

**THAY ĐỔI KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN
TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2018**

Phạm Thị Hồng Nhung¹, Ngô Huy Hoàng²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định,

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tự chăm sóc và đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim mạn tại Khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp giáo dục một nhóm có so sánh trước sau cho 90 người bệnh suy tim mạn điều trị nội trú tại Khoa nội Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 01 đến tháng 04 năm 2018. Tư vấn trực tiếp, nhóm nhỏ từ 3 - 5 người bệnh, nội dung tư vấn dựa trên Hướng dẫn tự chăm sóc trong suy tim mạn của Hội Tim mạch Hoa kỳ (2014) và Hội Tim mạch Việt Nam (2015). Bộ câu hỏi và cách đánh giá Atlanta Heart Failure Knowledge Test – AHFKT.V2 bản tiếng Việt đã được dùng trong nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh tại Viện tim mạch Việt Nam 2016 và kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,80 trước khi áp dụng cho nghiên cứu này. **Kết quả:**

Trước can thiệp, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trong phạm vi nghiên cứu thấp, thể hiện qua tổng điểm trung bình kiến thức đạt $10,41 \pm 3,54$ điểm trên tổng 22 điểm của thang đo. Sau can thiệp, điểm trung bình kiến thức tăng lên đạt $19,38 \pm 2,16$ điểm và còn duy trì ở mức cao $17,92 \pm 2,52$ điểm tại thời điểm 1 tháng sau khi kết thúc can thiệp (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$). Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng theo từng nội dung can thiệp cũng cải thiện đáng kể ngay sau can thiệp và còn duy trì ở mức cao sau can thiệp 1 tháng. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy thực trạng hạn chế kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước can thiệp. Can thiệp giáo dục thực hiện trong nghiên cứu đã cải thiện đáng kể kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn và cần được người điều dưỡng duy trì và thực hiện thường xuyên.

Từ khóa: tự chăm sóc, người bệnh, suy tim mạn

CHANGES IN THE SELF-CARE KNOWLEDGE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE IN THE CARDIOVASCULAR WARD IN NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2018

ABSTRACT

Objective: To describe the reality of and to evaluate the changes in self-care knowledge among patients with chronic

heart failure in Cardiovascular Ward – Nam Dinh general hospital in 2018. **Method:** The one group pre-test and post-test educational intervention was conducted among 90 patients with chronic heart failure in Nam Dinh general hospital. The educational program based on the guidelines for self-care of heart failure by American Heart Association, 2014 and Vietnam National Heart Association, 2015

Người chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hồng Nhung
Email: phamhongnhung7488@gmail.com
Ngày phản biện: 29/1/2019
Ngày duyệt bài: 4/3/2019
Ngày xuất bản: 14/3/2019

and the evaluation based on the Atlanta Heart Failure Knowledge Test – AHFKT. V2 with confidence index Cronbach alpha of 0.80. **Results:** Before the intervention, the total mean score of patients' heart failure self-care knowledge was $10,41 \pm 3,54$ of the total 22 points by the scale, then increased to score of $19,38 \pm 2,16$ right after completing the intervention and retained at $17,92 \pm 2,52$ points at the time of one month later (statistical significance with *p* values of 0.001). There were considerable improvements in patients' knowledge of each self-care contents right after completing the intervention and significantly remained in one month later. **Conclusion:** This study revealed the reality of limited self-care knowledge among participants with chronic heart failure. The educational intervention improved considerably self-care knowledge of heart failure for the patients within programme and needs to be implemented regularly by registered nurses.

Key words: self-care, patients, chronic heart failure

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mạn là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tình trạng nhập viện điều trị, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao ở nhiều nước [18]. Trên toàn thế giới, vào năm 2014 có khoảng 26 triệu người đang sống với suy tim mạn [11]. Tại Việt Nam, tuy không có số liệu thống kê chính thức về số người bị suy tim mạn, song tại Khuyến cáo năm 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim, dựa trên tần suất mắc bệnh của thế giới thì con số ước tính dao động từ 320.000 đến 1,6 triệu người bị suy tim [5]. Suy tim đã và đang trở thành vấn đề sức khỏe cho toàn nhân loại, là gánh nặng cho người bệnh, gia đình người bệnh [8] khi tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày sau xuất viện khoảng 25% [14] và tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau mắc lên tới khoảng 50% [7].

Suy tim mạn với tiên lượng xấu và sự suy giảm của bệnh không phải lúc nào

cũng có thể ngăn ngừa. Hơn một nửa số trường hợp suy tim mạn tái nhập viện là do bệnh trầm trọng và là kết quả trực tiếp của việc tự chăm sóc kém [15]. Tự chăm sóc trong bệnh suy tim mạn là các hành vi mà người bệnh thực hiện để duy trì tình trạng thể chất, theo dõi dấu hiệu bệnh (duy trì chăm sóc), nhận biết và có cách xử lý phù hợp trước những biến đổi hay xuất hiện các triệu chứng của suy tim, đồng thời đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó (quản lý chăm sóc) [13].

Hiệp hội Tim Mạch Châu Âu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tự chăm sóc như một phần của việc điều trị thành công và tăng cường tự chăm sóc cho người bệnh bằng cách cung cấp các chương trình giáo dục có thể làm giảm các triệu chứng nặng lên của bệnh, nâng cao sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống [16]. Khuyến khích tự chăm sóc là một trong những mục đích chính của các can thiệp giáo dục cho người bệnh bị suy tim mạn [10]. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh là một trong những nhiệm vụ của công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh trong bệnh viện [2], đặc biệt giáo dục cho người bệnh suy tim mạn để người bệnh có đầy đủ kiến thức và tự tin cho thực hiện tự chăm sóc góp phần hạn chế tỷ lệ tái nhập viện và tử vong do suy tim mạn [6]. Đề tài “Thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018” được thực hiện với hai mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018 và Đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh suy tim mạn điều trị nội trú

tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

- Tiêu chuẩn chọn:

Người bệnh suy tim mạn nằm viện điều trị từ ngày thứ 2 trở đi, có thể trả lời phỏng vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại:

Người bệnh trong tình trạng diễn biến nặng phải điều trị tích cực; có kèm bệnh lý nội khoa mạn tính khác; không tham gia đủ các hoạt động can thiệp giáo dục sức khỏe và các lần đánh giá; hoặc đã tham gia một chương trình giáo dục có nội dung tương tự.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 12/2017 đến tháng 08/2018. Thu thập số liệu từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2018.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp giáo dục sức khỏe một nhóm có so sánh trước - sau.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu không xác suất: Chọn toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn. Trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 03 năm 2018 có 90 người bệnh suy tim mạn đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu.

2.5. Can thiệp giáo dục sức khỏe

- Nội dung giáo dục sức khỏe:

Dựa trên Hướng dẫn tự chăm sóc trong suy tim mạn của Hội Tim mạch học Việt Nam [3] và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ [17], bao gồm: khái niệm suy tim, biểu hiện thường gặp và nội dung tự chăm sóc trong suy tim mạn.

- Phương pháp can thiệp:

Vào ngày thứ 2 tính từ ngày nhập viện của người bệnh. Người nghiên cứu thực hiện hướng dẫn trực tiếp, từng nhóm nhỏ 3 - 5 người bệnh một buổi tại phòng hành chính của khoa, kèm tài liệu phát tay, tờ rơi

minh họa phát cho người bệnh. Các buổi giáo dục sức khỏe được thực hiện vào buổi chiều hàng ngày, thời gian can thiệp và trả lời thắc mắc của người bệnh khoảng 40 phút.

2.6. Thu thập số liệu, thang đo và cách đánh giá

- Công cụ thu thập số liệu:

Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi Atlanta Heart Failure Knowledge Test (AHFKT-V2) [12], đã được áp dụng trong nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh cho người bệnh suy tim mạn tại Viện tim mạch Việt Nam năm 2016 [1]. Trước khi sử dụng cho nghiên cứu này, bộ câu hỏi được xin ý kiến chuyên gia, điều chỉnh cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, điều tra thử trên 30 người bệnh suy tim mạn không thuộc mẫu nghiên cứu và kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha đạt 0,80.

- Phương pháp thu thập:

Phỏng vấn trực tiếp người bệnh, sử dụng cùng bộ câu hỏi đánh giá kiến thức tự chăm sóc trong suy tim mạn để thu thập số liệu tại 3 thời điểm: Trước can thiệp (T1), Ngay sau can thiệp (T2) và Sau can thiệp 1 tháng (T3). Điều tra viên đọc rõ ràng từng câu hỏi cho đối tượng nghiên cứu, giải thích những từ ngữ mà đối tượng nghiên cứu chưa rõ (không gợi ý câu trả lời), chỉ khi đối tượng nghiên cứu hiểu rõ câu hỏi và trả lời, điều tra viên mới ghi lại câu trả lời vào phiếu hỏi. Đối với những người bệnh không đến khám lại theo đúng hẹn tại thời điểm đánh giá lại sau 1 tháng can thiệp (T3), sẽ được liên hệ hẹn gặp và đánh giá tại nhà.

- Thang đo và cách đánh giá:

Với tổng số 22 câu hỏi kiến thức, mỗi câu người bệnh trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời được tính 0 điểm. Áp dụng phân loại kiến thức 4 mức độ theo AHFKT-V2, bao gồm từ 0 - 5 điểm = kiến thức kém, từ 6 - 11 điểm = kiến thức trung bình, từ 12 - 17 điểm = kiến thức khá, và từ 18 - 22 điểm = kiến thức tốt.

2.7. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 18.0. Sử dụng kiểm định t-test để so sánh sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình trước và sau can thiệp.

2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học, Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định và đồng thuận của Khoa Nội tim mạch.

Người bệnh tự nguyện tham gia, thông tin cá nhân của người bệnh được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

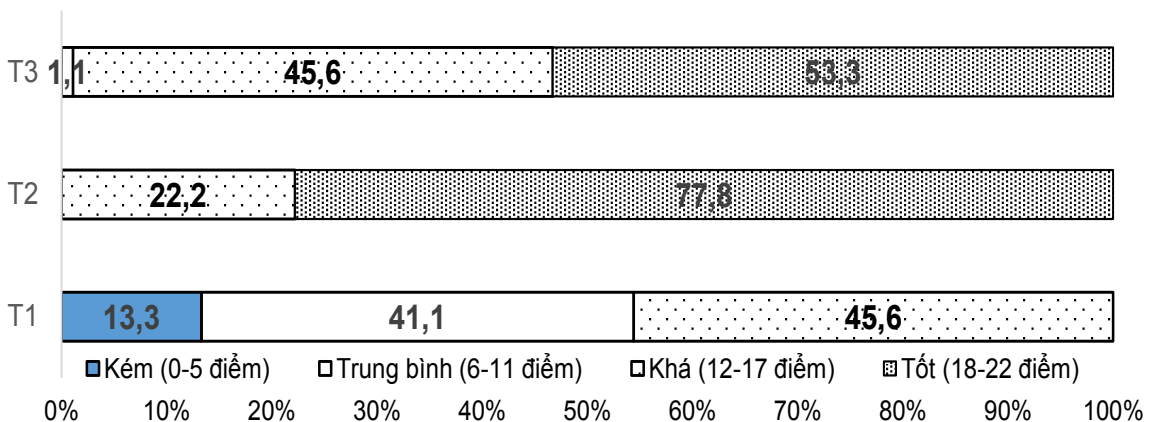
Tuổi trung bình của 90 người bệnh tham gia nghiên cứu là $65,59 \pm 10,77$ tuổi, trong đó 81,1% người bệnh ≥ 60 tuổi. Trong số 90 người bệnh tham gia nghiên cứu, người bệnh nữ chiếm 51,1%. Có 81 người bệnh (90%) đã nằm viện điều trị suy tim mạn từ trên 2 lần, trong số này có 6 người (7,4%) cho biết đã được nghe hướng dẫn về tự theo dõi biểu hiện của bệnh và một số cách xử lý khi triệu chứng bệnh nặng lên.

Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh trước can thiệp giáo dục (T1) và những thay đổi sau can thiệp giáo dục (T2) và sau can thiệp giáo dục 1 tháng (T3) dựa trên điểm trả lời bộ câu hỏi được thể hiện trong Bảng 3.1.

Bảng 3.1. Kiến thức của người bệnh về tự chăm sóc trước và sau can thiệp (n=90)

Thời điểm đánh giá	Điểm đạt			p (t-test)
	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình \pm SD	
T1	3	17	$10,41 \pm 3,54$	
T2	13	22	$19,38 \pm 2,16$	$p(2-1) = 0,000$
T3	11	22	$17,92 \pm 2,52$	$p(3-1) = 0,000$

Trước can thiệp giáo dục, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh là $10,41 \pm 3,54$ điểm trên tổng 22 điểm của thang đo. Sau can thiệp, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đạt $19,38 \pm 2,16$ điểm và duy trì ở $17,92 \pm 2,52$ điểm sau khi kết thúc can thiệp 1 tháng. Sự khác biệt điểm sau can thiệp so với điểm trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.1. Phân loại kiến thức tự chăm sóc của người bệnh trước và sau can thiệp (n=90)

Trước can thiệp, không có người bệnh nào trong số 90 người bệnh tham gia nghiên cứu đạt kiến thức tự chăm sóc ở mức tốt, trong khi có 13,3% ở mức kém. Ngay sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức tốt tăng lên đạt 77,8%, số còn lại ở mức khá. Sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức tốt giảm xuống còn 53,3%, còn lại là 45,6% đạt mức khá và 1,1% (1 người) đạt mức trung bình, không có trường hợp nào trở về mức kiến thức kém.

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng theo từng nội dung cụ thể được đánh giá tại các thời điểm T1, T2 và T3. Bảng 3.2 và 3.3 thể hiện một số kết quả chính kiến thức về những nội dung này.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về suy tim và điều trị suy tim (n=90)

Kiến thức đúng	Thời điểm đánh giá		
	T1 Số lượng(%)	T2 Số lượng(%)	T3 Số lượng(%)
<i>Bệnh suy tim</i>			
Khái niệm về suy tim	37(41,1)	78(86,7)	68(75,6)
Có thể kiểm soát suy tim	28(31,1)	74(82,2)	71(78,9)
<i>Sử dụng thuốc</i>			
Dùng thuốc theo hướng dẫn	27(30,0)	82(91,1)	74(82,2)
Tác dụng của thuốc lợi tiểu	34(37,8)	67(74,4)	58(64,4)
Bổ sung kali khi dùng lợi tiểu	18(20,0)	76(84,4)	20(22,2)
<i>Hạn chế muối và chất lỏng</i>			
Nhận biết thức ăn chứa nhiều muối	31(34,4)	74(82,2)	63(70,0)
Nhận biết thức ăn chứa ít muối	60(66,7)	80(88,9)	73(81,1)
Nhận biết thức ăn dạng lỏng	37(41,1)	82(91,1)	70(77,8)
Cách kiểm soát cơn khát	3(3,3)	73(81,1)	66(73,3)

Trước can thiệp, 66,7% người bệnh trả lời đúng người bệnh suy tim cần ăn thức ăn chứa ít muối, nhưng nhận biết thức ăn chứa nhiều muối lại có tỷ lệ thấp (34,4%) người bệnh trả lời đúng các câu hỏi còn lại cũng nhận được tỷ lệ thấp người bệnh trả lời đúng, dao động từ 20% đến 41,1%. Sau can thiệp tỷ lệ người bệnh trả lời đúng về các nội dung tự chăm sóc liệt kê trong Bảng 3.2, tuy không đồng đều nhưng đều tăng lên và còn duy trì ở mức cao hơn so với trước can thiệp.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về lối sống tích cực (n=90)

Kiến thức đúng	Thời điểm đánh giá		
	T1 Số lượng(%)	T2 Số lượng(%)	T3 Số lượng(%)
Hoạt động thể lực			
Duy trì tập thể dục hàng ngày	39(43,3)	80(88,9)	71(78,9)
Khi nào cần dừng tập thể dục	76(84,4)	90(100,0)	90(100,0)
Theo dõi trọng lượng cơ thể			
Tự cân nặng cơ thể hàng ngày	14(15,6)	65(72,2)	61(67,8)
Cân cơ thể vào buổi sáng là tốt nhất	37(41,1)	65(72,2)	60(66,7)
Tăng trọng lượng cơ thể đột ngột	30(33,3)	67(74,4)	58(64,4)
Biện pháp phòng ngừa			
Phòng nhiễm khuẩn hô hấp	20(22,2)	68(75,6)	60(66,7)
Khám/tư vấn bác sỹ khi phù; khó thở; tăng cân đột ngột	37(41,1)	84(93,3)	73(81,1)

Trước can thiệp, kiến thức về dừng tập thể dục khi có biểu hiện bất thường nhận được đa số người bệnh (84,4%) trả lời đúng, các kiến thức khác liệt kê trong Bảng 3.3 để có tỷ lệ thấp dao động từ 15,6% đến 43,3% người bệnh trả lời đúng. Tỷ lệ người bệnh trả lời đúng ở các nội dung kiến thức này, tuy không đồng đều giữa các nội dung, nhưng đều tăng sau can thiệp và còn duy trì ở mức cao sau can thiệp 1 tháng so với trước can thiệp.

4. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 90 người bệnh với tuổi trung bình là $65,59 \pm 10,77$ tuổi. Trong số 90 người bệnh, 81,1% là người cao tuổi (≥ 60 tuổi). Đặc điểm về tuổi của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi giống với đặc điểm này trong một nghiên cứu tương tự của Trần Thị Ngọc Anh tại Viện Tim Mạch Việt Nam năm 2016 [1] và một nghiên cứu khác nhưng cùng đối tượng là người bệnh suy tim tại Bệnh viện Trung ương Huế năm 2017 [4]. Những đặc điểm về tuổi này cũng có thêm xu hướng trong già hoá dân số mà ở đó người cao tuổi phải đối mặt những những bệnh lý mạn tính, cũng như xu hướng về nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi đối với cán bộ y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng.

Trước can thiệp giáo dục, kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim còn hạn chế với $10,41 \pm 3,54$ điểm trên thang đo 22 điểm. Một nghiên

cứu can thiệp có nhóm chứng tại Nhật Bản của Naoko P Kato và cộng sự được công bố năm 2016 [9] cũng cho thấy điểm kiến thức tự chăm sóc của người Nhật Bản bị suy tim trước chương trình can thiệp giáo dục cũng khá thấp với $10,6 \pm 3,2$ điểm ở nhóm nghiên cứu và $8,1 \pm 3,6$ điểm ở nhóm chứng. Như đã đề cập, hơn một nửa số trường hợp suy tim mạn tái nhập viện là do bệnh trầm trọng và là kết quả trực tiếp của việc tự chăm sóc kém [15] và tự chăm sóc là một phần của thành công trong điều trị [16]. Những con số về thực trạng kiến thức tự chăm sóc suy tim của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu tại Nhật Bản, một lần nữa khẳng định sự cần thiết của giáo dục sức khỏe tăng cường nhận thức về tự chăm sóc cho người bệnh suy tim và đây cũng là một trong những nhiệm vụ thiết yếu của người điều dưỡng. Ngay sau can thiệp giáo dục, có sự tăng mạnh điểm kiến thức ($19,38 \pm 2,16$

điểm) và còn duy trì ở mức cao ($17,92 \pm 2,52$ điểm) sau khi kết thúc can thiệp 1 tháng. Kết quả tăng điểm ngay sau can thiệp và giảm điểm sau 1 tháng nhưng vẫn cao hơn so với trước can thiệp với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu kiến thức tự chăm sóc suy tim của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả trong nghiên cứu của Naoko P Kato và cộng sự [9] với tăng điểm ngay sau chương trình giáo dục và giảm điểm nhẹ sau một thời gian kể từ lúc kết thúc can thiệp, đây cũng là bản chất tự nhiên của quá trình lưu giữ kiến thức. Cải thiện kiến thức tự chăm sóc trong nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy hiệu quả của can thiệp giáo dục đã thực hiện trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này cùng với kết quả của nghiên cứu tại Nhật Bản, còn cho thấy sự cần thiết của cung cấp kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn và sự cần thiết phải thường xuyên cung cấp cũng như củng cố, nhắc lại kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh suy tim.

Nhận thức đúng thể nào là suy tim và khả năng kiểm soát suy tim được chứng minh có vai trò quan trọng, giúp người bệnh tự tin để thực hiện các hành vi tuân thủ điều trị, duy trì tự chăm sóc và lối sống tích cực, góp phần giảm tỷ lệ tái nhập viện và tử vong do suy tim nặng lên [13], [16]. Trong tự chăm sóc, việc người bệnh suy tim sử dụng thuốc đúng theo hướng dẫn của bác sĩ, biết được tác dụng làm giảm ứ trệ tuần hoàn, giúp giảm gánh nặng cho tim khi sử dụng thuốc lợi tiểu. Nhận biết được và tránh ăn những thức ăn chứa nhiều muối, nhận biết thức ăn dạng lỏng để hạn chế chất lỏng vào cơ thể có vai trò quan trọng giúp giảm gánh nặng cho tim, tránh tăng nặng suy tim. Biết được sự cần thiết phải bổ sung kali để tránh nguy cơ hạ kali máu do thuốc lợi tiểu [3]. Đây là những kiến thức thiết yếu cần được cung cấp cho người bệnh suy tim mạn giúp người bệnh kiểm soát được tình trạng suy tim. Bên cạnh những kiến thức thiết yếu này, người bệnh suy tim mạn cũng cần có kiến thức về một lối sống tích cực, biết theo dõi trọng lượng cơ thể, đề phòng những

yếu tố làm suy tim nặng lên và biết cách ứng phó khi có triệu chứng nặng bệnh [17].

Trước can thiệp giáo dục, tỷ lệ người bệnh trả lời đúng về những nội dung kiến thức này khá thấp (Bảng 3.2 và 3.3). Mặc dù hầu hết người bệnh tham gia nghiên cứu đều đã từng nằm viện điều trị suy tim và thông thường trước khi ra viện người bệnh đều nhận được đơn thuốc của bác sĩ và những hướng dẫn kèm theo. Có thể lý giải việc không có nhiều người bệnh có kiến thức về những nội dung này từ thực tiễn hoạt động chăm sóc hiện nay, một phần do việc giáo dục sức khỏe trong quá trình người bệnh nằm viện và khi ra viện mặc dù có nhưng có lẽ chưa trọng tâm vào kiến thức tự chăm sóc suy tim hoặc chưa đầy đủ và cụ thể. Mặt khác, có thể như đã đề cập ở trên, là khả năng nhớ của người bệnh, đặc biệt người bệnh trong nghiên cứu đa số lại là người cao tuổi, hơn nữa kiến thức muốn được duy trì cần phải được củng cố, nhắc lại thường xuyên.

Người bệnh có thể tuân thủ điều trị tốt hơn khi họ có kiến thức tốt hơn. Bằng việc giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ 3 - 5 người bệnh, kèm tài liệu phát tay, tờ rơi minh họa phát cho người bệnh đã giúp người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu tăng cường nhận thức về tự chăm sóc.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng thiếu hụt kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trong phạm vi nghiên cứu với điểm trung bình kiến thức chỉ đạt $10,41 \pm 3,54$ điểm trên tổng 22 điểm của thang đo. Nhiều kiến thức của tự chăm sóc giúp kiểm soát triệu chứng, tránh tăng nặng suy tim như: nhận biết thức ăn chứa nhiều muối, thức ăn dạng lỏng, cách kiểm soát cơn khát, bổ sung kali khi dùng thuốc lợi tiểu, tự theo dõi cân nặng và dự phòng nhiễm khuẩn hô hấp đều nhận được tỷ lệ thấp người bệnh trả lời đúng, theo thứ tự là: 34,4%, 41,1%, 3,3%, 20%, 15,6% và 22,2%.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe, có sự cải thiện rõ rệt kiến thức tự chăm sóc suy

tim của người bệnh với điểm trung bình kiến thức đạt $19,38 \pm 2,16$ điểm và còn duy trì ở mức cao $17,92 \pm 2,52$ ở thời điểm 1 tháng sau khi kết thúc can thiệp. Cùng với đó tỷ lệ người bệnh có nhận thức đúng các nội dung kiến thức tự chăm sóc đã đề cập đều tăng lên đáng kể ngay sau can thiệp và giữ ở mức cao sau can thiệp 1 tháng so với trước can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Ngọc Anh (2016). Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tính tại viện Tim Mạch Việt Nam, *Luận văn thạc sỹ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội

2. Bộ Y Tế (2011). Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện. *Thông tư 07/2011/TT-BYT* ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế

3. Hội Tim Mạch học Việt Nam (2015). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim năm 2015, <http://vnha.org.vn/cate.asp?cate_id=168>, truy cập ngày 11/11/2017

4. Nguyễn Đình Thường, Nguyễn Thị Thanh Thủy và Hồ Thị Phương Hạnh (2017). Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân suy tim đang điều trị tại Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, 17, tr. 88- 92

5. Phạm Nguyễn Vinh và các cộng sự (2008). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, *Khuyến cáo 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 438-450

6. Barnason S, Zimmerman L, Young L (2012). An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure. *J Clin Nurs*, 21 (3-4), pp. 448-475

7. Benjamin E. J, Blaha M. J, Chiuve S. E et al (2017), Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, pp. e146-e603

8. Bui A. L, Horwich T. B, Fonarow G. C (2011). Epidemiology and risk profile of heart

failure. *Nat Rev Cardiol*, 8 (1), pp. 30-41

9. Kato N. P, Kinugawa K, Sano M et al (2016). How effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? Lessons from a randomized controlled pilot study. *Patient Prefer Adherence*, 10, pp. 171-181

10. Lainscak M, Cleland J. G, Lenzen M. J et al (2007). Nonpharmacologic measures and drug compliance in patients with heart failure: data from the EuroHeart Failure Survey. *Am J Cardiol*, 99 (6B), pp. 31D-37D

11. Ponikowski P, Anker S. D, AlHabib K. F et al (2014). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail*, 1 (1), pp. 1-25

12. Reilly C. M, Higgins M, Smith A et al (2009). Development, psychometric testing, and revision of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test. *J Cardiovasc Nurs*, 24 (6), pp. 500-509

13. Riegel B, Dickson V. V (2008). A Situation Specific Theory of Heart Failure Self care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3), pp. 190-196

14. Riles E. M, Jain A. V, Fendrick A. M (2014). Medication adherence and heart failure. *Curr Cardiol Rep*, 16 (3), p. 458

15. Ross J. S, Chen J, Lin Z. Q et al (2009). Recent National Trends in Readmission Rates after Heart Failure Hospitalization. *Circulation: Heart Failure*, 3 (1), pp. 97-103

16. Tung H. H, Lin C. Y, Chen K. Y et al (2013). Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congest Heart Fail*, 19 (4), pp. E9-E16

17. White M. F, Kirschner J, Hamilton M. A (2014). Self-care guide for the heart failure patient. *Circulation*, 129 (3), pp. e293-294

18. World Health Organization (2010), *Global status report on noncommunicable diseases*, Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf, Accessed: 9/10/2017