

HIỆU QUẢ CAN THIỆP DỰ PHÒNG RỐI LOẠN CƠ XƯƠNG TRÊN ĐIỀU DƯỠNG VIÊN BỆNH VIỆN QUẬN HUYỆN HẢI PHÒNG NĂM 2019

Hoàng Đức Luận^{1,2}, Nguyễn Thanh Hải^{1,3},
Hoàng Thị Giang¹, Phạm Minh Khuê¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ mắc rối loạn cơ xương (RLCX) trên điều dưỡng viên (ĐDV) bệnh viện quận huyện Hải Phòng được đánh giá ở mức cao. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khỏe dự phòng RLCX tại các bệnh viện quận huyện tại Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trên 2 nhóm điều dưỡng (can thiệp và đối chứng) tại 4 bệnh viện quận huyện Hải Phòng từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** Can thiệp làm giảm có ý nghĩa thống kê tỉ lệ RLCX chung (từ 75,4% xuống 53,1%) và tại từng vị trí giải phẫu; cải thiện rõ rệt kiến thức, thái độ, thực hành về RLCX trong nhóm được can thiệp; cải thiện CLCS (điểm trung bình tăng từ 50,08 lên 52,33) và mức độ lo âu (giảm điểm trung bình từ 4,23 xuống 3,85) trên ĐDV. **Kết luận:** Can thiệp truyền thông và tập huấn là có hiệu quả. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu đánh giá chi tiết các biện

pháp phối hợp can thiệp khác trên một cỡ mẫu đại diện để đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp dự phòng RLCX trên điều dưỡng viên.

Từ khóa: Rối loạn cơ xương, can thiệp dự phòng, điều dưỡng viên, Hải Phòng

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO PREVENT MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG DISTRICT HOSPITAL NURSES IN HAI PHONG IN 2019

Introduction: The prevalence of musculoskeletal disorders (MSDs) on district hospital nurses in Hai Phong is assessed at a high level. We conducted an intervention study to evaluate the effectiveness of health education and communication measures to prevent MSDs in district hospitals in Hai Phong. **Methods:** A pre- and post-intervention evaluation study among 2 nursing groups (one for the intervention group and another for the control group) working in 4 public district hospitals of Hai Phong city, from July 2018 to July 2019. **Results:** The intervention significantly reduced the overall prevalence of MSDs (from 75.4% to 53.1%) and at each anatomical site; markedly improved knowledge, attitudes and practices about MSDs in the intervention group; improved quality of life (mean score increased from 50.08 to 52.33) and anxiety level (decreased mean score from 4.23 to 3.85) on nurses. **Conclusion:** Health education and communication interventions are effective. More research is needed, including a combination of other interventions and a more representative sample size, to

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Cao Đẳng Y Dược Phú Thọ

³Irset (Viện Nghiên cứu sức khỏe, môi trường và nghề nghiệp) - Inserm, UMR1085, Trường Đại học Angers, Công hòa Pháp

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khuê

Email: pmkhu@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 2.3.2020

accurately assess the effectiveness of interventions to prevent MSDs on nurses.

Keywords: Musculoskeletal disorders, Preventive intervention, Nurses, Haiphong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cơ xương (RLCX) là một vấn đề sức khỏe thường gặp ở điều dưỡng viên (ĐDV) do là nhóm nghề nghiệp có nhiều yếu tố nguy cơ [2]. Với những hậu quả nặng nề của RLCX với sức khỏe và khả năng làm việc, việc dự phòng RLCX từ lâu đã là một ưu tiên trong sức khỏe nghề nghiệp của nhiều nước. Tổ chức Y tế thế giới đã biên soạn những tài liệu hướng dẫn dự phòng RLCX trong môi trường lao động, đây là những tài liệu có thể phục vụ dự phòng RLCX cho ĐDV ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, hiện RLCX chưa nằm trong danh mục các bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm dù một số đánh giá cho thấy RLCX rất phổ biến trên ĐDV [1]. Do đó, việc dự phòng RLCX trên ĐDV là quan trọng để lựa chọn ra những biện pháp phù hợp với bối cảnh của Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe để dự phòng tình trạng RLCX trên ĐDV làm việc tại một số bệnh viện tuyến quận huyện của Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: ĐDV của 4 bệnh viện quận huyện của Hải Phòng (An Lão, Lê Chân, Ngô Quyền và Vĩnh Bảo) đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Can thiệp triển khai tại 2 bệnh viện An Lão và Lê Chân, 2 bệnh viện còn lại làm đối chứng.

Tổng số 337 ĐDV đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia vào nghiên cứu trước can thiệp (172 thuộc nhóm chứng và 165 thuộc nhóm can thiệp). Tuy nhiên, tại các thời điểm đánh giá trước và sau can thiệp, chỉ có 292 ĐDV là tham gia đầy đủ trả lời đánh giá (162 điều dưỡng thuộc nhóm chứng và 130 thuộc nhóm can thiệp). Các lý do không tham gia đầy đủ bao gồm nghỉ thai sản, đi học, chuyển công tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019.

Phương pháp tiến hành can thiệp: Mỗi buổi truyền thông được thực hiện theo các nhóm nhỏ từ 30-40 ĐDV trong khoảng thời gian từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút tại các phòng họp của bệnh viện. Nhóm can thiệp sẽ nhận được: 1 buổi truyền thông về RLCX, 2 buổi truyền thông về 6-gô-nô-mi (hướng dẫn thực hành đúng khi thực hiện các thao tác trong việc chăm sóc bệnh nhân: nâng, đỡ, vận chuyển; thao tác với các

dụng cụ y tế: cặng, xe đẩy, giường...), 1 buổi tập huấn hướng dẫn bài tập rèn luyện thể lực. Các nội dung này lặp lại sau 6 tháng can thiệp. Các áp phích được dán ở các khoa phòng trong thời gian 1 năm can thiệp.

2.3. Các bộ câu hỏi được sử dụng trong đánh giá trước và sau can thiệp

a) Bộ câu hỏi Bắc Âu (Nordic questionnaire) được chuẩn hóa và phát triển bởi Kuorinka và cộng sự năm 1987 [5] nhằm đánh giá tình trạng RLCX tại 9 vị trí trên cơ thể (Cổ gáy, vai, khuỷu tay, bàn cổ tay, lưng, thắt lưng, hông đùi, đầu gối và bàn cổ chân) trong vòng 12 tháng qua và trong vòng 7 ngày qua.

b) Bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form): được phát triển bởi Endicott năm 1993 [3]. Tổng điểm của bộ câu hỏi càng cao thể hiện CLCS càng cao.

c) Thang đo mức độ lo âu của Kessler (K6): lượng giá mức độ lo âu trong cuộc sống của người trả lời. Bộ câu hỏi này đã được phát triển bởi Kessler [4] và chuẩn hóa sang tiếng Việt bởi Nguyễn Thanh Hải và cộng sự năm 2013. Tổng điểm càng cao thể hiện mức độ lo âu cao và ngược lại.

d) Bộ câu hỏi đánh giá về kiến thức, thái độ và thực hành của ĐDV về RLCX

e) Bộ câu hỏi dân số xã hội học

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các so sánh ghép cặp tỉ lệ trước và sau bằng test thống kê McNemar cho từng nhóm can thiệp và nhóm chứng, T Student cho các biến định lượng là điểm CLCS và điểm lo âu, với ngưỡng ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của 2 nhóm điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm không can thiệp	Nhóm can thiệp	p
	n=162	n=130	
Tuổi (M±SD)	33,9 ± 6,9	34,1 ± 6,3	0,782
Giới (n,%)			
Nam	17 (10,5)	22 (16,9)	0,059
Nữ	145 (89,5)	108 (83,1)	
BMI (n,%)			
<18,5	9 (5,6)	9 (6,9)	0,251
18,5-22,9	120 (74,1)	99 (76,2)	
23-24,9	21 (13,0)	14 (10,8)	
≥25	12 (7,4)	8 (6,2)	
Tiền sử	26 (16,0)	17 (13,1)	0,094

bệnh CXK (n,%)			
----------------	--	--	--

nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp với các giá trị $p > 0,05$.

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về một số đặc điểm dân số xã hội học giữa

Bảng 3.2: Tỷ lệ RLCX trước và sau can thiệp của điều dưỡng viên

RLCX	Nhóm không can thiệp N = 162		p^1	Nhóm can thiệp N = 130		p^2
	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)		Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	
Trong vòng 12 tháng qua	114 (70,4)	110 (67,9)	0,310	98 (75,4)	69 (53,1)	0,010
Cản trở công việc trong 12 tháng qua	66 (40,7)	61 (37,7)	0,245	51 (39,2)	36 (27,7)	0,045
Trong vòng 7 ngày qua	58 (35,8)	59 (36,4)	0,823	45 (34,6)	39 (30,0)	0,034

p^1 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm không can thiệp

p^2 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp

Nhận xét: Giảm tỷ lệ RLCX ở cả 3 chỉ số (trong vòng 12 tháng qua, cản trở công việc trong 12 tháng qua và trong vòng 7 ngày qua) ở nhóm can thiệp ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, các tỷ lệ RLCX 12 tháng qua và cản trở công việc 12 tháng qua giảm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3: Tỷ lệ RLCX trước và sau can thiệp của điều dưỡng viên tại từng vị trí giải phẫu trên cơ thể

Vị trí giải phẫu	Nhóm không can thiệp N = 162		p^1	Nhóm can thiệp N = 130		p^2
	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)		Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	
Cổ - gáy	59 (36,4)	58 (35,8)	0,069	49 (37,7)	34 (26,2)	0,038
Vai	27 (16,7)	32 (19,8)	0,177	33 (25,4)	23 (17,7)	0,010
Khuỷu tay	8 (4,9)	8 (4,9)	0,390	13 (10,0)	7 (5,4)	0,041
Bàn cổ tay	23 (14,2)	22 (13,6)	0,083	21 (16,2)	14 (10,8)	0,044
Lưng	31 (19,1)	35 (21,6)	0,055	39 (30,0)	28 (21,5)	0,013
Thắt lưng	50 (30,9)	48 (29,6)	0,810	53 (40,8)	43 (33,1)	0,034
Hông - đùi	6 (3,7)	4 (2,5)	0,771	8 (6,2)	5 (3,8)	0,090
Đầu gối	19 (11,7)	17 (10,5)	0,114	11 (8,5)	9 (6,9)	0,109
Bàn cổ chân	6 (3,7)	7 (4,3)	0,459	8 (6,2)	4 (3,1)	0,114

p^1 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm không can thiệp

p^2 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ RLCX đa phần giảm ở nhóm can thiệp ($p < 0,05$), trừ 3 vùng là hông-đùi, đầu gối và bàn cổ chân. Tỷ lệ RLCX hầu hết không thay đổi ở nhóm chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Thay đổi về thái độ và thực hành đôi với RLCX trước và sau can thiệp trên điều dưỡng viên

Yếu tố	Nhóm không can thiệp N = 162		p^1	Nhóm can thiệp N = 130		p^2
	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)		Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	
Kiến thức đúng về RLCX	92 (56,8)	91 (56,2)	0,837	91 (70,0)	108 (83,1)	0,004
Thái độ đúng về RLCX	59 (36,4)	63 (38,9)	0,112	61 (46,9)	73 (56,2)	0,005
Thực hành đúng về RLCX	43 (26,5)	46 (28,4)	0,200	28 (21,5)	39 (30,0)	0,014

p^1 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm không can thiệp

p^2 : mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp

Nhận xét: Tỷ lệ kiến thức, thái độ và thực hành đúng tăng lên ở nhóm can thiệp ($p < 0,05$), tỷ lệ không thay đổi ở nhóm chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Sự thay đổi về điểm trung bình chất lượng cuộc sống và mức độ lo âu của 2 nhóm điều dưỡng trước và sau can thiệp

Điểm trung bình	Nhóm không can thiệp N = 162		p ¹	Nhóm can thiệp N = 130		p ²
	Trước can thiệp M ± SD	Sau can thiệp M ± SD		Trước can thiệp M ± SD	Sau can thiệp M ± SD	
Chất lượng cuộc sống	51,70 ± 6,493	52,83 ± 6,209	0,042	50,08 ± 7,074	52,33 ± 7,239	0,013
Mức độ lo âu	3,74 ± 3,103	3,84 ± 3,123	0,071	4,23 ± 3,278	3,85 ± 3,180	0,048

p¹: mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm không can thiệp

p²: mức ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp

Nhận xét: Có sự cải thiện điểm CLCS và điểm lo âu ở nhóm can thiệp (p<0,05). Ở nhóm không can thiệp chỉ có sự cải thiện về điểm CLCS (p=0,042).

IV. BÀN LUẬN

Thay đổi về tỷ lệ RLCX trước và sau can thiệp trên điều dưỡng viên. Tỷ lệ RLCX trong vòng 12 tháng có giảm ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng, tuy nhiên sự thay đổi chỉ có ý nghĩa ở nhóm được can thiệp. Có thể ở nhóm chúng, mặc dù không được nhận can thiệp nhưng nhận thức của ĐDV sau 2 lần trả lời bảng hỏi về RLCX cũng đã nâng cao được phần nào, khi đó họ hoàn toàn có thể tự áp dụng cho mình những thao tác nhằm hạn chế nguy cơ mắc RLCX. Lý giải tương tự đối với tỷ lệ ĐDV cho rằng RLCX gây cản trở công việc của họ trong vòng 12 tháng qua. Tỷ lệ RLCX trong 7 ngày qua trước và sau can thiệp ở nhóm chứng không giảm đáng kể, còn nhóm can thiệp thì sự giảm tỷ lệ là có ý nghĩa thống kê. Có thể thấy tình trạng RLCX là một tình trạng mạn tính, tiến triển sau một thời gian dài, do vậy việc can thiệp bằng các biện pháp dự phòng cần phải có thời gian dài để có thể cải thiện cũng như làm giảm được tình trạng này. Chính vì vậy, việc mới chỉ đưa vào một số các biện pháp dự phòng đơn giản (tuyên truyền, giáo dục và các bài tập dự phòng) làm cho các tỷ lệ RLCX trong 7 ngày qua có sự thay đổi không đáng kể.

Tại từng vị trí giải phẫu trên cơ thể, nhìn chung, các biện pháp can thiệp cũng đã làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ RLCX ở hầu hết các vị trí trong nhóm can thiệp. Tuy nhiên có ba vùng giải phẫu trong đó sự giảm là không có ý nghĩa thống kê, đó là vùng hông-đùi, vùng đầu gối và vùng bàn cổ chân. Đánh giá chung, tỷ lệ RLCX sau can thiệp đã có sự giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp cho thấy hiệu quả của các biện pháp dự phòng trong khoảng thời gian là 1 năm.

Thay đổi về kiến thức, thái độ và thực hành của điều dưỡng viên. Các biện pháp can thiệp dự phòng chính được dùng trong nghiên cứu là giáo dục và truyền thông, chủ yếu hướng đến việc cải thiện về kiến thức, thái độ cũng như thực hành của ĐDV về RLCX, do vậy có thể nhận

thấy rõ ràng trước hết sự cải thiện đáng kể về kiến thức của ĐDV về RLCX, đặc biệt là trong nhóm được nhận can thiệp.

Về thái độ và thực hành đối với RLCX, các kết quả trên cũng phản ánh phần nào được hiệu quả của các biện pháp can thiệp trên ĐDV. Tuy nhiên, có thể rằng sau can thiệp, kiến thức của ĐDV được tăng lên rõ rệt, mặc dù vậy, trong hoàn cảnh áp lực bệnh nhân đông, tuần suất công việc cao làm cho người ĐDV không thể có được thái độ cũng như thực hành về RLCX chuẩn mực nhất khi sự tăng về thái độ và thực hành là ít hơn so với sự cải thiện về kiến thức. Đó cũng là một yếu tố quan trọng để các nghiên cứu khác sau này có thể đề xuất ra các phương pháp tối ưu và phù hợp nhất với bối cảnh và đặc thù môi trường bệnh viện tại Việt Nam.

Thay đổi về CLCS và mức độ lo âu trên điều dưỡng viên. Các kết quả về mức độ cải thiện CLCS cũng như mức độ lo âu trong cuộc sống đã chỉ ra sự hợp lý về mặt ý nghĩa thống kê, chỉ có những sự thay đổi trong nhóm ĐDV được can thiệp là có ý nghĩa thống kê. Còn đối với nhóm chứng, mặc dù có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về CLCS nhưng sự cải thiện này là thấp hơn so với nhóm được can thiệp; còn về sự thay đổi mức độ lo âu, nhóm chứng lại cho kết quả xấu đi sau can thiệp. Có thể rằng các biện pháp giáo dục truyền thông và áp dụng các bài tập trong thời gian chưa đủ dài (12 tháng) có thể làm giảm có ý nghĩa về tỷ lệ mắc RLCX, tuy nhiên vẫn còn chưa đủ mạnh để có thể cải thiện đáng kể về CLCS và mức độ lo âu trên ĐDV. Đa số các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy sự hiệu quả cao nhất khi kết hợp nhiều biện pháp can thiệp song song [6]. Tuy nhiên, như đã đề cập ở trên, trong bối cảnh lĩnh vực sức khỏe nghề nghiệp cũng như dự phòng bệnh nghề nghiệp cho người lao động nói chung và cho nhân viên y tế nói riêng vẫn còn nhiều hạn chế tại Việt Nam, đặc biệt là việc áp dụng các biện pháp dự phòng trong môi trường bệnh viện còn

gặp nhiều khó khăn khi mà khối lượng công việc hàng ngày của ĐDV là tương đối lớn, do vậy bước đầu nghiên cứu chỉ áp dụng các biện pháp đơn giản và khả thi nhất, chính vì vậy hiệu quả mang lại vẫn còn chưa được cao. Mặt khác, một trong những nhược điểm của phương pháp giáo dục truyền thông đó chính là chỉ dừng lại ở mức độ lý thuyết, việc nhận thức và áp dụng vào thực tế trong công việc hàng ngày của ĐDV sẽ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như khối lượng công việc, thiên trí áp dụng hay sự tuân thủ phương pháp... Bên cạnh đó, trong quá trình can thiệp 1 năm, các bệnh viện cũng có nhiều chính sách đổi mới trong toàn bộ hệ thống theo chủ trương hướng tới sự hài lòng của người bệnh trên quy mô toàn quốc, nên có thể tồn tại những yếu tố nhiều ảnh hưởng tới kết quả mà chúng tôi không loại trừ được. Tuy có những hạn chế như vậy, nhưng không thể phủ nhận đây chính là những kết quả ban đầu tạo tiền đề cho các nghiên cứu can thiệp dự phòng khác trong tương lai.

Một số kết quả thể hiện hiệu quả can thiệp dự phòng RLCX trên ĐDV. Nhiều nghiên cứu và tài liệu y văn trên thế giới đã chỉ ra các bằng chứng về các biện pháp can thiệp và hiệu quả của chúng dự phòng RLCX trên ĐDV. Đa số các nghiên cứu đã kết luận rằng các biện pháp can thiệp hướng đến việc giảm thiểu các yếu tố nguy cơ vật lý và tổ chức công việc, gọi là các biện pháp về éc-gô-nô-mi (thích nghi với công việc), là có hiệu quả nhất nhằm giảm đáng kể tỉ lệ RLCX [8]. Các can thiệp về mặt éc-gô-nô-mi giúp ĐDV hạn chế tối đa các tư thế làm việc gò bó, không thoải mái hoặc các tư thế không phù hợp với nhân trắc, từ đó sẽ làm giảm được các yếu tố quan trọng gây ra tình trạng RLCX. Giáo dục và tập huấn nhằm nâng cao nhận thức cho các ĐDV về RLCX cũng là một biện pháp được áp dụng khá rộng rãi, đặc biệt là tại các nước đang phát triển khi mà nguồn kinh phí không đủ để tiến hành và duy trì các biện pháp can thiệp khác. Hiểu biết của ĐDV về dự phòng RLCX có thể giúp họ tự giác thực hiện các nguyên tắc nghề nghiệp khi thực hành thao tác trên bệnh nhân. Biện pháp giáo dục ở đây không chỉ đơn thuần là tập huấn lý thuyết nhằm nâng cao nhận thức và hiểu biết, mà còn có thể đưa ra các hình thức khác như tập huấn về thực hành kỹ năng thao tác với bệnh nhân và dụng cụ hay tập huấn dựa trên các tình huống đóng vai như trong nghiên cứu này đã tiến hành. Một vài nghiên cứu cũng chỉ ra hiệu quả tích cực của các bài tập rèn luyện thể lực. Nghiên cứu của Skargren và Öberg đã chỉ ra hiệu quả cải thiện được tình trạng RLCX và khả năng thao tác trên

những ĐDV thực hiện các bài tập rèn luyện thể lực đều đặn hàng tuần [7].

Tại các nước phát triển, các hệ thống nâng đỡ bệnh nhân và hỗ trợ các thao tác của ĐDV được áp dụng tại các bệnh viện giảm thiểu rất nhiều các nguy cơ về mặt éc-gô-nô-mi. Ngược lại tại các nước đang phát triển như nước ta, các hệ thống này còn hạn chế, do đó bước đầu, các biện pháp can thiệp về mặt giáo dục và truyền thông cải thiện trước tiên kiến thức của ĐDV về RLCX là cần thiết và khả thi nhất. Sau đó sẽ khuyến khích phối hợp các biện pháp khác nhau tại các bước tiếp theo (trong điều kiện có thể) để có thể đạt hiệu quả can thiệp tối ưu nhất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả của biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm dự phòng RLCX trên ĐDV. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu đánh giá can thiệp kết hợp nhiều biện pháp và trên một cỡ mẫu mang tính đại diện cao hơn để đánh giá lựa chọn các loại hình can thiệp phù hợp nhất trong hoàn cảnh Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kiều Ngọc Quý, Hoàng Đức Luận, Phạm Minh Khuê và cộng sự.** Đặc điểm tổ chức lao động và tỷ lệ mắc rối loạn cơ xương trên điều dưỡng viên bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng năm 2015. Tạp chí Y học dự phòng, 2015. Tập XXV, số 11 (171), tr. 107-113.
2. **Ellapen TJ and Narsigan S.** Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses: Systematic Review. Journal of Ergonomics, 2014. 54:54-003.
3. **Endicott J., Nee J., Harrison W. et al.** Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. Psychopharmacology Bulletin, 1993. 29(2), pp. 321-326.
4. **Kessler R.C., Barker P.R., Colpe L.J. et al.** Screening for Serious Mental Illness in the General Population. Archives of General Psychiatry, 2003. 60(2), pp. 184-189.
5. **Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A. et al.** Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics, 1987. 18(3), pp. 233-237.
6. **Richardson A., McNoe B., Derrett S. et al.** Interventions to prevent and reduce the impact of musculoskeletal injuries among nurses: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 2018. 82, pp. 58-67.
7. **Skargren E. and Öberg B.** Effects of an exercise program on musculoskeletal symptoms and physical capacity among nursing staff. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 1996. 6(2), pp. 122-130.
8. **Szeto G.P.Y., Wong T.K.T., Law R.K.Y. et al.** The impact of a multifaceted ergonomic intervention program on promoting occupational health in community nurses. Applied Ergonomics, 2013. 44(3), pp. 414-422.