

**MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
Ở NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH
ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017**

Nguyễn Xuân Tĩnh¹, Trương Tuấn Anh¹, Vũ Thị Thanh Hằng¹
¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Kết quả:** thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh 53,3% ở mức độ trung bình kém. Chất lượng cuộc sống của những người có hỗ trợ xã hội thấp kém hơn những người có hỗ trợ

xã hội vừa và cao với $p < 0,01$. Người bệnh không bị khó thở/khó thở độ 1,2 có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị khó thở độ 3,4 với $p < 0,001$. Người bệnh không /mệt mỗi nhẹ có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị mệt mỗi mức độ vừa hoặc kinh khủng với $p < 0,01$.

Kết luận: Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu: hỗ trợ xã hội, tình trạng khó thở và mức độ mệt mỗi của bệnh nhân mắc bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng cuộc sống, Nam Định.

**QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2017**

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to describe the current status of quality of life and some related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease treated at Nam Dinh General Hospital in 2017. **Method:** The study was designed by a cross-sectional descriptive study in 90 patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease treated at Nam Dinh General Hospital. **Results:** The content of quality of life assessment of the object

is in the lowest level of special low in the subject of self-assessment of health. The quality of life of people with social support was lower than those with medium and high social support with $p < 0.01$. Patients with no dyspnea / dyspnea score of 1.2 had a better quality of life than patients with dyspnea at 3.4 with $p < 0.001$. Patients with mild / no fatigue had a better quality of life than those with moderate or severe fatigue with $p < 0.01$. **Conclusion:** There are 3 factors affecting the quality of life of the study subjects: social support, dyspnea and fatigue of patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: COPD, quality of life, Nam Dinh.

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Xuân Tĩnh
Email: tinhnguyen711@gmail.com

Ngày phản biện: 3/6/2018

Ngày duyệt bài: 18/6/2018

Ngày xuất bản: 28/6/2018

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là vấn đề sức khỏe cộng đồng, thể hiện qua tần suất mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cao và đang tăng lên. Phân tích gộp 67 nghiên cứu tại 28 nước từ 1990–2004 cho tần suất BPTNMT từ 4,9% – 9,2% [8]. BPTNMT là một bệnh phổ biến trong dân số nói chung và là một gánh nặng đáng kể cho những người mắc bệnh. Người bệnh BPTNMT có thể phải đối mặt với những hạn chế trong hoạt động hàng ngày và giảm chất lượng cuộc sống do khó thở, hạn chế luồng không khí, rối loạn chức năng cơ xương và các bệnh đi kèm. Nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của người bệnh BPTNMT là trung bình và thấp. Tuy nhiên tác động của BPTNMT đến chất lượng cuộc sống là khác nhau ở các đối tượng người bệnh [1], [3]. Để có những chương trình can thiệp nâng cao chất lượng cuộc sống phù hợp với từng đối tượng cụ thể thì cần phải xác định được các tác động cụ thể của bệnh nên người bệnh cũng như các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống, đặc biệt là chất lượng cuộc sống đối với người bệnh BPTNMT vẫn còn hạn chế. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định chưa có nghiên cứu nào về CLCS đối với người bệnh mắc BPTNMT. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nghiên cứu : *“Một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017”*. Với mục tiêu:

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là người bệnh được chẩn đoán là BPTNMT đang điều trị tại Khoa Nội Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

* Tiêu chuẩn chọn mẫu: Có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng như là: khó thở nặng, mệt mỏi, ho nhiều.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 12/2016 đến tháng 4/2017

- Địa điểm: Khoa Nội - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Chúng tôi đã điều tra 90 người bệnh, đây là số người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, người bệnh đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn. Bộ câu hỏi bao gồm 36 câu hỏi đo 8 lĩnh vực sức khỏe trên thang điểm 100.

2.7. Thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.7.1. Bộ câu hỏi về nhân khẩu học

Được phát triển bởi nhà nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng học vấn, nghề nghiệp, Phân loại mức độ nặng của bệnh theo GOLD (được lấy trong hồ sơ bệnh án)

2.7.2. Bộ câu hỏi liên quan đến chất lượng cuộc sống (SF-36 v2)

Bộ câu hỏi liên quan đến chất lượng cuộc sống SF-36 phiên bản 2 được phát triển bởi Ware và Sherbourne (1992). Bộ câu hỏi sẽ được sử dụng để đo lường chất lượng cuộc sống tổng thể trong vòng 4 tuần qua. Bộ câu hỏi bao gồm 36 câu hỏi đo 8 lĩnh vực sức khỏe trên thang điểm 100 [11].

2.7.3. Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội

Được phát triển bởi tác giả Zimet (1988) [9] với mục tiêu để đo lường sự nhận thức về sự hỗ trợ xã hội. Bộ câu hỏi này gồm 12 câu hỏi với 3 nhóm về hỗ trợ xã hội của (1) Người thân (4 câu hỏi 1, 2, 5, và 10), (2) Gia đình (4 câu hỏi 3, 4, 8, và 11), và (3) Bạn bè (4 câu hỏi 6, 7, 9, và 12). Mỗi câu hỏi có 7 phương án trả lời từ 1 “rất không đồng ý” đến 7 “rất đồng ý” và điểm khác nhau, từ 12 điểm đến 84 điểm. Tổng điểm cao mà người BPTNMT có, thì họ sẽ nhận được nhiều hơn về sự hỗ trợ xã hội. Các điểm số sẽ được chia thành ba cấp độ:

- 12- 36: Thấp
- 37- 60: Vừa phải
- 61- 84: Cao

2.7.4. Thang điểm đo khó thở trên người bệnh

Thang điểm đo khó thở trên người bệnh được phát triển bởi Gift và Narsavage (1989) [4]. Đây là thang điểm đo khó thở gồm 11 điểm (từ 0 = không khó thở đến 10 = khó thở kinh khủng). Giá trị trên thang phản ánh mức độ khó thở. Điểm càng cao người bệnh càng khó thở.

2.7.5. Thang điểm đo mệt mỏi trên người bệnh

Thang điểm đo mệt mỏi trên người bệnh là một quy mô để xác định mức độ nghiêm trọng của mệt mỏi trên người bệnh, được phát triển bởi Lorig, Ritter, và Jacquez (2005) [9]. Đây là thang điểm đo gồm 11 điểm (từ 0 = không mệt mỏi đến 10 = mệt mỏi kinh khủng). Giá trị trên thang phản ánh mức độ mệt mỏi. Điểm càng cao người bệnh càng mệt mỏi

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 16.0 để phân tích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thông tin chung của người bệnh

Đặc điểm	Số lượng (n = 90)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
<60	8	8,9
≥ 60	82	91,1
Giới tính		
Nam	73	81,1
Nữ	17	18,9
Trình độ học vấn		
Từ THCS trở xuống	66	73,3
THPT	17	18,9
Trung cấp, cao đẳng	1	1,1
Đại học, Sau đại học	6	6,7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	3	3,3
Kết hôn	71	78,9
Chồng hoặc vợ đã mất	16	17,8

Bảng 3.1 cho thấy phần lớn đối tượng tập trung ở tuổi nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi chiếm tỷ lệ 91,1%. Đối tượng là nam giới chiếm tỷ lệ cao với 81,1%, nữ giới chỉ chiếm 18,9%. Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn từ THCS trở xuống chiếm đa số (73,3%) và từ THCS trở lên chỉ chiếm 26,7%. Hầu hết các đối tượng có tình trạng hôn nhân là kết hôn (78,9%). Tỷ lệ việc làm chính là nông dân (67,8%), nội trợ (13,3%), cán bộ viên chức (10%) và công nhân chiếm 8,9%.

Bảng 3.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh (n=90)

Chất lượng cuộc sống	Tổng số	%
Kém	7	7,8
Trung bình kém	48	53,3
Trung bình khá	35	38,9
Khá, tốt.	0	0

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội với chất lượng cuộc sống của người bệnh (n=90)

Hỗ trợ xã hội \ CLCS	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Thấp	3	42,9	4	57,1	0	0	0,408	< 0,01
Vừa và cao	4	4,8	44	53,0	35	42,2		

Bảng 3.3 cho thấy có sự khác biệt giữa hỗ trợ xã hội với CLCS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ và test Fisher's exact = 0,408. Cả hai nhóm đối tượng đều có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm lần lượt 57,1% và 53,0%. Tuy nhiên nhóm có hỗ trợ xã hội vừa và cao có tỷ lệ CLCS trung bình khá cao thứ 2 là 42,2% còn nhóm có hỗ trợ xã hội thấp, tỷ lệ cao thứ hai là CLCS kém chiếm 42,9% và không có ai thuộc CLCS trung bình khá.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng khó thở với chất lượng cuộc sống của người bệnh (n=90)

Khó thở \ CLCS	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Không/độ 1,2	0	0	13	34,2	25	65,8	0,493	< 0,001
Độ 3,4	7	13,7	35	67,3	10	19,2		

Bảng 3.4 cho thấy sự khác biệt giữa tình trạng khó thở của người bệnh với CLCS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và test Fisher's exact = 0,493. Những người không khó thở hoặc khó thở ở độ 1,2 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình khá chiếm 65,8% trong khi những người ở nhóm khó thở độ 3,4 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm 67,3%.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ mệt mỏi với chất lượng cuộc sống của người bệnh (n=90)

Mệt mỏi \ CLCS	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Không/nhẹ	0	0	2	66,7	1	33,3	0,289	< 0,01
Vừa phải	1	1,7	30	50,0	29	48,3		
Kinh khủng	6	22,2	16	59,3	5	18,5		

Bảng 3.5 cho thấy có sự khác biệt giữa mức độ mệt mỏi của người bệnh với CLCS. Những người không hoặc chỉ mệt ở mức độ nhẹ có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm 66,7%; những người mệt mỗi mức vừa phải có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém và trung bình khá chiếm 50,0% và 48,3% còn những người ở trạng thái mệt mỗi kinh khủng có tỷ lệ CLCS kém cao nhất trong 3 nhóm chiếm 22,2% (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ và test Fisher's exact = 0,289).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng phần lớn là người cao tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 91,1%, đây là đối tượng dễ có nguy cơ mắc BPTNMT do chức năng hô hấp ở độ tuổi này đã bị suy giảm. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng là nam giới cao gấp 4 lần nữ giới. Điều này cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới do nguy cơ phơi nhiễm với các nguyên nhân gây BPTNMT cao hơn so với nữ giới như nam giới thường hút thuốc lá chủ động, làm việc trong những môi trường ô nhiễm nặng như các hầm mỏ, các xưởng kim loại...

Kết quả về thực trạng CLCS của đối tượng cho thấy tất cả các nội dung đánh giá thực trạng CLCS 53,3% ở mức độ trung bình kém. BPTNMT có tác động đáng kể đến sự chịu đựng của các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, mọi công việc cần đến sự hoạt động của thể chất đều gặp khó khăn do sức khỏe suy giảm bởi BPTNMT từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả của công việc như mất nhiều thời gian để hoàn thành công việc, đã nỗ lực nhưng kết quả công việc không như ý muốn hay khó khăn trong việc thực hiện công việc. Các đối tượng nghiên cứu phần lớn đều có tâm lý chung là lo lắng đến tình trạng sức khỏe đang suy yếu vì bệnh tật, họ cảm thấy sức khỏe của họ bị hạn chế khi thực hiện các công việc từ đó sinh ra tâm lý bị động khi thực hiện công việc cho nên hiệu quả của công việc không đạt được như

khi họ vẫn chưa mắc bệnh điều đó cũng góp phần làm giảm đi chất lượng cuộc sống của các đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự khác biệt giữa hỗ trợ xã hội và CLCS của đối tượng nghiên cứu. Những người có hỗ trợ xã hội thấp có tỷ lệ CLCS kém cao gấp 10,5 lần những người nhận được hỗ trợ xã hội vừa và cao. Nghiên cứu của Jaracz và cộng sự (2010) đã cho rằng hỗ trợ xã hội có liên quan đến chất lượng cuộc sống và sự sống còn của những người mắc bệnh mạn tính, bao gồm cả BPTNMT [6]. Những người bị bệnh sẽ gặp rất nhiều trở ngại trong cuộc sống như hạn chế trong hoạt động do khó thở, hạn chế luồng không khí, rối loạn chức năng cơ xương và các bệnh đi kèm. Không thể lao động mạnh đồng nghĩa với việc mất rất nhiều cơ hội việc làm, nhất là với đối tượng lao động tự do, làm nông. Bệnh BPTNMT vô hình chung đã ngăn cản người bệnh sống tự lập, hòa nhập xã hội. Người bệnh sẽ bị cô lập do không còn khả năng tham gia các hoạt động trong gia đình và ngoài xã hội. Chưa nói đến những hoạt động nặng trong công việc mà ngay cả các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng cần sự giúp đỡ. Vì vậy những hỗ trợ cả về thể chất và tinh thần từ chính quyền và những người xung quanh là rất quan trọng giúp người bệnh nâng cao CLCS. Trong một nghiên cứu khác, Harris (2007) chỉ ra rằng nhận được hỗ trợ xã hội tích cực có liên quan đến giảm nhập viện, ít hơn các đợt bệnh cấp tính [5]. Vì vậy có thể nói rằng nếu nhận được những hỗ trợ phù hợp không những người bệnh sẽ có cơ hội hòa nhập xã hội, củng cố sức lực mà cả tình trạng bệnh cũng thuyên giảm rất nhiều. Tuy nhiên vấn đề này ở nước ta còn chưa được quan tâm thích đáng do chưa nhiều người biết và thực sự hiểu về bệnh vì vậy người bệnh vẫn chưa nhận được sự hỗ trợ phù hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm ra có sự khác biệt giữa tình trạng khó thở với CLCS người bệnh tại bảng 2. Những người có

mức độ khó thở 1,2 có tỷ lệ CLCS trung bình khá cao gấp 3 lần những người có mức độ khó thở 3,4. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Gardiner C. và cộng sự (2010), nghiên cứu đã chỉ ra rằng khó thở hạn chế sự tự do của những người bệnh BPTNMT bằng cách làm suy yếu tính di động của họ và rằng nó được liên kết với sự lo lắng và hoảng loạn [4]. BPTNMT là bệnh tiến triển thời gian đầu không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ nên chưa ảnh hưởng nhiều đến CLCS người bệnh. Tuy nhiên sau một thời gian dấu hiệu rõ nhất và cũng là yếu tố hàng đầu gây giảm CLCS người bệnh là khó thở. Khó thở đã được báo cáo là triệu chứng tồi tệ nhất của BPTNMT [4], [7]. Người bệnh ở những giai đoạn khó thở độ 3,4 sẽ không thể hoạt động mạnh, thời gian nằm và ngồi nhiều hơn do khả năng cung cấp khí bị hạn chế khi cơ thể hoạt động cần tăng lượng oxy. Ngay những sinh hoạt thường ngày đôi khi cũng gây khó khăn cho họ như tắm rửa, ăn uống. Mức độ tiến triển của bệnh sẽ tỷ lệ nghịch với CLCS người bệnh. Do đó người bệnh cần được điều trị tích cực và rất cần sự động viên giúp đỡ từ những người xung quanh.

Ngoài ra chúng tôi còn tìm thấy sự khác biệt giữa mức độ mệt mỏi và CLCS. Kết quả nghiên cứu của Brenes G. A (2003) cũng chỉ ra sự khác biệt này [2]. Trong nghiên cứu của Walke L. M. và cộng sự (2007) cho thấy 43% - 58% số người bị BPTNMT hầu như luôn mệt mỏi [10]. Đây là dấu hiệu quan trọng thứ hai của BPTNMT. Người bệnh luôn phải thở gắng sức nên luôn mệt mỏi, thêm nữa không thể hoạt động theo nhu cầu bị cô lập với cuộc sống bên ngoài càng làm họ thấy chán nản vì vậy mà CLCS cũng giảm sút. Theo nghiên cứu những người chỉ mệt mỏi ở mức nhẹ có CLCS chủ yếu ở mức trung bình còn những người mệt mỏi kinh khủng có tỷ lệ CLCS kém cao gấp 10,5 lần nhóm người bệnh mệt mỏi vừa và nhẹ Do BPTNMT không thể điều trị khỏi người bệnh phải học cách thích nghi sống với bệnh vì vậy tốt nhất là nên phòng bệnh ngay từ đầu.

Các yếu tố: giới tính, bệnh kèm theo, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh có sự khác biệt giữa điểm trung bình chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên điều này có thể do các yếu tố nhiễu làm sai lệch kết quả cho nên sau khi phân tích thì chúng tôi chưa kết luận được các yếu tố này có liên quan đến điểm trung bình của chất lượng cuộc sống.

5. KẾT LUẬN

- Thực trạng CLCS của đối tượng nằm trong mức độ trung bình kém.

- Chất lượng cuộc sống của những người có hỗ trợ xã hội thấp kém hơn những người có hỗ trợ xã hội vừa và cao với $p < 0,01$.

- Người bệnh không bị khó thở/khó thở độ 1,2 có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị khó thở độ 3,4 với $p < 0,001$.

- Người bệnh không /mệt mỏi nhẹ có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị mệt mỏi mức độ vừa hoặc kinh khủng với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blinderman C. D et al (2012). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.
2. Brenes G. A (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, impact, and treatment, *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 963-970.
3. DiBonaventura M., Paulose-Ram R., Jun Su, et al. (2012). The Impact of COPD on Quality of Life, Productivity Loss, and Resource Use among the Elderly United States Workforce, *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(1), 46-57.
4. Gardiner C. et al (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature, *Respiratory Medicine* 104(4), 159- 165.
5. Harris S. (2007). COPD and coping

with breathlessness at home: A review of the literature, *Bristish Journal of Community Nursing*, 12(9), 411- 415.

6. Jaracz K., Pawlak M., K. Górna, *et al.* (2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis, *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 44(4), 358-365.

7. Kessler R. *et al* (2006). Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: An observational, interview- based study, *Chest Journal*, 130(1), 133-142.

8. Mannino D.M and Buist A.S (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends, *Lancet*, 370 (9589), 765-773

9. Menezes A.M *et al* (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study, *Lancet*, 366(9500), 1875-1881.

10. Walke L. M., A. L. Byers, M. E. Tinetti, *et al.* (2007). Range and severity of symptoms over time among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure, *Archives of Internal Medicine*, 167, 2503- 2508.

11. Ware J. E. and Sherbourne C. D. (1992). The MOS 36- Item Short- Form Health Survey (SF- 36): Conceptual framework and item selection, *Medical Care*, 30(6), 473- 483.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI HẢI DƯƠNG NĂM 2018

Nguyễn Thị Múi¹; Trần Văn Lưu¹
Phạm Thị Thu Hương², Nguyễn Bá Tâm²,
¹Trường Cao đẳng y tế Hải Dương
²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Rối loạn giấc ngủ là tình trạng phổ biến ở người bệnh ung thư. Tuy nhiên, biểu hiện cụ thể, mức độ và đáp ứng của người bệnh ung thư đối với rối loạn giấc ngủ chưa được đề cập nhiều trong các nghiên cứu. Rối loạn giấc ngủ làm giảm hiệu quả chăm sóc cũng như kết quả điều trị đối với người bệnh ung thư. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ trên người bệnh ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Lấy mẫu thuận tiện được sử dụng để lấy 320 người bệnh được chẩn đoán là ung thư đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương và

Bệnh viện phổi Hải Dương từ tháng 01 đến tháng 4 năm 2018. Sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc để thu thập: thông tin cá nhân, rối loạn giấc ngủ (ISI). Phân tích thống kê mô tả đã được sử dụng để phân tích số liệu. **Kết quả:** Tổng số 320 người bệnh tham gia nghiên cứu có 174 người bệnh nam và 146 người bệnh nữ. Độ tuổi dao động từ 31-89 tuổi (trung bình là 62,78 ± 10,17 tuổi). Kết quả nghiên cứu cho thấy, có tới 89,3% người bệnh ung thư có rối loạn giấc ngủ dựa trên thang đo ISI và 96,3% người bệnh một trong các biểu hiện của rối loạn giấc ngủ như khó đi vào giấc ngủ; khó duy trì giấc ngủ; tỉnh dậy quá sớm ở các mức độ khác nhau. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ trên người bệnh ung thư chiếm tỷ lệ cao nên cần có những can thiệp phù hợp.

Từ khóa: ung thư, rối loạn giấc ngủ

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Bá Tâm
Email: nguyenbatam@ndun.edu.vn
Ngày phản biện: 6/6/2018
Ngày duyệt bài: 18/6/2018
Ngày xuất bản: 28/6/2018