầu là gì? Vấn đề là ở chỗ nào? Vấn đề nào thực sự cần giải quyết?

- Giúp cho đối tượng tư vấn lựa chọn những hành động, hiểu được hậu quả của hành động và giúp họ đi đến quyết định đúng đắn.

Trong quá trình chăm sóc sức khỏe, việc cung cấp thông tin là một nhu cầu cần thiết vì thông tin sẽ giúp đối tượng:

- + Nâng cao hiểu biết về sức khỏe.
- + Có nhận thức đúng đắn về tăng cường bảo vệ sức khỏe.
- + Có kiến thức và nhận thức đúng sẽ giúp cho đối tượng điều chỉnh thái độ, hành vi của mình để có trách nhiệm hơn đối với các hoạt động có liên quan đến sức khỏe.

Khi tư vấn sức khỏe cần lưu ý:

- Đủ thời gian: cần có đủ thời gian để làm tốt các nội dung của vấn đề tư vấn, giúp đối tượng tư vấn nhận kết quả xét nghiệm, tạo sự tin tưởng, có quyết định thay đổi hành vi... Có thể phải cần nhiều buổi tư vấn cho một đối tượng.

- Sự chấp nhận: Người tư vấn phải làm thế nào để đối tượng tư vấn cảm thấy được chấp nhận, không bị chê trách, kết án về lối sống, về thói quen không làm mạnh, về quan hệ tình dục, về đạo đức...

- Dễ tiếp cận: Đối tượng tư vấn có thể gặp người tư vấn được dễ dàng vào lúc họ cần, kể cả địa điểm tư vấn.

- Thông tin tư vấn phải chính xác và nhất quán.

- Tin cậy và bí mật: đôi khi vấn đề sức khỏe có nhiều vấn đề tế nhị, nhạy cảm, vì vậy việc giữ bí mật và tạo sự tin cậy là những yếu tố vô cùng quan trọng trong quan hệ giữa người thầy thuốc/ tư vấn và đối tượng được tư vấn.



**Một số yếu tố của việc giao tiếp giữa thầy thuốc và bệnh nhân.**

<b>Yếu tố</b>	<b>Nhiệm vụ</b>
Thiết lập quan hệ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khuyến khích tạo quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân.</li> <li>- Tôn trọng sự tham gia chủ động của bệnh nhân vào việc quyết định.</li> </ul>
Thảo luận cởi mở	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cho phép bệnh nhân biểu lộ ý kiến của mình công khai.</li> <li>- Tập hợp đầy đủ những sự lo ngại của bệnh nhân.</li> <li>- Thiết lập và duy trì quan hệ cá nhân.</li> </ul>
Thu thập thông tin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sử dụng thích hợp các câu hỏi mở và đóng.</li> <li>- Kết cấu, làm rõ và tóm tắt thông tin.</li> <li>- Chủ động lắng nghe bằng cách sử dụng các ngôn ngữ phi lời nói (như ánh mắt, tư thế ngồi, biểu cảm khuôn mặt) và ngôn ngữ (các từ ngữ mang tính khuyến khích).</li> </ul>
Hiểu biết quan điểm của bệnh nhân về bệnh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khai thác một số thông tin chung (như gia đình, văn hóa, giới, tuổi, hoàn cảnh kinh tế xã hội, yếu tố tâm linh).</li> <li>- Khai thác niềm tin, sự lo ngại và mong đợi về sức khỏe bệnh tật.</li> <li>- Ghi nhận và đáp ứng suy nghĩ, cảm xúc và giá trị.</li> </ul>
Chia sẻ thông tin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sử dụng ngôn ngữ phù hợp để bệnh nhân có thể hiểu vấn đề.</li> <li>- Xác định lại sự hiểu biết này.</li> <li>- Khuyến khích bệnh nhân đặt câu hỏi.</li> </ul>
Đạt được thỏa thuận về vấn đề và kế hoạch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khuyến khích bệnh nhân tham gia vào các quyết định CSSK ở mức bệnh nhân mong muốn.</li> <li>- Xác định lại sự mong muốn và khả năng của bệnh nhân trong việc theo dõi kế hoạch thực hiện.</li> <li>- Xác định và ghi nhận các nguồn lực và hỗ trợ.</li> </ul>
Kết thúc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hỏi xem bệnh nhân có các vấn đề và lo ngại khác không.</li> <li>- Tóm tắt và khẳng định sự đồng thuận với kế hoạch hoạt động CSSK.</li> <li>- Theo dõi các cuộc thảo luận (lần khám bệnh sau, kế hoạch cho những kết quả không mong muốn).</li> </ul>

## **BÀI 5: QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRONG Y HỌC GIA ĐÌNH**

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

Sau bài học, Sinh viên phải có khả năng:

- 1. Trình bày khái niệm vòng đời người, vòng đời gia đình.*
- 2. Trình bày các vấn đề về sức khỏe ưu tiên và các chăm sóc quản lý y tế cần quan tâm trong các giai đoạn của vòng đời người.*
- 3. Vận dụng kiến thức về vòng đời người, vòng đời gia đình vào công tác quản lý sức khỏe hộ gia đình.*

### **NỘI DUNG**

#### **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sức khỏe được định nghĩa là một trạng thái thoải mái về thể chất và tinh thần, chứ không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật. Quản lý và chăm sóc sức khỏe là một phần của y học lâm sàng giúp cho bệnh nhân và gia đình họ có được sức khỏe tốt nhất.

Trong thập kỉ qua, người bệnh càng đòi hỏi các thầy thuốc không những chỉ điều trị mà còn phải cung cấp cho họ những thông tin tin cậy và tư vấn cho họ về cách phòng bệnh. Để làm tốt công việc này các thầy thuốc phải hiểu rõ và nắm vững được mỗi giai đoạn phát triển của cuộc đời bệnh nhân, cũng như vòng đời gia đình của họ hiểu được những vấn đề mà họ thường phải đối mặt, những vấn đề khó khăn mà họ gặp phải là như thế nào để từ đó giúp họ vượt qua tất cả những khó khăn đó.

Cuộc đời con người được xác định là từ khi sinh ra đến lúc chết với bất kì nguyên nhân nào. Quan điểm của Phật giáo cũng cho rằng vòng đời người phát triển qua bốn giai đoạn : sinh, lão, bệnh, tử. Tuy nhiên, về mặt sinh học, vòng đời người thường được tính cả thời kì thai nhi trong bụng mẹ và do đó được bắt đầu khi trứng thụ tinh, phôi thai hình thành và phát triển.

Các giai đoạn phát triển trong một vòng đời người có liên quan chặt chẽ với tuổi và lứa tuổi, thể hiện bằng mối liên quan giữa hai quá trình tăng trưởng và hóa già. Đặc trưng sinh học hay nói cách khác là mức độ tăng trưởng và hóa già khác nhau trong từng giai đoạn phát triển, thể hiện ra ngoài

bằng hình dáng, kích thước cũng như tính nết, hành vi trạng thái sức khỏe khác nhau. Chính những đặc trưng đó sẽ quy định những đặc điểm tâm lí, mô hình ốm đau bệnh tật khác nhau trong từng giai đoạn. Ngược lại, mặc dù có sự đa dạng về chủng tộc, văn hóa và tôn giáo, nhưng con người trong cùng một giai đoạn phát triển của đời người lại có những đặc điểm chung nhất về xã hội, tâm lí, bệnh lí và các vấn đề sức khỏe liên quan.

Có nhiều cách phân chia khác nhau về các giai đoạn trong đời sống con người tùy thuộc vào văn hóa, tôn giáo, sự phát triển của khoa học. Các cách phân chia các giai đoạn trong vòng đời người thường liên quan mật thiết với cách phân chia lứa tuổi. Các giai đoạn phát triển chính trong vòng đời người bao gồm :

- Giai đoạn phát triển trong quá trình thai nghén hay giai đoạn trước sinh.
- Giai đoạn trẻ em và trẻ vị thành niên.
- Giai đoạn thanh niên và trung niên.
- Giai đoạn người cao tuổi.

Quá trình phát triển của một con người là quá trình tiếp diễn liên tục, các vấn đề sức khỏe trong mỗi giai đoạn đều có liên quan chặt chẽ đến nhau.

Ngoài việc quan tâm đến vòng đời người thì xác định vòng đời gia đình cung cấp các thông tin để đánh giá nhanh những trở ngại đối với bệnh nhân và gia đình. Vòng đời gia đình xác định những giai đoạn của phát triển gia đình, phản chiếu những chức năng sinh học và nhận thức nhất định.

Hiểu rõ về vòng đời gia đình giúp thầy thuốc càng có nhiều thông tin về gia đình bệnh nhân, càng có điều kiện hỗ trợ cho quá trình chẩn đoán và chăm sóc người bệnh. Bên cạnh đó, việc đánh giá gia đình giúp người thầy thuốc có được bức tranh toàn cảnh bao gồm các đặc điểm về di truyền, tâm lý và thể chất của các thế hệ trong gia đình, xác định được các bệnh lí, vấn đề sức khỏe hay gặp trong từng giai đoạn gia đình, giúp đưa ra những chỉ dẫn và chăm sóc hợp lý, kịp thời.

## **2. GIAI ĐOẠN TRƯỚC SINH**

Giai đoạn trước sinh là giai đoạn nhanh và có nhiều kịch tính nhất của sinh lý phát triển. Bắt đầu bằng một tế bào duy nhất ( trứng đã thụ tinh ), phôi thai lớn lên và biệt hóa trong vòng 40 tuần để trở thành trẻ sơ sinh. Đồng thời

người mẹ phải trải qua những biến đổi của cơ thể làm người mẹ lo lắng, và người bác sĩ phải giúp họ giải quyết những vấn đề đó vì nó có thể là đầu mối cho những vấn đề sức khỏe trong giai đoạn này.

GIAI ĐOẠN TRƯỚC SINH Bảng 1 : Các mốc được lựa chọn của sự sinh trưởng và phát triển trong giai đoạn trước sinh.		
Tuổi thai nhi	Các mốc	Các vấn đề chăm sóc y tế
3 – 4 tuần	Phôi làm tổ	Chảy máu âm đạo nhẹ thường đi kèm với phôi làm tổ
3 – 5 tuần	Mức HCG bắt đầu tăng	Test thai sớm dương tính, nôn và mệt
4 – 12 tuần	Cơ quan chính được tạo thành	Tác động của thuốc, của độc tố lên thai mạnh nhất
16 tuần	Thai nhi dài 17 cm	Người mẹ thấy thai máy lần đầu (khoảng 15 tuần với con dạ và 18 tuần với con so).
22 tuần	Huyết áp mẹ thấp nhất (thay đổi tuần hoàn do thai nghén).	Nguy cơ tiền sản giật về sau
28 tuần	Thai nhi dài 35 cm, nặng 1000g	Người bố thấy thai cử động khi đặt tay lên bụng người mẹ
28 – 40 tuần	Thai và tử cung lớn nhanh	Sự bất khoan và mệt mỏi của người mẹ tăng lên, rất mong chuẩn bị cho bé ra đời

Trong thực hành lâm sàng, giai đoạn trước sinh thường được chia làm 3 giai đoạn tương ứng với 3 thai kỳ, mỗi thai kỳ kéo dài khoảng 3 tháng. Trong mỗi thai kỳ sẽ có những vấn đề sức khỏe ưu tiên cũng như những nguy cơ khác nhau đối với quá trình mang thai mà thầy thuốc cần phải quan tâm khai thác để phát hiện.

Trong quá trình thăm khám trước sinh, người bác sĩ gia đình thực hiện các hoạt động khác nhau liên quan đến sự phát triển của phôi thai. Việc tính tuổi thai được thực hiện dựa trên những mốc phát triển : kích thước tử cung, thời điểm lần đầu nghe tim thai đập, thời điểm lần đầu bà mẹ thấy thai máy. Giám sát sức khỏe thai nhi phần lớn là so sánh tốc độ lớn của tử cung so với thai nghén bình thường.

### **3. GIAI ĐOẠN TRẺ EM**

#### **3.1. Giai đoạn trẻ dưới 5 tuổi.**

- Thời kì nhũ nhi hay trẻ dưới 1 tuổi. Đây là thời kỳ mà trẻ có tốc độ tăng trưởng nhanh đòi hỏi nhu cầu dinh dưỡng cao, chức năng của các bộ phận phát triển nhanh nhưng chưa hoàn thiện, bắt đầu hình thành quá trình phát triển thần kinh cao cấp. Trong thời kỳ này trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, tiêu chảy, suy dinh dưỡng

- Cần đặc biệt quan tâm đến giai đoạn đầu tiên trong vòng 28 ngày đầu sau sinh , còn được gọi là thời kỳ sơ sinh. Trong thời kỳ này, trẻ bắt đầu cuộc sống độc lập bên ngoài cơ thể mẹ, các chức năng bộ phận còn chưa hoàn thiện nhưng biến đổi rất nhanh ngay từ tuần đầu để giúp trẻ thích nghi với môi trường sống. Khoảng hai phần ba những trường hợp tử vong dưới 1 tuổi diễn ra trong tháng đầu tiên của cuộc đời. Các nguyên nhân tử vong chủ yếu hiện nay ở Việt Nam là do trẻ đẻ ra cân nặng thấp dưới 2500g và nhiễm trùng.

- Thời kỳ răng sữa hay tiền học đường tốc độ tăng trưởng của trẻ chậm hơn so với thời kì trước nhưng chức năng của hệ vận động, khả năng phối hợp động tác, trí tuệ và tinh thần phát triển nhanh hơn. Trẻ bắt đầu xuất hiện các bệnh dị ứng, nhiễm trùng, dễ mắc các bệnh lây do tiếp xúc rộng rãi như lao, bạch hầu, bại liệt, sởi...Việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ trong giai đoạn này cần tập trung ưu tiên cho 2 năm đầu vì đây là giai đoạn trẻ cần được chăm sóc tốt nhất đồng thời cũng là giai đoạn trẻ có sự chuyển tiếp về nuôi dưỡng và có ý nghĩa nhất đối với sự phát triển của trẻ trong giai đoạn về sau.

Các vấn đề sức khỏe cần quan tâm của trẻ giai đoạn này là chế độ dinh dưỡng hợp lý, phòng chống suy dinh dưỡng và phòng chống các bệnh nhiễm trùng. Đánh giá sự tăng trưởng về cả thể chất và tinh thần, vận động là một nhiệm vụ quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của trẻ giai đoạn này.

Bác sĩ gia đình cần nắm vững các mốc tăng trưởng và phát triển của trẻ, hướng dẫn, giáo dục cho các bậc cha mẹ có những kiến thức và kỹ năng cần thiết trong nuôi dưỡng và đánh giá sự phát triển của trẻ thông qua biểu đồ tăng trưởng của trẻ. Các chỉ số tăng trưởng cần quan tâm là cân nặng, chiều cao, vòng đầu, vòng cánh tay. Bác sĩ cũng có thể sàng lọc những vấn đề phát triển của trẻ thông qua việc quan sát tác động qua lại của trẻ bằng cách nói chuyện với bố mẹ trẻ.

Tình trạng sức khỏe trong những năm đầu có ảnh hưởng đến sức khỏe lâu dài của mỗi con người. Chăm sóc tốt sức khỏe của trẻ nhỏ dưới 5 tuổi sẽ góp phần đảm bảo cho một thể hệ tương lai mạnh khỏe. Đây là một quá trình toàn diện, liên tục. Quản lý sức khỏe của trẻ cần phải được thực hiện trong bối cảnh của gia đình với sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc với gia đình.

### **3.2. Giai đoạn trẻ học đường**

Đây là giai đoạn trẻ tiếp tục phát triển nhanh về thể chất, bắt đầu tiếp xúc với một môi trường mới đồng thời cũng bắt đầu tiếp nhận kiến thức và hình thành kỹ năng giao tiếp cũng như tính cách của trẻ về sau. Ở Việt Nam giai đoạn học đường có thể kéo dài từ 6 – 18 tuổi bao gồm một phần của lứa tuổi vị thành niên.

Về phương diện phát triển, quá trình phát triển thể chất, sinh lý vẫn tiếp tục diễn ra đều đặn trong những năm đầu, tăng tốc độ trong giai đoạn dậy thì và chậm lại những năm sau. Trong giai đoạn này, với sự phát triển của hệ cơ, xương khớp, vóc dáng của trẻ được định hình, sự phát triển mạnh của tế bào não chấm dứt, trọng lượng bộ não ổn định dần, hệ miễn dịch của cơ thể phát triển mạnh và hoàn thiện đi vào ổn định nên sức đề kháng với môi trường tăng lên đáng kể. Đến cuối giai đoạn học đường, các yếu tố thể chất và sinh lý của cơ thể đã được hoàn thiện, và về phương diện này, trẻ có thể được coi như người lớn.

Về phương diện bệnh tật, môi trường tiếp xúc học đường cũng là cơ hội khiến cho trẻ dễ mắc và lây lan các bệnh truyền nhiễm như cúm, sởi, quai bị,

đau mắt đỏ...Trên thực tế nhiều bệnh tật ở tuổi trưởng thành đều bắt nguồn từ tuổi học đường như suy dinh dưỡng, cận thị, gù vẹo cột sống, bướu cổ, bệnh lý răng miệng, bệnh tim mạch,...Công tác chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn này cần tập trung vào việc phòng chống các bệnh truyền nhiễm gây dịch, các bệnh lý học đường, giáo dục giới tính và đi đôi với việc giúp đỡ, hỗ trợ trẻ hình thành và phát triển nhân cách.

#### **4. Giai đoạn vị thành niên.**

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp của sự phát triển từ tuổi ấu thơ thành người lớn. Theo quy định của tổ chức y tế thế giới, giai đoạn vị thành niên được tính từ 10 – 19 tuổi và ở Việt Nam cũng áp dụng phân loại độ tuổi vị thành niên này.

##### ***4.1. Những biến đổi về thể chất.***

Điểm quan trọng nhất về phát triển thể chất trong giai đoạn này là quá trình dậy thì. Ở bên trong cơ thể, sự gia tăng hoạt động của các tuyến nội tiết trong đó có buồng trứng ở trẻ gái và tinh hoàn ở trẻ trai dẫn đến sự phát triển nhanh về vóc dáng cơ thể và sự xuất hiện của các dấu hiệu sinh dục như vú phát triển, kinh nguyệt, lông cơ thể, thay đổi giọng. Giai đoạn dậy thì chính thức thường xảy ra ở nữ sớm hơn so với nam và được đánh dấu bằng việc hành kinh xuất hiện lần đầu ở trẻ gái và hiện tượng xuất tinh ở trẻ trai. Các hiện tượng này là dấu hiệu cho thấy khả năng có thể thụ thai và sinh con. Các biến đổi về mặt thể chất cũng nhằm chuẩn bị cho việc thực hiện các chức năng này về sau.

##### ***4.2. Những biến đổi về tâm lý xã hội.***

Trẻ vị thành niên thường tự mình nhận thức trước những thay đổi của cơ thể và thường có nhiều câu hỏi về những thay đổi đó. Điều đó song hành với những biến đổi về mặt tâm lý xã hội của trẻ vị thành niên. Những biến đổi về mặt sinh học đôi khi có thể tác động đến tâm lý của trẻ. Trẻ thường có nhu cầu khám phá cơ thể mình và các bạn khác giới, thường hay để ý, băn khoăn về những thay đổi của cơ thể. Lúc này trẻ thường rất quan tâm đến hình ảnh của cơ thể mình, có thể có cảm giác không hài lòng về hình thể của bản thân. Trẻ cũng quan tâm hơn đến các mối quan hệ với gia đình, bạn bè và có thể có nhiều trạng thái căng thẳng với những người xung quanh. Những thay đổi về thể chất và tâm sinh lý của cơ thể trẻ vị thành niên hướng đến sự phát triển

một cá nhân tồn tại một cách độc lập. Tính độc lập khiến cho trẻ vị thành niên thường xem xét giá trị và những lời khuyên của bố mẹ dẫn đến việc dễ dàng nảy sinh xung đột với bố mẹ. Mỗi quan hệ với bạn cùng trang lứa đóng vai trò quan trọng trong độ tuổi vị thành niên. Cần phải tận dụng mối quan hệ bạn bè đồng đẳng trong việc giáo dục và điều chỉnh hành vi của trẻ vị thành niên.

### ***Những vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe trẻ vị thành niên***

- + Vấn đề tình dục trước hôn nhân và mang thai ở độ tuổi vị thành niên.
- + Các bệnh thường gặp ở tuổi vị thành niên, bao gồm các bệnh học đường như cận thị, cong vẹo cột sống, bệnh lý răng miệng, bệnh lý rối loạn dinh dưỡng như thiếu máu dinh dưỡng, rối loạn do thiếu iod, béo phì, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS.

+ Vấn đề tai nạn thương tích.

+ Các tệ nạn xã hội như hút thuốc lá, nghiện rượu, nghiện chích ma túy.

Bên cạnh việc xử lý, giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên, thầy thuốc cần quan tâm đến công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe, tập trung vào giáo dục vệ sinh, dinh dưỡng, phòng chống các bệnh học đường, tai nạn thương tích, thay đổi lối sống. ngoài ra đối với lứa tuổi vị thành niên, thầy thuốc cần quan tâm phối hợp với gia đình và nhà trường trong việc giáo dục kỹ năng sống cho trẻ vị thành niên, tập trung vào các kỹ năng giao tiếp và tự nhận thức, kỹ năng xác định giá trị, kỹ năng kiên định, kỹ năng đưa ra quyết định và kỹ năng đạt mục tiêu.

## **5. GIAI ĐOẠN TRƯỞNG THÀNH.**

Giai đoạn trưởng thành hay còn gọi là giai đoạn thanh niên và trung niên thường được tính từ 19 tuổi trở lên cho đến dưới 60 tuổi. Đây là giai đoạn kéo dài nhất của một vòng đời người. Trong giai đoạn này, cơ thể phát triển và đạt đến mức ổn định về mặt thể chất, tâm sinh lý ở độ tuổi 25, đồng thời với sự xuất hiện của những dấu hiệu của quá trình lão hóa.

### ***5.1. Các mốc phát triển chính trong giai đoạn trưởng thành.***

Giai đoạn trưởng thành được coi như một chuỗi các thời kì phát triển ổn định bao gồm : thời kì trưởng thành sớm (dưới 30 tuổi), ổn định ( 30 – 44 tuổi), trung niên ( 45 – 59 tuổi). Giữa các thời kì này có một giai đoạn chuyển tiếp trong đó mỗi cá nhân thường đánh giá lại cuộc đời mình, khi đó có thể phát sinh những xung đột dẫn đến những sự thay đổi.



Trong thời kì trưởng thành sớm, mỗi cá thể phải cải tiến hoặc kết thúc mối liên hệ với bố mẹ và các tổ chức xung quanh, và bắt đầu khai thác thế giới với tư cách một người trưởng thành. Sự chọn nghề nghiệp, quan hệ yêu đương, quan hệ bạn bè, đánh giá và cách sống là những phần của cùng một quá trình phát triển trong thời kì trưởng thành sớm và có ảnh hưởng đến các giai đoạn phát triển về sau.

Từ thời kì trưởng thành sớm qua thời kì ổn định có một giai đoạn chuyển tiếp. Kết quả của sự tự đánh giá về bản thân có thể dẫn đến việc tiếp tục phát triển những gì đã lựa chọn và hình thành trong thời kì đã qua nhưng cũng có thể dẫn đến những thay đổi trong nghề nghiệp, hôn nhân, mối quan hệ xung quanh. Trong thời kì ổn định sau đó, mỗi người sẽ bắt đầu thiết lập và định hình vị trí cá nhân trong xã hội.

Giai đoạn chuyển tiếp từ thời kì ổn định qua thời kì trung niên là một giai đoạn khủng hoảng, thường xảy ra ở tuổi 33 – 45 đối với nữ và 37 – 45 đối với nam. Trong giai đoạn này mỗi cá nhân phải đối mặt với những hạn chế trong khả năng hoàn thành được những mục tiêu trong đời mình. Khủng hoảng này thường xảy ra do sự tích tụ những dấu hiệu của tuổi già của bản thân trong những giai đoạn phát triển trước đó cũng như những tác động bên ngoài từ những mối quan hệ gia đình và xã hội như việc qua đời của bố mẹ. Đây là thời điểm thường xảy ra sự thay đổi nghề nghiệp, chấm dứt hôn nhân, tâm trạng chán nản.

Giai đoạn trung niên được tiếp tục cho đến khoảng 60 tuổi. Một trong những thay đổi về mặt sinh học quan trọng đối với phụ nữ trong giai đoạn này là hiện tượng mãn kinh đi kèm với những thay đổi của hormone dẫn đến những thay đổi về biểu hiện bên ngoài cũng như các thay đổi về tính tình. Về mặt xã hội, đối với nhiều người đây là giai đoạn đạt được những thành tựu và mang đến sự hài lòng trong nghề nghiệp nhưng cũng có thể là giai đoạn khủng hoảng đối với những người không có khả năng giải quyết vừa ý những xung đột của họ, dẫn đến sự chán nản, từ chức. Với những người có con, người đàn ông thường chú trọng đến những lợi ích gia đình và mối quan hệ cá nhân, còn người phụ nữ quan tâm nhiều hơn đến tình cảm gia đình và sự trưởng thành của con cái.

## ***5.2. Các vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe người trưởng thành.***

Trong những năm gần đây, các mối đe dọa chính đối với sức khỏe người trưởng thành đã có sự chuyển đổi từ các bệnh lây truyền sang các bệnh mạn tính không lây truyền. Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến mô hình bệnh tật và tử vong của người trưởng thành bao gồm lối sống, tình trạng kinh tế xã hội, yếu tố chủng tộc và việc cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trên thế giới, các gánh nặng bệnh tật chủ yếu đối với người trưởng thành trong những thập niên cuối của thế kỉ 20 bao gồm :

- + Bệnh tim mạch : là nguyên nhân bệnh tật hàng đầu và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 ở những người trong độ tuổi 25 – 64.
- + Đái tháo đường.
- + Bệnh gan, trong đó quan trọng nhất là xơ gan.
- + Bệnh phổi mạn tính.
- + Viêm khớp, ung thư.

## **6. GIAI ĐOẠN CAO TUỔI (Có bài riêng)**

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới, người cao tuổi là những người từ 60 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính. Tổ chức Y tế thế giới cũng chia người cao tuổi thành 3 thời kỳ : cao tuổi (60 – 74), người già (75 – 90) và người già sống lâu (trên 90 tuổi).

### **6.1. Đặc điểm về cơ thể người cao tuổi**

Giai đoạn cao tuổi gắn liền với quá trình già hóa một cách hệ thống của cơ quan trong cơ thể. Chức năng của các cơ quan quan trọng trong cơ thể bị suy giảm một cách nghiêm trọng khi về già. Điều này dẫn đến sự gia tăng nguy cơ ốm đau bệnh tật của người cao tuổi. Sự già hóa này không chỉ diễn ra ở các chức năng về sinh lý mà cả các chức năng về trí tuệ. Đặc biệt, trí nhớ của người cao tuổi nói chung kém hẳn, hay nhầm lẫn do đó việc khai thác tiền sử, bệnh sử thường gặp nhiều khó khăn, độ chính xác và mức độ tin cậy của thông tin thường hạn chế.

### **6.2. Sự thay đổi về tâm lý, xã hội ở người cao tuổi.**

Sự thay đổi về sinh lý cộng với những thay đổi về môi trường xã hội thường dẫn đến những thay đổi tâm lý của người cao tuổi.

Năng lực cảm nhận sút giảm do sự suy giảm chức năng thính giác, thị giác, trí nhớ, khả năng phản ứng chậm chạp làm cho người cao tuổi có cảm giác già

nua. Điều này có thể dẫn đến một loạt phản ứng về tâm lý như sự phiền muộn, thờ ơ, cô độc.

Sự thay đổi môi trường xã hội xung quanh sau khi rời cương vị công tác khiến cho người cao tuổi gặp khó khăn trong việc thích nghi, tinh thần luôn trong trạng thái dễ bị kích động dẫn đến những phản ứng tiêu cực như mặc cảm, tự ti, tâm trạng sầu muộn, buồn chán. Mặt khác điều kiện kinh tế thay đổi, sự qua đời của bạn bè, người thân và những mâu thuẫn trong gia đình dễ làm cho người già suy sụp. Tình trạng bị kích động kéo dài có thể ảnh hưởng đến sự lành mạnh về cả thể chất và tinh thần của người cao tuổi. Lòng tự trọng của người cao tuổi thường dễ bị tổn thương do đề cao yếu tố từng trải, quen phân tích đánh giá sự vật hiện tượng dựa trên kinh nghiệm nên dễ nảy sinh mâu thuẫn với lớp trẻ. Khi có mâu thuẫn, cảm thấy lòng tự trọng bị tổn thương, người cao tuổi thường có những phản ứng tâm lý cố chấp, thô bạo hoặc có thể thâm lặng, tiêu cực.

Như vậy, để giữ gìn và bảo vệ sức khỏe về cả thể chất và tinh thần, người cao tuổi cần phải bồi dưỡng tâm lý tích cực, duy trì sự lành mạnh trong suy nghĩ và khắc phục các tâm lý tiêu cực.

### **6.3. Đặc điểm về sức khỏe, bệnh tật của người cao tuổi.**

Về các bệnh lý thường gặp chia làm 3 nhóm chính :

- + Các bệnh chỉ riêng có ở tuổi già, tức chỉ tuổi già mới mắc bệnh và những bệnh nguyên phát trong quá trình già hóa của người bình thường như lú lẫn, đê mê tuổi già, xơ cứng mạch máu não.

- + Các bệnh thường thấy ở người già bao gồm cả những bệnh có thể phát sinh ở người trung niên và người cao tuổi nhưng thường gặp ở tuổi già. Các bệnh này thường liên quan đến sự lão hóa mang tính bệnh lý và sự suy giảm chức năng miễn dịch của cơ thể như đục thủy tinh thể, loãng xương, thoái hóa đốt sống, bệnh khớp mạn tính, xơ gan, u ác tính. Ngoài ra còn có các bệnh lý tim mạch hay gặp như tăng huyết áp, bệnh mạch vành.

- + Các bệnh có thể gặp cả ở người trưởng thành và thanh niên nhưng tỷ lệ mắc bệnh, triệu chứng mắc bệnh ở người cao tuổi khác với người trẻ, ví dụ như viêm phổi người già thường có triệu chứng không điển hình nhưng lại mang tính chất tương đối nặng, các viêm nhiễm ngoài da ở người cao tuổi dễ bị bội nhiễm hơn.

## BÀI 6. CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI

### MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày được đặc điểm cơ thể người cao tuổi.
2. Trình bày được đặc điểm tâm lý người cao tuổi.
3. Trình bày được đặc điểm bệnh lý ở người cao tuổi.
4. Trình bày được đặc điểm điều trị và chăm sóc người cao tuổi.

### 1. Đặc điểm cơ thể người cao tuổi

#### 1.1. Đặc điểm chung của sự lão hóa:

- Quá trình lão hóa xảy ra trong toàn cơ thể với các mức độ khác nhau làm giảm hiệu lực của các cơ chế tự điều chỉnh của cơ thể với các mức độ khác nhau làm giảm hiệu lực của các cơ chế tự điều chỉnh của cơ thể, giảm khả năng thích nghi, bù trừ do đó không đáp ứng được những đòi hỏi của sự sống.

- Nhưng thực trạng của một cơ thể già không phải là sự cộng lại máy móc, giản đơn của tất cả các biến đổi nói trên. Đồng thời, cùng với sự giảm hiệu lực của các chức năng, của mọi quá trình chuyển hóa, xuất hiện những cơ cấu thích nghi mới, đảm bảo tính ổn định nội môi, với một thể cân bằng, nhịp đời mới. Tốc độ lão hóa phụ thuộc vào sự vận động của hai quá trình đó.

- Đặc tính chung nhất của sự lão hóa là tính không đồng thì và đồng tốc, nghĩa là mọi bộ phận trong cơ thể không già cùng một lần và với tốc độ như nhau, có bộ phận già trước, có bộ phận già sau, có bộ phận già nhanh, có bộ phận già chậm.

#### 1.2. Sự hóa già của hệ thần kinh:

- Hệ thần kinh chỉ huy, điều hòa mọi hoạt động của cơ thể. Khối lượng não giảm trọng lượng và giảm khả năng thụ cảm (giảm thị lực, thính lực, khứu giác, vị giác, xúc giác).

- Phản xạ vô điều kiện tiến triển chậm hơn, yếu hơn.

- Hoạt động thần kinh cao cấp có những biến đổi trong các quá trình cơ bản, giảm ức chế rồi giảm hưng phấn. Sự cân bằng giữa hai quá trình đó kém đi, dẫn đến rối loạn, hình thành phản xạ có điều kiện. Thường gặp trạng thái

cường giao cảm, rối loạn giấc ngủ (thường là giấc ngủ không sâu, ban ngày dễ ngủ gà).

- Có sự giảm tốc độ và giảm tính linh hoạt. Dễ có sự đậm nét hóa về tính tình cũ, giảm quan tâm đến những người xung quanh và "thế sự", ít hướng về cái mới mà thường quay về đời sống nội tâm. Trí nhớ và kiến thức chung về nghiệp vụ vẫn khá tốt nhưng thường giảm sức ghi nhớ những việc mới xảy ra, những vấn đề trừu tượng.

### ***1.3. Sự hóa già của hệ tim mạch:***

#### ***1.3.1. Biến đổi ở tim:***

Khối nặng của cơ tim thường giảm. Hệ tuần hoàn nuôi tim giảm hiệu lực, ảnh hưởng đến dinh dưỡng cơ tim. Biến đổi ở tim trái rõ hơn tim phải. Nhịp tim thường chậm hơn lúc còn trẻ, do giảm tính linh hoạt của xoang tim. Khi tuổi tăng cao, đã có suy tim tiềm tàng, giảm dẫn truyền trong tim; cung lượng máu cho các cơ quan (đặc biệt cho tim và não) bị giảm dần.

#### ***1.3.2. Biến đổi ở mạch máu:***

Các động mạch nhỏ ngoại biên có đường kính hẹp lại, làm giảm cung lượng máu đến các mô, làm tăng sức cản, hậu quả là tim phải tăng sức bóp, tiêu hao nhiều năng lượng hơn (tăng 20% so với lúc trẻ). Xơ cứng động mạch rất phổ biến. Tĩnh mạch giảm trương lực và độ đàn hồi, do đó dễ giãn. Tuần hoàn mao mạch giảm hiệu lực do mất một số mao mạch, đồng thời, tính phản ứng của số còn lại cũng giảm.

#### ***1.3.3. Biến đổi về thành phần sinh hóa của máu:***

Khi tuổi đã cao, nhóm beta lipoprotein tăng, đồng thời nhóm alpha giảm. Hoạt tính của men lipaza phân hủy lipoprotein giảm dần. Lượng lipid toàn phần, triglycerit, axit béo không este hóa, cholesterol trong máu đều tăng. Khi ăn mỡ, máu tăng đông, hệ thống fibrin không tăng theo, các tiểu cầu dễ dính nhau. Nếu có tăng huyết áp thì các đặc điểm trên lại càng rõ.

#### ***1.3.4. Biến đổi về huyết áp:***

Huyết áp động mạch có tăng theo nhưng không vượt quá giới hạn (huyết áp tối đa tăng 19 mmHg, tối thiểu tăng 8,6 mmHG so với lúc trẻ). Khi quá 160mmHg/95mmHg thì tăng huyết áp không còn là hiện tượng sinh lý nữa.

### ***1.4. Sự già hóa của thận:***

Thận thường biểu hiện già hóa sớm. Vê giải phẫu thấy mất dần các nephron và teo ống thận.. Về phương diện chức năng, mức lọc cầu thận giảm dần. Ở người 95 tuổi, mức lọc cầu thận chỉ bằng 59,7% so với lúc 20 tuổi. Sức cản của thận qua các mạch máu tăng dần theo tuổi: ở người 95 tuổi, gấp 3 lần so với 20 tuổi. Mặc dù các mặt giảm thiểu nói trên, ở những người nhiều tuổi khỏe mạnh, không có hiện tượng tích lũy các chất đậm cặn bã trong máu, nhờ có đồng thời sự giảm thiểu mức chuyển hóa trong cơ thể già, vì vậy duy trì được tính ổn định nội môi. Nhưng nếu có sự thay đổi đột xuất trong điều kiện sống, giảm thiểu hoạt động của thận dễ biến thành suy thận. Đặc điểm này cần được lưu ý khi dùng thuốc có độc tính cao.

### ***1.5. Sự hóa già của hệ tiêu hóa:***

#### ***1.5.1. Biến đổi ở ống tiêu hóa:***

Chủ yếu là giảm khối lượng, có hiện tượng thu teo, nhưng ở mức độ nhẹ. Suy yếu các cơ thành bụng và các dây chằng dẫn đến trạng thái sa nội tạng. Giảm tiết dịch và hoạt tính các men. Nhu động dạ dày và ruột giảm theo tuổi. Khả năng tiêu hóa hấp thụ ở ruột giảm. Trong điều kiện ăn uống bình thường phù hợp với lứa tuổi, sự giảm thiểu chức năng tiêu hóa có tính kín đáo, tiềm tàng. Nhưng khi phải chịu đựng một gánh nặng quá mức, dễ có rối loạn tiêu hóa ảnh hưởng đến dinh dưỡng.

#### ***1.5.2. Biến đổi ở gan.***

Gan giảm khối lượng, nhu mô gan có những chỗ teo, vỏ mô liên kết dày thêm, mật độ gan chắc thêm, thoái hóa mỡ. Chức năng gan kém dần, nhất là việc chuyển hóa đạm, giải độc, tái tạo.

#### ***1.5.3. Biến đổi ở túi mật và đường dẫn mật:***

Giảm độ đàn hồi của thành túi mật và ống dẫn mật, cơ túi mật đã bắt đầu teo, túi mật giãn. Do xơ hóa cơ vòng Oddi, dễ có rối loạn điều hòa dẫn mật. Vì những biến đổi trên, bệnh ở túi mật và đường mật rất phổ biến ở người cao tuổi.

### ***1.6. Sự già hóa của hệ hô hấp:***

Lồng ngực biến đổi do những yếu tố tác động: sụn sườn vôi hóa, khớp sườn – xương sống co cứng, đốt sống đĩa đệm thoái hóa, cơ lưng dài teo làm hạn chế cử động. Tế bào biểu mô hình trụ phế quản dày và bong ra, tế bào biểu mô tiết dịch loạn dưỡng, chất nhầy giảm lượng và cô đặc. Lớp dưới biểu

mô xơ hóa. Mô xơ quanh phế quản phát triển làm ống phế quản không đều, chỗ hẹp chỗ phình. Hoạt động lông rung giảm. Nhu mô phổi giảm mức đàn hồi, các phế nang bị giãn.

Về phương diện chức năng, dung tích phổi nói chung giảm, kể cả dung tích sống, dung tích bổ sung thở ra, thở vào, tổng dung tích. Nhưng dung tích khí cặn giảm ít hơn là dung tích sống, tỉ lệ dung tích cặn trên dung tích sống tăng, phản ánh sự giảm thiểu của dung tích có ích. Khả năng hấp thụ oxy vào máu động mạch ở người cao tuổi kém hơn ở người trẻ, ảnh hưởng đến cung cấp oxy cho mô, do đó, đến hoạt động của cơ quan và hệ thống. Tình trạng thiếu oxy huyết là đặc điểm quan trọng của cơ thể già.

### ***1.7. Sự lão hóa của hệ nội tiết:***

Hoạt động nội tiết gắn liền với hoạt động thần kinh. Biến đổi tuyến nội tiết trong quá trình lão hóa là biến đổi đồng thì, không đồng tốc. Bắt đầu sớm nhất là thoái tiến triển tuyến ức, sau đó đến tuyến sinh dục rồi đến tuyến giáp, cuối cùng là tuyến yên và thượng thận.

Những biến đổi trong chức năng của tuyến nội tiết làm thay đổi tính chất của các phản ứng thích nghi của cơ thể đối với các stress, thông thường theo hướng cường giao cảm. Khi các stress tái diễn nhiều lần gần nhau, có thể già mau suy kiệt.

## **2. Đặc điểm tâm lý của người cao tuổi.**

### ***2.1. Tâm lý cô đơn:***

Người cao tuổi thường ở nhà một mình do con cháu phải đi làm thường xuyên, chính vì thế họ sẽ cảm thấy cô đơn, bị bỏ rơi. Điều này càng rõ rệt đối với những cụ không sống cùng với con cái hay người bạn đời.

### ***2.2. Tâm lý hoài cổ:***

Những người cao tuổi thường luyến tiếc quá khứ, thích kể lại những chuyện đã qua. Thường đem so sánh những giá trị quá khứ với hiện tại, điều này có thể đúng nhưng nhiều khi cũng không còn phù hợp.

### ***2.3. Tâm lý lo lắng bị quan:***

Những người cao tuổi bị bệnh thường hay có tâm lý bị quan. Điều này càng rõ với những người mắc bệnh nặng và phải nhận sự chăm sóc từ người khác.

### ***2.4. Tâm lý nóng nảy:***

Dễ nóng nảy, dễ cáu gắt hoặc tự ái. Đó là kết quả từ việc cảm thấy tự ti, bất lực khi nhận sự chăm sóc từ người khác. Những suy nghĩ tiêu cực càng làm cho tâm lý nóng nảy tăng cao.

### **2.5. Tâm lý đa nghi:**

Thính lực và thị lực của người cao tuổi thường rất kém nên dễ hiểu sai ý của người khác. Nhưng lại thích suy đoán động cơ, mục đích mà không muốn hỏi rõ. Những điều này làm tăng sự đa nghi, suy nghĩ của người lớn tuổi và tác động kép lên sự lo lắng, nóng nảy.

Như vậy, sự khủng hoảng tâm lý của người cao tuổi đến có thể do tuổi tác và bệnh tật mang lại nhưng cũng một phần còn lại là do môi trường sống xung quanh, sự chăm sóc và quan tâm của gia đình đối với các cụ là chưa phù hợp.

## **3. Đặc điểm bệnh lý của tuổi già.**

### **3.1. Đặc điểm chung:**

Già tạo điều kiện cho bệnh phát sinh và phát triển vì giảm khả năng và hiệu lực các quá trình tự điều chỉnh thích nghi của cơ thể, giảm khả năng hấp thụ và dự trữ các chất dinh dưỡng, đồng thời thường có những rối loạn chuyển hóa, giảm phản ứng của cơ thể, nhất là giảm sức tự vệ đối với các yếu tố gây bệnh như nhiễm trùng, nhiễm độc, các stress.

Người cao tuổi thường mắc nhiều bệnh cùng một lúc. Có bệnh dễ phát hiện, dễ chẩn đoán nhưng nhiều bệnh khác kín đáo hơn, âm thầm hơn, có khi nguy hiểm hơn, cần đề phòng bỏ sót. Vì vậy, khi khám bệnh, phải rất tỉ mỉ, thăm dò toàn diện để có chẩn đoán hoàn chỉnh, xác định bệnh chính, bệnh phụ, bệnh cần giải quyết trước, bệnh cần giải quyết sau. Chỉ cần chẩn đoán đầy đủ thì mới tránh được những sai sót rất phổ biến trong điều trị bệnh ở người cao tuổi.

Các triệu chứng ít khi điển hình, do đó dễ làm sai lạc chẩn đoán và đánh giá tiên lượng. Bệnh ở người cao tuổi bắt đầu không ồ ạt, các dấu hiệu không rõ rệt cả về chủ quan cũng như khách quan, vì vậy phát hiện bệnh có thể chậm. Khi toàn phát, các triệu chứng cũng không rõ rệt như ở người trẻ, do đó chẩn đoán đôi khi khó, nhất là với người yếu sức, nhiều phương pháp thăm dò không thực hiện được. Mặc dù xuất hiện kín đáo, triệu chứng không rầm rộ và tiến triển âm thầm, bệnh ở người cao tuổi mau ảnh hưởng đến toàn



thân, dẫn đến suy kiệt nhanh chóng, bệnh dễ chuyển nặng nếu không điều trị kịp thời. Tiên lượng thường khó khăn.

Khả năng hồi phục bệnh ở người cao tuổi kém. Do đặc điểm cơ thể già đã suy yếu, đồng thời lại mắc nhiều bệnh cùng một lúc (trong đó có nhiều bệnh mạn tính) nên khi đã qua giai đoạn cấp tính, thường hồi phục rất chậm. Vì vậy, điều trị thường lâu ngày hơn và sau đó thường phải có một giai đoạn an dưỡng hoặc điều dưỡng. Song song với điều trị, phải chú ý thích đáng đến việc phục hồi chức năng, phải kiên trì, phù hợp với tâm lí, thể lực người cao tuổi.

### **3.2. Những bệnh thường gặp ở người cao tuổi:**

**Bệnh tim mạch:** Con đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, vữa xơ động mạch; ngoài ra, còn gặp tâm phế mạn, rối loạn nhịp tim và dẫn truyền, suy tim, tắc nghẽn động mạch.

**Bệnh hô hấp:** viêm phế quản mạn, giãn phế nang, ung thư phổi.

**Bệnh tiêu hóa:** ung thư gan, xơ gan, viêm túi mật, viêm loét dạ dày – tá tràng, viêm đại tràng mạn, viêm túi mật, táo bón.

**Bệnh thận và tiết niệu:** viêm thận mạn, viêm bễ thận mạn, sỏi tiết niệu, u (u xơ tuyến ung thư) tuyến tiền liệt, rối loạn nước giải, nhất là đái không kìm được.

**Bệnh nội tiết chuyển hóa:** đái tháo đường (thường có biến chứng thận), suy tuyến giáp, suy sinh dục, tăng cholesterol máu, tăng axit uric máu.

**Bệnh xương và khớp:** loãng xương, thoái khớp, bệnh gout, gãy xương các loại do loãng xương, hội chứng vai – tay, bệnh Paget.

**Bệnh máu và cơ quan tạo huyết:** thiếu máu do thiếu axit folic hoặc vitamin B12, bệnh bạch cầu (mạn và cấp), đau tủy xương, macroglobulin máu, ung thư hạch. **Bệnh tự miễn:** những loại có tự kháng thể kháng globulin, tự kháng thể kháng nhân, tự kháng thể đặc hiệu (kháng hồng cầu, kháng giáp, kháng niêm mạc dạ dày), tự miễn dịch tiềm tàng.

**Bệnh mắt:** phổ biến là đục thủy tinh thể, thoái hóa võng mạc và mạch mạc, xơ cứng tuần tiến các mạch võng mạc.

**Bệnh tai – mũi – họng:** giảm thính lực (kiểu giác quan, thần kinh hoặc chuyển hóa hoặc cơ học), rối loạn tiền đình, ung thư (xoang hàm, xoang sàng, tai, amidan, vòm – mũi – họng).

*Bệnh răng – hàm – mặt:* u lạnh tính, u ác tính khoang miệng, viêm khớp thái dương – hàm.

*Bệnh ngoài da:* ngứa tuổi già, dày sừng tuổi già, u tuyến mồ hôi, rụng tóc, tổn thương tiền ung thư và ung thư hắc tố, ung thư biểu mô, teo niêm mạc sinh dục (nhất là nữ).

*Bệnh tâm thần:* loạn tâm thần trước tuổi già và loạn tâm thần tuổi già.

*Bệnh thần kinh:* rối loạn tuần hoàn máu não gồm các kiểu và các mức độ, u trong sọ, hội chứng ngoài bó tháp (nhất là bệnh Parkinson), hội chứng Steele, run tự phát, rối loạn mạch máu tiểu não, u tiểu não, bệnh tủy sống nguyên nhân mạch máu, viêm đa dây thần kinh, chèn ép dây thần kinh.

#### **4. Đặc điểm điều trị và chăm sóc bệnh tuổi già**

##### **4.1. Nguyên tắc chung:**

Điều trị phải toàn diện, xác định rõ nguyên nhân và có biện pháp hiệu nghiệm và an toàn nhất để điều trị.

Chú ý đến vấn đề nâng đỡ cơ thể, tạo điều kiện thuận lợi để chữa bệnh, nhất là phải nuôi dưỡng tốt, hỗ trợ tinh thần, tư tưởng.

Sử dụng thuốc ở người cao tuổi: người cao tuổi hấp thụ thuốc vào mô tế bào kém hơn về tốc độ cũng như mức độ, chuyển hóa của dược chất không hoàn chỉnh, khả năng chống độc của cơ thể kém, khả năng bài xuất dược cũng giảm; khối nhu mô cơ thể giảm, ảnh hưởng đến hiệu quả của thuốc. Mặt khác, mức nhạy cảm của cơ thể đối với thuốc cũng thay đổi, vì vậy biến chứng cũng nhiều hơn. Do có sự tác động phối hợp của các đặc điểm trên, về phương diện dược động học, phải chú ý đến hai điểm khi dùng thuốc: tác dụng chữa bệnh của thuốc ở người cao tuổi xuất hiện chậm và kết quả kém hơn; tác dụng phụ kém phát triển, kéo dài, khó chấm dứt (kể cả khi ngừng thuốc). Nguyên tắc dùng thuốc ở người cao tuổi: nếu có phương pháp chữa bệnh nào hiệu nghiệm mà không cần đến thuốc thì không nên dùng thuốc. Nếu nhất thiết phải dùng thuốc để chữa thì dùng càng ít loại thuốc một lúc càng tốt. Khi đã chọn được thuốc phải dùng, nên sử dụng liệu pháp nào an toàn và đơn giản nhất. Chọn liều lượng thích hợp, đạt hiệu quả cao nhất, không gây tai biến hoặc gây nhiễm độc, đặc biệt cẩn thận đối với thuốc trợ tim, liệt thần kinh, hạ áp, nội tiết tố, thuốc độc bảng A, B; cần bắt đầu với một liều lượng thăm dò thấp bằng nửa liều người trẻ rồi tăng dần. Nếu phải dùng thuốc có độc tính (chế độ

ăn uống, ngừng thuốc từng thời gian). Dù là thuốc không độc, cũng phải phòng tai biến dị ứng, phòng phản ứng thuốc theo từng thể địa. Khi dùng thuốc trong một thời gian dài, phải theo dõi, kiểm tra, ghi chép, sơ kết, tổng kết từng đợt.

#### **4.2. *Phẫu thuật đối với người cao tuổi:***

Với mổ cấp cứu, phải cân nhắc giữa nguy hiểm do không mổ và nguy hiểm do mổ. Với mổ phiên, do có thời gian hơn nên phải chuẩn bị kỹ hơn, đặc biệt chú ý đến bốn việc sau: kiểm tra toàn diện, từ đó đánh giá tình hình sức khỏe bệnh tật; làm công tác tư tưởng với bệnh nhân làm cho họ yên tâm, tin tưởng và hợp tác với chuyên môn; nâng cao thể lực, sức khỏe người bệnh để họ có thể chịu đựng được phẫu thuật, nhất là những trường hợp mổ lớn; chuẩn bị tiền mê tốt trước khi phẫu thuật. Trong kiểm tra toàn diện trước khi mổ, phải hết sức coi trọng tiền sử người bệnh (nhất là những phẫu thuật, những lần cấp cứu trước), phải chẩn đoán rất tỉ mỉ, gồm bệnh chính, bệnh phụ, tình trạng sức khỏe chung. Đối với vấn đề gây mê cần lưu ý là so với cơ thể trẻ, mức dự trữ của các hoạt động chức năng, cơ cấu thích nghi ở người cao tuổi kém hơn, đặc biệt là khả năng tự điều chỉnh. Mặt khác, hệ tim mạch đã suy yếu, kém chịu đựng một khối lượng dung dịch truyền vào theo đường tĩnh mạch. Thiếu máu cơ tim gây bất lực trong hôn mê, giảm oxy và mất máu. Người cao tuổi ít nhiều có suy hô hấp nên dễ có biến chứng khi gây mê.

#### **4.3. *Phục hồi chức năng ở người cao tuổi***

- Bảo đảm hoạt động thể lực, tâm lý, tư duy, quan hệ gia đình xã hội, khả năng lao động, hoạt động nghề nghiệp,... của người bệnh.

- Phục hồi chức năng cũng có cơ sở để lập lại thăng bằng cần thiết và càng sớm càng tốt. Tiền hành điều trị phục hồi một cách tự giác, có khoa học như vậy mới có kết quả lâu dài được. Trước khi tiến hành điều trị phục hồi, phải chuẩn bị thật đầy đủ, tư tưởng người bệnh đến kế hoạch thực hiện, phương tiện cần thiết. Kết hợp tự rèn luyện với hỗ trợ chuyên môn. Từng thời kỳ có kế hoạch kiểm tra, điều chỉnh, đề phòng tai nạn. Những hình thức thực hiện phải rất linh hoạt, phù hợp với từng hoàn cảnh, điều kiện từng nơi từng lúc. Có thể điều trị phục hồi tại bệnh viện (ở khoa phục hồi chức năng chung hoặc từng chuyên khoa riêng); điều trị cho bệnh nhân ngoại trú tại cơ sở an dưỡng, điều dưỡng, các trại dưỡng lão, các câu lạc bộ của người cao tuổi; có

thể tự rèn luyện tại nhà, rồi từng thời kỳ đến một cơ sở chuyên khoa kiểm tra lại.

#### **4.4. Vệ sinh phòng bệnh ở người cao tuổi:**

- Vệ sinh tuổi già nhằm mục đích tạo cho người cao tuổi một sinh hoạt phù hợp với đặc điểm sinh lí của cơ thể mình, hi vọng làm chậm lại quá trình lão hóa, để tránh mắc một số bệnh; mặt khác, làm cho người cao tuổi có một sức khỏe tương đối để tự phục vụ trong cuộc sống.

- Cần đặc biệt chú ý đến ăn uống hợp lí, dùng thức ăn dễ tiêu, giàu vitamin, chia khẩu phần ăn thành nhiều bữa, uống đủ nước theo yêu cầu, không hạn chế. - Cần bảo đảm giấc ngủ; nếu một số biện pháp như đi tắm, đi bách bộ, thể dục nhẹ nhàng, vv... không đem lại hiệu quả thì dùng thuốc ngủ.

- Chú ý luyện tập thân thể, tốt nhất là đi bộ với tốc độ vừa phải, tập thể dục, thể thao, đặc biệt là tập thở. Sự vận động thường xuyên với cường độ nhẹ.

- Vệ sinh tâm thần không thể thiếu: cần rèn luyện để luôn có một trạng thái tinh thần thư thái, điềm tĩnh trước cuộc sống.

- Chống táo bón, năng tắm giặt, tránh các chất kích thích như chè đặc, cà phê, rượu, thuốc lá.

- Phòng bệnh tuổi già: cần có những biện pháp riêng cho từng loại bệnh. Thận trọng trong khi đi lại, vì khi ngã, rất dễ gãy xương do xương quá xốp. Đặc biệt thận trọng khi dùng thuốc nhất là về liều lượng và dùng nhiều thuốc cùng một lúc, thuốc có độc tính cao.

- Việc tổ chức chăm sóc người cao tuổi, cần có sự quan tâm của toàn xã hội. Nhà nước có tổ chức những nhà dưỡng lão, có phòng khám bệnh định kì, tạo mọi điều kiện để người cao tuổi có thể tham gia đóng góp cho xã hội, thành lập các hội, các câu lạc bộ người cao tuổi, người nghỉ hưu.

- Bổ sung một số thuốc chủ yếu là các chất chống oxy hóa, các yếu tố vi lượng, các vitamin, sâm và nhung.

#### **4.5. Chăm sóc người cao tuổi theo tâm lý.**

- Tạo điều kiện nâng cao sức khỏe thể chất lẫn tinh thần cho người cao tuổi bằng cách tạo điều kiện cho người cao tuổi tham gia các hoạt động, sự

kiện văn hóa và thể dục thể thao ở địa phương nhằm giảm bớt cảm giác cô đơn.

- Sự thường xuyên thăm hỏi, chăm sóc của các con cháu là liều thuốc tuyệt nhất dành cho người cao tuổi. Dành thời gian nói chuyện, đưa đi lễ, về quê, đi chơi...sẽ giúp các cụ cảm thấy vui vẻ, yêu đời hơn.

- Người chăm sóc phải chịu khó lắng nghe, tham gia câu chuyện chứ không được chê bai, bình phẩm hay tranh luận với người cao tuổi.

- Trong quá trình [chăm sóc người bệnh](#) không nhắc nhiều hay bày tỏ sự bi quan về tình trạng bệnh trước mặt họ hay các vấn đề về hậu sự hay tài sản.

- Thường xuyên thể hiện sự quan tâm, chăm sóc bằng các hành động như xoa bóp, massage những chỗ đau, cung cấp chế độ dinh dưỡng hợp lý.

- Nói ít, nghe nhiều khi tiếp xúc với người cao tuổi.

- Nên tạo điều kiện cho người cao tuổi tham gia các hoạt động cộng đồng.

- Thường xuyên tiến hành các kỳ kiểm tra sức khỏe để nhanh chóng phát hiện bệnh tật và cách chữa trị sớm nhất nếu đã mắc bệnh.

## BÀI 7. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CUỐI ĐỜI

### MỤC TIÊU BÀI HỌC

1. Trình bày được định nghĩa và nguyên tắc chăm sóc giảm nhẹ.
2. Giải thích được 05 giai đoạn diễn biến tâm lý của bệnh nhân giai đoạn cuối.
3. Nêu được 06 dấu hiệu bệnh nhân sắp tử vong.
4. Thực hiện được chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối và khi tử vong.
5. Cảm thông và hỗ trợ bệnh nhân, gia đình bệnh nhân trong các diễn biến của giai đoạn cuối.

### 1. Chăm sóc giảm nhẹ là gì?

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO): “Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN)...cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa tính mạng, thông qua **sự ngăn ngừa và làm giảm gánh nặng họ chịu đựng** bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau và các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội và tinh thần”

Theo Bộ Y tế Việt Nam (2006): “Chăm sóc giảm nhẹ đối với người mắc bệnh ung thư và người bệnh AIDS là phối hợp các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và xử trí các triệu chứng thực thể, tư vấn và hỗ trợ giải quyết các vấn đề tâm lý – xã hội mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng”

Cả hai định nghĩa đều nhấn mạnh về:

- Đáp ứng và làm giảm tất cả các loại đau khổ: thực thể, tâm lý, xã hội, tinh thần.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Hướng đến cả người bệnh và gia đình người bệnh.
- Áp dụng sớm từ lúc chẩn đoán và xuyên suốt quá trình bị bệnh, bổ sung cùng với các biện pháp điều trị đặc hiệu; có thể mang lợi ích đến quá trình điều trị.

Trọng tâm của mô hình chăm sóc này là những tiếp cận theo đội liên ngành, thường bao gồm xử lý các cơn đau và triệu chứng, chăm sóc tinh thần

và tâm lý cho bệnh nhân, và hỗ trợ người nhà chăm sóc bệnh nhân giai đoạn điều trị và lúc mất.

Nguyên tắc cơ bản để đảm bảo chất lượng chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời là tập trung vào bốn phạm vi chính: (1) các triệu chứng lâm sàng; (2) các triệu chứng tâm lý; (3) các nhu cầu xã hội bao gồm mối quan hệ giữa các cá nhân, chăm sóc, và mối quan tâm kinh tế; và (4) các nhu cầu nội tại hay tinh thần.

## 2. Tại sao cần thiết phát triển CSGN?

- Nhiệm vụ cơ bản nhất của y học (điều trị bệnh và duy trì sự sống) là làm giảm sự chịu đựng của con người.

- Y học hiện đại ngày nay tập trung ngày càng nhiều vào bệnh tật, các cơ quan, phân tử, đôi khi quên sự đau khổ con người đang phải chịu đựng và cái chết, thân nhân họ cũng phải chịu đau khổ.

- CSGN khắc phục cho y học hiện đại đang cố gắng đạt được những thành tựu nhưng đôi khi bỏ qua sự đau khổ của con người.

- Đại hội y tế thế giới 2014: Nghị quyết về chăm sóc giảm nhẹ

- **“CSGN là một nhiệm vụ đạo đức của hệ thống y tế**, và là nghĩa vụ đạo đức của các chuyên gia y tế trong việc làm giảm bớt, xoa dịu nỗi đau và sự chịu đựng về thể chất, tâm lý xã hội hoặc tinh thần, bất chấp tình trạng bệnh lý có thể chữa khỏi hay không ...

- Chăm sóc cuối đời cho từng cá nhân là một trong những thành phần quan trọng của CSGN.”

## 3. Những nguyên tắc CSGN

*a. Những đối tượng nên được đánh giá chăm sóc giảm nhẹ:*

Tất cả bệnh nhân có:

- Bệnh ung thư
- Bệnh đe dọa tính mạng: suy tim sung huyết, bệnh phổi, bệnh gan, bệnh thận mạn, bệnh hệ thần kinh, AIDS, lao kháng thuốc.
- Đau mạn tính, những triệu chứng đau buồn khác, đau khổ về tâm lý – xã hội hoặc tinh thần bất kể giai đoạn nào của bệnh.
- Tiên lượng sống ngắn hơn 6 tháng

*b. Khi nào cần cung cấp chăm sóc giảm nhẹ:*

- Bất cứ khi nào đánh giá người bệnh có vấn đề cần CSGN

- Xuyên suốt quá trình bệnh:

- + Bổ sung cùng với các biện pháp điều trị bệnh đặc hiệu.

- + Khi cần xác định mục tiêu điều trị, lợi ích và nguy cơ của điều trị đặc hiệu hoặc kéo dài thời gian sống: hoá trị ung thư, phẫu thuật hoặc những thủ thuật xâm lấn, hồi sinh tim phổi, thở máy, lọc máu, truyền dịch, dinh dưỡng nhân tạo...

Đặc biệt khi liệu pháp điều trị đặc hiệu không còn hiệu quả, không khả thi hoặc không còn phù hợp.

- Sau khi bệnh nhân qua đời: động viên, hỗ trợ gia quyến.

### *c. Nội dung chăm sóc giảm nhẹ*

- Giảm đau và giảm các triệu chứng gây khó chịu:

- + Đánh giá cẩn thận liên tục, bao gồm cả những chẩn đoán phân biệt

- + Điều trị tích cực.

- Hỗ trợ về tâm lý - xã hội, tinh thần cho bệnh nhân và gia đình:

- + Tìm hiểu các giá trị, niềm hi vọng và nỗi sợ của bệnh nhân.

- + Giúp bệnh nhân và gia đình hiểu được chẩn đoán, tiên lượng bệnh một cách thích hợp.

- + Hỗ trợ tinh thần để giúp bệnh nhân và gia đình đối mặt với bệnh tật.

- + Giúp bệnh nhân hấp hối chuẩn bị trước cái chết nếu thích hợp.

- + Hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân nghèo.

- Tiên đoán và lập kế hoạch giải quyết những triệu chứng tiềm tàng và những vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra trong tương lai.

- Bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp y tế không thích hợp hoặc không mong muốn như những điều trị duy trì sự sống một cách quá mức.

- Điều trị duy trì sự sống như thở máy, hỗ trợ thông khí không xâm nhập và lọc máu đang trở nên phổ biến hơn ở Việt Nam. Những điều trị này có thể bảo tồn sự sống nhưng cũng gây đau và khó chịu. Khi những biện pháp điều trị này phổ biến hơn, trước khi quyết định phải cân nhắc nhiều hơn về mối tương quan giữa lợi ích và gánh nặng của những biện pháp điều trị duy trì sự sống đặc biệt cho từng bệnh nhân.

- CSGN xem sự sống và cái chết như một tiến trình tự nhiên. Nó không bao giờ đẩy nhanh đến cái chết, nhưng cũng không cố kéo dài sự hấp hối một cách quá mức.



#### 4. Vai trò của người thầy thuốc trong CSGN.

##### 4.1. Thông báo tin xấu

Việc thông báo tin xấu đến bệnh nhân là việc làm khó khăn. Sự chuẩn bị các bước để tiếp cận bệnh nhân là rất quan trọng.

Phương pháp P-SPKES

Từ viết tắt	Các bước	Mục đích tương tác	Chuẩn bị, câu hỏi, hoặc cách diễn đạt
P (Preparation)	Chuẩn bị	Chuẩn bị tinh thần để tiếp xúc với bệnh nhân và/hoặc người nhà bệnh nhân	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xem lại các thông tin cần nói</li> <li>- Lên kế hoạch bạn sẽ hỗ trợ tinh thần như thế nào.</li> <li>- Luyện tập các bước then chốt và các câu khi tương tác</li> </ul>
S (Setting of the interaction)	Thiết lập không gian để tương tác	Đảm bảo một không gian phù hợp cho một cuộc thảo luận nghiêm trọng và khá nhạy cảm	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đảm bảo có đầy đủ cả bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, và những hỗ trợ xã hội thích hợp</li> <li>- Dành đủ thời gian để thực hiện.</li> <li>- Đảm bảo sự riêng tư và tránh bị làm phiền bởi người khác</li> <li>- Nhớ mang theo một hộp khăn giấy.</li> </ul>
P (Patient's perception and preparation)	Nhận thức và sự chuẩn bị của bệnh nhân	- Bắt đầu cuộc thảo luận bằng cách thiết lập ranh giới và liệu bệnh nhân và gia đình có thể nắm bắt thông tin hay không.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bắt đầu bằng các câu hỏi mở để khuyến khích mọi người tham gia.</li> <li>- Các câu có thể dùng như: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Bạn hiểu gì về bệnh tình của bạn?</i></li> <li>+ <i>Khi bạn cảm thấy triệu chứng X lần đầu, thì bạn nghĩ</i></li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm bớt sự căng thẳng bằng cách để bệnh nhân và gia đình đóng góp ý kiến.</li> </ul>	<p><i>nó sẽ là bệnh gì?</i></p> <p><i>+ Bác sĩ X đã nói gì với bạn khi ông ấy gửi bạn đến đây?</i></p> <p><i>+ Bạn nghĩ điều gì sẽ xảy ra?</i></p>
K (Knowledge of the condition)	Các kiến thức về tình trạng bệnh	Cung cấp tin xấu hoặc những thông tin khác tới bệnh nhân và/hoặc gia đình một cách tế nhị	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đừng đổ ập các thông tin lên bệnh nhân và gia đình.</li> <li>- Kiểm tra hiểu biết của bệnh nhân và gia đình.</li> <li>- Các câu có thể dùng: <i>+ Tôi cảm thấy rất tiếc khi phải nói với bạn điều này, nhưng...</i> <i>+ Thật không may, các thử nghiệm cho thấy...</i> <i>+ Tôi e là tin tức không được tốt...</i></li> </ul>
E (Empathy and exploration)	Đồng cảm và thăm dò ý kiến	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định nguyên nhân của các cảm xúc ví dụ như tiên lượng xấu</li> <li>- Đồng cảm với cảm xúc của bệnh nhân và/hoặc gia đình</li> <li>- Tìm hiểu bằng cách đặt những câu hỏi mở</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cảm xúc mạnh mẽ khi phản ứng với tin xấu là điều bình thường.</li> <li>- Thấu hiểu bệnh nhân và gia đình đang cảm thấy như thế nào.</li> <li>- Nhắc nhở họ những cảm xúc đó là điều hoàn toàn bình thường, ngay cả khi đó là sợ hãi.</li> <li>- Cho họ thời gian để trả lời.</li> <li>- Nhắc nhở bệnh nhân và gia đình là bạn sẽ không bỏ rơi họ.</li> <li>- Các câu có thể sử dụng: <i>+Tôi có thể tưởng tượng điều</i></li> </ul>

			<p><i>này rất khó nghe đối với bạn</i></p> <p>+ <i>Nói tôi biết bạn đang cảm thấy thế nào</i></p> <p>+ <i>Tôi ước gì cái tin đây sẽ khác</i></p> <p><i>Chúng tôi sẽ làm mọi thứ có thể để giúp bạn</i></p>
S (Summary and planning)	Tổng kết và lập kế hoạch	Phác họa cho bệnh nhân và gia đình các bước tiếp theo, bao gồm cả các xét nghiệm và biện pháp can thiệp bổ sung	<p>- Điều này vẫn chưa biết và không chắc chắn có thể làm tăng sự lo lắng.</p> <p>- Đề nghị một kế hoạch với mục tiêu và điểm mốc. Đưa ra các lý do của bạn để bệnh nhân và/hoặc gia đình chấp nhận (hoặc từ chối)</p> <p>- Nếu bệnh nhân và/hoặc gia đình chưa sẵn sàng để thảo luận các bước tiếp theo, sắp xếp một chuyến thăm tiếp theo.</p>

#### **4.2. Vai trò người thầy thuốc trong chăm sóc bệnh nhân cuối đời**

- Là một phần của nhóm làm việc bao gồm bác sỹ, nhân viên chăm sóc sức khỏe khác và bệnh nhân/gia đình
- Hiểu rõ về quá trình tiến triển của bệnh ở bệnh nhân mắc phải các bệnh ung thư, bệnh mạn tính hoặc các bệnh đe dọa tính mạng.
- Có hiểu biết tốt về các vấn đề thực thể, tâm lý, tâm linh và xã hội của bệnh nhân và gia đình khi phải đối mặt với các bệnh đe dọa tính mạng.
- Có khả năng xây dựng kế hoạch chăm sóc thầy thuốc hiệu quả và năng động với sự hỗ trợ của bác sỹ nhằm đảm bảo cho các kết quả lâm sàng tốt ở bệnh nhân.

- Giao tiếp tốt với bệnh nhân và gia đình để đảm bảo rằng họ hiểu rõ về bệnh của mình và biết cách tiếp cận dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ ngay tại bệnh viện và cả cộng đồng.

- Đảm bảo việc đánh giá các nhu cầu của bệnh nhân và gia đình đồng thời các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của họ

- Cung cấp hoặc tạo điều kiện cho chăm sóc thầy thuốc tốt nhất tại tất cả các cơ sở bao gồm điều trị tại bệnh viện và tại cộng đồng.

## **5. Chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối**

Chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối cũng rất quan trọng, giai đoạn này người bệnh và thân nhân phải trải qua nhiều diễn biến tâm thể phức tạp, đau đớn cả về thể xác lẫn tinh thần. Các biện pháp chăm sóc giảm nhẹ được áp dụng khi các biện pháp can thiệp về y học không còn hữu hiệu để giúp người bệnh tránh khỏi cái chết. Mục đích để giúp cho người bệnh chết một cách tự nhiên, thanh thản, giảm thiểu tối đa sự đau đớn. Vì vậy, người thầy thuốc cần tạo sự thoải mái cho người bệnh tới mức có thể, thường xuyên có mặt bên cạnh người bệnh để an ủi và giúp đỡ người bệnh và thân nhân họ ngay cả khi người bệnh tử vong.

### **5.1. Diễn biến tâm lý của người bệnh giai đoạn cuối:**

#### **5.1.1 Từ chối:**

Giai đoạn này bệnh nhân không chấp nhận cái chết, đây là phản ứng đầu tiên của bệnh nhân.

#### **5.1.2 Tức giận:**

Bệnh nhân có thể biểu lộ sự giận dữ với nhân viên y tế hoặc người nhà vì một lý do bất kỳ. Họ phải đối mặt với sự mất mát mà họ có thể thấy trước, do đó đây cũng là một phản ứng bình thường.

#### **5.1.3 Mặc cả:**

Giai đoạn này người bệnh mong muốn và có thể tìm những phương pháp chữa trị ngoài y học mà họ hi vọng có được kết quả khác như gọi thầy cúng, cha đạo.

#### **5.1.4 Buồn rầu:**

Bệnh nhân nhận biết được thời gian sống của họ không còn nhiều nữa, họ bắt đầu kể về những tâm tư, tình cảm từ đáy lòng và mong muốn được người thầy thuốc và thân nhân lắng nghe những cảm nghĩ của mình.

### 5.1.5. Chấp nhận:

Đây là giai đoạn tuyệt vọng, bệnh nhân đã đi đến sự chấp nhận cái chết, lúc này giao tiếp với bệnh nhân thường khó khăn, một số bệnh nhân trở nên trầm lặng hoặc nói nhiều. Khi người bệnh hấp hối họ cần gặp người thân trong gia đình để nói lên nguyện vọng của mình trước khi chết như những lời trăng chối, di chúc, bố trí tang lễ...

### 5.2. Các triệu chứng thể chất và tâm lý phổ biến của bệnh nhân giai đoạn cuối

Tần số các triệu chứng cũng khác nhau tùy theo bệnh và các nhân tố khác. Các triệu chứng vật lý và tâm lý phổ biến nhất trong tất cả các bệnh nhân bị bệnh giai đoạn cuối bao gồm: đau, mệt mỏi, mất ngủ, chán ăn, khó thở, trầm cảm, lo âu, buồn nôn và nôn. Trong những ngày cuối cùng của cuộc đời, triệu chứng mê sảng giai đoạn cuối cũng phổ biến.

Triệu chứng thể chất	Triệu chứng tâm lý
Đau	
Mệt mỏi và yếu	
Khó thở mất ngủ	
Khô miệng	Lo lắng
Chán ăn	Trầm cảm
Buồn nôn và nôn	Tuyệt vọng
Táo bón	Cảm thấy vô nghĩa
Ho	Khó chịu
Sưng tay chân	Kém tập trung
Ngứa	Lú lẫn
Tiêu chảy	Mê sảng
Khó nuốt	Giảm ham muốn tình dục
Chóng mặt	
Mất kiểm soát đại tiểu tiện	
Tê/ngứa ở tay/chân	

### 5.3. Tình trạng bệnh nhân trong những ngày và giờ cuối đời.

Mỗi thay đổi trong giai đoạn cuối đều có thể làm cho bệnh nhân và gia đình đau buồn. Cần thông báo cho gia đình bệnh nhân rằng những thay đổi này có thể xảy ra và cung cấp thông tin có thể giúp ích ngăn chặn trước các vấn đề và giảm thiểu đau buồn. Một số tình trạng bệnh của bệnh nhân dẫn đến một số biểu hiện và dẫn đến một số phản ứng cũng như mối quan tâm của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

<b>Thay đổi tình trạng bệnh nhân</b>	<b>Biểu hiện có thể xảy ra</b>	<b>Phản ứng có thể xảy ra và mối quan tâm của gia đình</b>	<b>Lời khuyên và biện pháp can thiệp</b>
Mệt mỏi sâu	Nằm liệt giường các vết loét dễ bị nhiễm trùng, hôi miệng, và đau, đau khớp	Bệnh nhân lười và từ bỏ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trấn an gia đình và người chăm sóc rằng mệt mỏi giai đoạn cuối sẽ không đáp ứng được với các can thiệp và không nên chống lại.</li> <li>- Sử dụng đệm khí nếu cần thiết.</li> </ul>
Biếng ăn	Không có	Bệnh nhân từ bỏ; bệnh nhân sẽ không chịu nổi cơn đói và sẽ chết vì đói	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trấn an gia đình là bệnh nhân không ăn được do họ đang hấp hối; không ăn được cuối đời không làm họ khổ sở hoặc chết.</li> <li>- Cho ăn cũng không làm giảm triệu chứng hoặc kéo dài sự sống</li> </ul>
Mất nước	Khô màng niêm mạc	Bệnh nhân sẽ bị khát và chết vì mất nước	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trấn an gia đình và người chăm sóc là mất nước ở giai đoạn cuối đời không làm bệnh nhân khổ vì họ mất ý thức trước bất kỳ triệu chứng nào</li> <li>- Truyền nước tĩnh mạch có thể</li> </ul>

			làm trầm trọng thêm triệu chứng khó thở.
Khó nuốt	Không thể nuốt thuốc cần thiết để chăm sóc giảm nhẹ		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dùng ép uống thuốc.</li> <li>- Ngừng các thuốc không cần thiết đang sử dụng</li> <li>- Nếu nuốt thuốc khó khăn, chuyển các thuốc cần thiết sang giải pháp miệng, má, dưới lưỡi, hoặc qua trực tràng.</li> </ul>
“Tiếng nấc hấp hối” – thở ra tiếng		Bệnh nhân bị nghẹt thở và khó thở.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trấn an gia đình và người chăm sóc rằng điều này là do dịch tiết ở vùng họng và bệnh nhân không bị nghẹt thở.</li> <li>- Dùng scopolamine (tiêm dưới da)</li> <li>- Đổi tư thế cho bệnh nhân</li> <li>- Không hút dịch. Hút dịch có thể gây khó chịu cho bệnh nhân</li> </ul>
Thở kiểu Cheyne-Stokes, khó thở		Bệnh nhân khó thở	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trấn an gia đình và người chăm sóc rằng bệnh nhân mất ý thức sẽ không cảm thấy khó thở hay thiếu không khí</li> <li>- Giai đoạn khó thở thường là một thay đổi trước khi phát bệnh</li> <li>- Thuốc giảm đau hoặc chống lo âu có thể có ích cho chứng khó thở.</li> <li>- Oxi có thể kéo dài thời kỳ hấp hối.</li> </ul>
Đại tiểu tiện không tự chủ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loét da</li> <li>- Lây nhiễm cho người chăm sóc</li> </ul>	Bệnh nhân có mùi, và khó chịu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áp dụng biện pháp phòng ngừa trong chăm sóc.</li> <li>- Thường xuyên thay chăn ga.</li> <li>- Sử dụng bím, ống thông nước tiểu.</li> </ul>
Kích	Rối loạn	Bệnh nhân bị	- Trấn an gia đình và người chăm

động hoặc mê sảng	ngày đêm. Tự làm đau bản thân hoặc người chăm sóc	đau kinh khủng và sẽ chết một cách đau đớn khủng khiếp	sốc rằng kích động và mê sảng không nhất thiết bao gồm cả nổi đau thể xác. - Đánh giá nguyên nhân mê sảng và điều chỉnh thuốc tùy mục tiêu điều trị. - Kiểm soát bằng thuốc haloperidol, chlorpromazine và midazolam.
Khô màng nhầy	Nứt môi, lở miệng, có thể gây đau. Bốc mùi.	Bệnh nhân có thể có mùi, khó chịu thể chất	- Sử dụng nước súc miệng baking soda sau mỗi 15-30 phút - Dùng thuốc nystatin bôi để trị nấm. - Bao phủ môi và niêm mạc mũi, mắt sau mỗi 30 - 90 phút

## 6. Nội dung chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối.

### 6.1. Đối với bệnh nhân:

- Tối ưu nhất là chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, hoặc tùy điều kiện có thể sắp xếp người bệnh nằm tại phòng có ít bệnh nhân hơn, tránh gây ồn ào, tiện cho việc chăm sóc, hạn chế tối đa ảnh hưởng tới những bệnh nhân khác.

- Duy trì những chăm sóc cơ bản như tắm, gội, vệ sinh răng miệng, vệ sinh đại tiểu tiện, thay ga, quần áo,... cho bệnh nhân. Người thầy thuốc cần phải giữ cho cơ thể bệnh nhân và giường bệnh được sạch sẽ.

- Nếu bệnh nhân tỉnh thì đặt bệnh nhân ở tư thế họ cảm thấy thoải mái nhất hoặc bệnh nhân thường thích tư thế nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới khoeo chân.

- Phòng của bệnh nhân đảm bảo sạch sẽ, thoáng khí, đủ ánh sáng, tránh để phòng tối làm cho bệnh nhân sợ hãi.

- Bệnh nhân cần thiết ăn lỏng, mềm, số lượng ít, ăn làm nhiều bữa trong ngày, nếu bệnh nhân không ăn được cho bệnh nhân ăn bằng ống thông dạ dày hoặc truyền dịch tĩnh mạch.



- Đối với những bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo, thầy thuốc thường xuyên ở bệnh cạnh an ủi, lắng nghe những cảm nghĩ của bệnh nhân. Không nói những điều liên quan đến bệnh tật của bệnh nhân để bệnh nhân nghe thấy.

- Cảm thông và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của bệnh nhân, tôn trọng về tôn giáo và những yêu cầu tại thời điểm bệnh nhân chết (nếu có thể được).

- Sử dụng phối hợp các biện pháp có thể để làm giảm đau đớn cho người bệnh.

- Dùng thuốc giảm đau cho người bệnh đảm bảo đúng giờ, đúng liều.

- Đưa thuốc bằng đường đơn giản nhất (như dùng miếng dán Fentanyl).

- Các thao tác chăm sóc phải nhẹ nhàng tránh gây thêm đau đớn..

- Tiến hành xoa bóp ở các vị trí thích hợp, chườm nóng,...

## **6.2. Đối với thân nhân.**

Trong điều kiện cho phép, nên tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của thân nhân hoặc người đến thăm.

- Khi có người nhà bệnh nhân, thầy thuốc vẫn phải duy trì các công việc chăm sóc, tránh để người nhà nghĩ rằng thầy thuốc thờ ơ với bệnh nhân.

- Trong khi chăm sóc bệnh nhân có những việc thầy thuốc phải yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài, khi đó cần thông báo và giải thích cho thân nhân.

- Gia đình bệnh nhân có thể hỏi rất nhiều điều về người bệnh và thầy thuốc có thể trả lời những vấn đề trong phạm vi được phép.

- Khi tiếp cận với gia đình bệnh nhân, thầy thuốc cần nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ.

## **6.3. Dấu hiệu bệnh nhân sắp tử vong.**

Cái chết có thể xảy ra bất thành linh khi bệnh nhân tưởng chừng như đang hồi phục hoặc có thể xảy ra sau một thời gian dài mà trong giai đoạn đó những chức năng của cơ thể bị suy sụp. Người thầy thuốc thường xuyên có mặt bên cạnh bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng của bệnh nhân.

Sau đây là những dấu hiệu nhận biết bệnh nhân sắp tử vong:

1. Sự lưu thông máu giảm, cơ thể lạnh đặc biệt chân bệnh nhân rất lạnh, mặt nhợt nhạt.

2. Bệnh nhân có thể vã mồ hôi đầm đìa.

3. Bệnh nhân giảm trương lực cơ, cơ thể trở nên ủ rũ, thiếu sinh lực, quai hàm trề ra, miệng bệnh nhân lệch, mũi vẹo, nói khó, nuốt khó dần dần mất phản xạ.

4. Mắt đờ dại không phản xạ (đồng tử giãn).

5. Bệnh nhân thở chậm đi và khó thở hơn. Họng bị ứ đọng đờm, chất nhầy. Khi thở có thể tạo ra "tiếng nấc hấp hối".

4. Mạch bệnh nhân nhanh, nhỏ, rối loạn, khó bắt, trước lúc bệnh nhân ngừng thở, mạch sẽ mờ dần đi, lúc này không sờ thấy mạch nữa.

#### **d. Chăm sóc khi bệnh nhân tử vong.**

*Các bước tiến hành.*

- Yêu cầu thân nhân rời khỏi phòng, che bình phong.
- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo băng cũ, thay băng mới, các đồ trang sức trên người bệnh nhân (nếu có).
- Đặt bệnh nhân nhẹ nhàng ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.
- Vuốt mắt, khép miệng bệnh nhân.
- Lấy bông không thấm nước nút các lỗ tự nhiên (2 lỗ tai, 2 lỗ mũi).
- Cởi bỏ quần áo cũ, lau rửa sạch sẽ thi thể, mặc quần áo mới cho bệnh nhân.
- Để cánh tay bệnh nhân dọc theo cạnh sườn, lòng bàn tay úp lên bụng, buộc 2 ngón tay cái lại với nhau, để 2 chân duỗi thẳng, buộc 2 ngón cái lại với nhau.
- Đặt nhẹ nhàng thi thể bệnh nhân lên cáng, hoặc xe đẩy phủ vải lên toàn thân, gài phiếu bệnh nhân lên ngực, bên ngoài vải phủ.
- Khiêng cáng hoặc xe đẩy ra khỏi phòng đóng cửa phòng lại, đưa thi thể bệnh nhân xuống nhà xác (lưu ý khi di chuyển phải nhẹ nhàng).
- Trở về phòng thu dọn đồ vải bẩn, báo nhân viên vệ sinh tẩy uế buồng bệnh.
- Ghi chép ngày giờ bệnh nhân chết, hồ sơ chăm sóc của điều dưỡng, bác sỹ.

**Cần lưu ý:**

- Khi bệnh nhân tử vong, cần tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu của gia đình người bệnh, nếu thân nhân có nhu cầu tham gia chăm sóc sau khi bệnh nhân tử vong thì người thầy thuốc cần phối hợp với họ.

- Trường hợp thân nhân không có mặt khi bệnh nhân chết, các tài sản của bệnh nhân phải được thu thập lại, lập biên bản và có sự chứng kiến của đại diện bệnh nhân trong khoa, khi thân nhân đến giao trả lại cho họ.