

**THAY ĐỔI KIẾN THỨC TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ
CỦA NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017**

Trần Thu Hiền¹, Trần Văn Long¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹,
Nguyễn Thị Linh¹, Nguyễn Hải Lâm¹
¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tuân thủ điều trị và đánh giá thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Thực hiện can thiệp giáo dục trên 1 nhóm đối tượng và tiến hành so sánh trước – sau. Đối tượng nghiên cứu là 90 người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Dữ liệu được thu thập bằng cách sử dụng một bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để đánh giá thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp và những thay đổi ngay sau can

thiệp cũng như 8 tuần sau can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp tỷ lệ NB có kiến thức về tuân thủ điều trị được cải thiện có ý nghĩa thống kê: điểm trung bình trước can thiệp là $8,57 \pm 3,07$ trên tổng số 37 điểm của thang đo; ngay can thiệp T2 là $21,94 \pm 2,47$ và còn ở mức cao $18,65 \pm 2,97$ ở thời điểm sau can thiệp 8 tuần ($p < 0,001$). **Kết luận:** Kiến thức về tuân thủ điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính NB còn nhận thức hạn chế ở thời điểm trước can thiệp giáo dục nhưng có cải thiện đáng kể sau can thiệp giáo dục

Từ khóa: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tuân thủ điều trị, can thiệp

**CHANGES IN TREATMENT ADHERENCE KNOWLEDGE OF PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AMONG OUTPATIENTS
IN NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2017**

ABSTRACT

Objective: To describe knowledge of adherence and to assess of changing adherence knowledge of patient with chronic obstructive pulmonary disease after an educational intervention. **Method:** An educational intervention was implemented for one group with a pre-post comparison. Study subjects were 90 patients with chronic obstructive pulmonary disease who were treated as outpatients at the Nam Dinh General Hospital. Data was collected

by using a questionnaires to assess the knowledge of the participants at three times: before intervention, after intervention immediately, and 8 weeks after intervention.

Results: After the intervention, adherence knowledge of patient are improved at significant level: before intervention Mean = 8.57 ± 3.07 ; after intervention immediately Mean = 21.94 ± 2.47 and remained high at 18.65 ± 2.97 at 8 weeks after intervention ($p < 0.001$). **Conclusion:** Patients had limited awareness of adherence knowledge before educational intervention. However, adherence knowledge of patient with chronic obstructive pulmonary disease was significantly improved after educational intervention.

Keyword: chronic obstructive pulmonary disease, adherence, intervention

Người chịu trách nhiệm: Trần Thu Hiền
Email: tranhien.ndun@gmail.com
Ngày phản biện: 14/2/2019
Ngày duyệt bài: 4/3/2019
Ngày xuất bản: 14/3/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh phổ biến có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi sự hiện diện của triệu chứng hô hấp và giới hạn dòng khí do đường dẫn khí và/hoặc bất thường ở phế nang thường do bởi tiếp xúc với hạt và khí độc hại [7]. Yếu tố nguy cơ hàng đầu là hút thuốc lá, ngoài ra môi trường không khí bị ô nhiễm nặng, yếu tố phơi nhiễm nghề nghiệp cao làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong của các bệnh đường hô hấp đặc biệt là BPTNMT [4,2]. BPTNMT là vấn đề sức khỏe cộng đồng, thể hiện qua tần suất bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cao và đang tăng lên. Đợt cấp BPTNMT có chi phí lớn nhất trong tổng gánh nặng chung về Y tế, và chi phí tăng theo mức độ nặng của bệnh [6]. Để có thể hạn chế sự diễn tiến của bệnh cần phải có sự nhận thức đúng đắn về sự tuân thủ điều trị của NB (NB) về việc sử dụng thuốc, các biện pháp luyện tập và thay đổi chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh, cai thuốc lá và tái khám đúng lịch là kiến thức, thái độ, thực hành sử dụng dụng cụ theo hướng dẫn của nhân viên y tế ...chính là cơ sở để điều trị hiệu quả, kiểm soát được bệnh, giảm tần suất nhập viện điều trị của NB BPTNMT, từ đó làm giảm gánh nặng chi phí điều trị cho gia đình và xã hội [6]. Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã triển khai chương trình quản lý BPTNMT tại phòng khám ngoại trú từ năm 2009, số NB tham gia vào chương trình quản lý NB BPTNMT là 300 NB. Với mục đích đánh giá hiệu quả của trong việc quản lý NB BPTNMT cung cấp bằng chứng cho thực hành Điều dưỡng và vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài “Thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017” được thực hiện với mục tiêu:

Đánh giá sự thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa

khoa tỉnh Nam Định sau khi can thiệp giáo dục.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu: NB được chẩn đoán là BPTNMT, đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- NB được chẩn đoán theo tiêu chuẩn GOLD 2011
- NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB mắc bệnh rối loạn tâm thần
- NB không có khả năng hợp tác trong chương trình như khó nhận thức, khó giao tiếp thính lực, thị lực kém.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu can thiệp

Đánh giá 1 nhóm đối tượng nghiên cứu tại các thời điểm T1, T2, T3

T1: Tại thời điểm đánh giá ban đầu

T2: Tại thời điểm ngay sau can thiệp

T3: Tại thời điểm sau can thiệp 8 tuần

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu

- p_1 : Tỷ lệ NB có kiến thức đúng về BPTNMT. Xét $p_1 = 0,4$ [5]

- p_2 : Giả thiết can thiệp này có thể tăng kiến thức của NB lên 70%.

Xét $p_2 = 0,7$

$\Delta = p_1 - p_2$

: là giá trị trung bình của p_1 và p_2

- $Z_{\alpha/2}$: là trị số z của phân phối chuẩn cho xác suất $\alpha/2$.

Chọn $\alpha = 0,05$ thì $Z_{\alpha/2} = 2,57$

- Z_{β} : là trị số z của phân phối chuẩn cho xác suất β . Chọn $\beta = 0,1$, thì $Z_{\beta} = 1,28$

Thay số vào $n=79$. Lấy thêm 10% vậy số NB tham gia là 90.

Phương pháp chọn mẫu : Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn bằng phương pháp bốc thăm.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu :

Thông tin sẽ được thu thập trong khoảng 4 tháng từ 01/01/2017 đến 30/4/2017. Số liệu sẽ được thu thập bằng bộ câu hỏi có cấu trúc được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm thu thập các thông tin chung, các thông tin liên quan đến kiến thức về bệnh về chế độ sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, tình trạng sức khỏe, tiền sử bệnh tật, chế độ khám chữa bệnh.

2.4.1. Quy trình tổ chức can thiệp và địa điểm can thiệp

Hội ý kiến bệnh viện và khoa khám bệnh để sử dụng phòng 204 tại khoa khám bệnh để làm phòng tư vấn cho nghiên cứu. Nghiên cứu viên trực tiếp thực hiện thu thập số liệu và can thiệp đối với đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu viên phát tài liệu cho NB đọc 10 phút và sau đó tư vấn trực tiếp 20 phút cho nhóm 3-5 NB bằng nội dung xây dựng sẵn dựa theo chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống bệnh BPTNMT Quyết định 2866/QĐ- BYT ban hành ngày 08 tháng 07 năm 2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” kết hợp một số hình ảnh tờ rơi về kiểm soát BPTNMT không dùng thuốc được phát cho NB.

2.4.2. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhằm thu thập các thông tin chung, các thông tin liên quan đến kiến thức về bệnh về chế độ sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, tình trạng sức khỏe, tiền sử bệnh tật, chế độ khám chữa bệnh dựa trên chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống bệnh BPTNMT Quyết định 2866/QĐ- BYT ban hành ngày 08 tháng 07 năm 2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [1].

Bộ câu hỏi tự điền cấu trúc gồm 3 phần:

- Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.
- Phần 2: Kiến thức chung về bệnh
- Phần 3: Kiến thức về tuân thủ điều trị
 - + Kiến thức tuân thủ sử dụng thuốc
 - + Kiến thức tuân thủ chế độ dinh dưỡng
 - + Kiến thức tuân thủ cai thuốc lá/thuốc lào, uống bia/rượu
 - + Kiến thức tuân thủ chế độ luyện tập – PHCN hô hấp.

Thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu được thực hiện 2 tuần trước khi bắt đầu thu thập dữ liệu. Tiến hành điều tra thử đối tượng phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn (những đối tượng này không tham gia vào đối tượng nghiên cứu được điều tra sau đó nhằm tránh đối tượng đã biết trước nội dung câu hỏi lần đánh giá kiến thức về sau thiếu khách quan) để xác định tính khả thi của bộ thu thập dữ liệu, và để đánh giá độ dài, sự phù hợp của bộ công cụ. Sau đó chúng tôi tiến hành chỉnh sửa và cập nhật bộ công cụ cho phù hợp bằng cách điều chỉnh các câu hỏi và những lựa chọn của câu trả lời. Kết quả thử nghiệm bộ công cụ cho chỉ số cronback alpha = 0,8.

Thời gian can thiệp: Thời gian cho can thiệp là 30 phút/ nhóm NB đọc tài liệu 5 – 10 phút, tư vấn về các nội dung và trả lời thắc mắc 20 phút.

Tiêu chuẩn đánh giá và cách tính điểm: Kiến thức về tuân thủ điều trị BPTNMT gồm 36 câu. Trả lời đúng 1 câu được 1 điểm, trả lời sai không có điểm, sau đó tính tổng điểm. Điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu sẽ được đánh giá như sau: Trả lời đúng < 50% : yếu. Trả lời đúng từ 50% đến <70%: trung bình. Trả lời đúng từ 70% đến < 80%: khá. Trả lời đúng >80% : Tốt.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch sau đó nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0. Số liệu của biến liên tục được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích và

sử dụng Paired – Samples T Test để so sánh 2 giá trị trung bình tại thời điểm trước và sau can thiệp, so sánh 2 giá trị trung bình trước thời điểm can thiệp và sau can thiệp 8 tuần

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Trường đại học Điều Dưỡng Nam Định.

- Được sự đồng ý của đối tượng tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân sẽ được tư vấn và hướng dẫn khám chữa bệnh.
- Đối tượng nghiên cứu được quyền bỏ cuộc ở bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu.
- Thông tin thu được chỉ để phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ người bệnh xác định đúng kiến thức chung về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp giáo dục (n=90)

Nội Dung	T1		T2		T3	
	SL	%	SL	%	SL	%
Khái niệm BPTNMT	5	5,6	57	63,3	42	46,7
Yếu tố nguy cơ của BPTNMT	62	68,9	86	95,6	75	83,3
Yếu tố nguy cơ môi trường	27	30,0	59	65,6	39	43,3
Yếu tố nguy cơ tuổi	58	64,4	83	92,2	75	83,3
Dấu hiệu đợt cấp	12	13,3	52	57,8	36	40,0
Hậu quả đợt cấp	19	21,1	62	68,9	41	45,6
Xét nghiệm đánh giá đợt cấp BPTNMT	28	31,1	69	76,7	66	73,3

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng xác định đúng kiến thức chung về BPTNMT trước can thiệp giáo dục tương đối thấp chỉ có 13,3 % nắm được dấu hiệu đợt cấp hay 21,1% biết được hậu quả đợt cấp của BPTNMT, mặc dù vậy sau can thiệp giáo dục ở cả hai thời điểm ngay sau can thiệp (T2) và sau can thiệp 8 tuần (T3) có mức tăng so với thời điểm (T1).

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh xác định đúng kiến thức về tuân thủ sử dụng thuốc trước và sau can thiệp giáo dục (n=90)

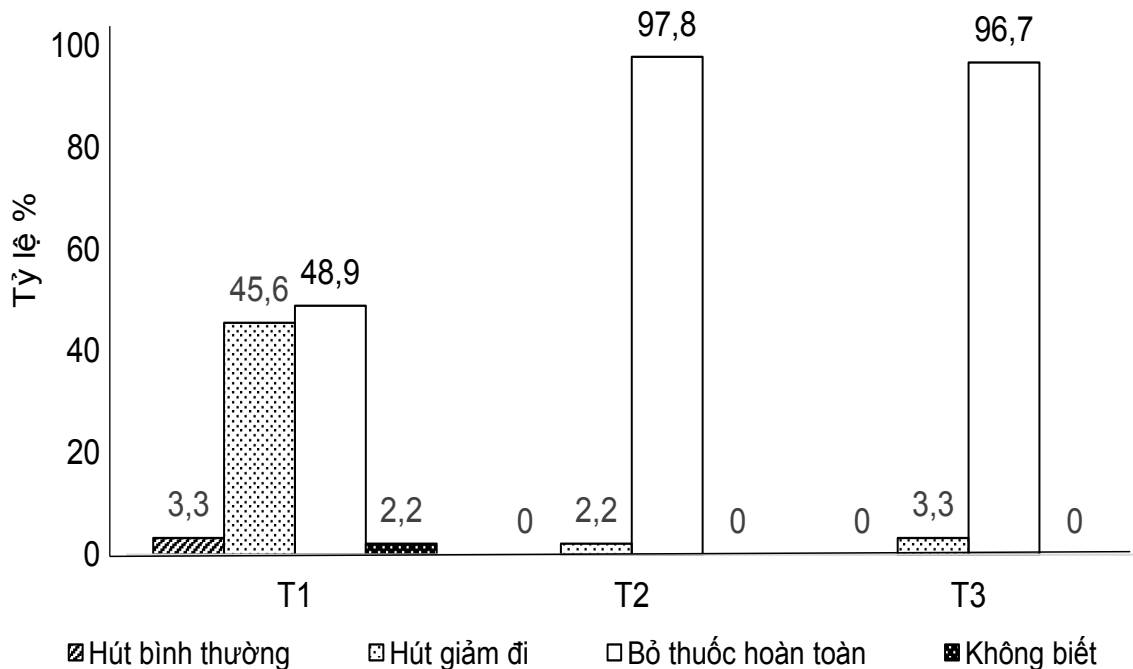
Nội Dung	T1		T2		T3	
	SL	%	SL	%	SL	%
Mục đích tuân thủ sử dụng thuốc	3	3,3	44	48,9	33	36,7
Các bước sử dụng bình xịt định liều	24	26,7	36	40,0	60	66,7
Thời điểm sử dụng bình xịt định liều	10	11,1	24	26,7	21	23,3
Lưu ý sau khi sử dụng bình xịt định liều	9	10,0	63	70,0	39	43,3
Tác dụng phụ có thể gặp khi sử dụng thuốc điều trị BPTNMT	7	7,8	49	54,4	34	37,8

Nhận xét: Chỉ có 3,3% đối tượng hiểu được mục đích của tuân thủ sử dụng thuốc là gì. Sau can thiệp (T2) có sự tăng cao rõ rệt và sau 8 tuần can thiệp (T3) tỷ lệ này vẫn ở mức cao so với thời điểm (T1).

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh xác định đúng kiến thức về tuân thủ chế độ dinh dưỡng trước và sau can thiệp giáo dục (n=90)

Nội Dung	T1		T2		T3	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nguyên tắc xây dựng bữa ăn cho NB BPTNMT	21	23,3	66	73,3	69	67,7
Số bữa ăn/ngày thích hợp	5	5,5	49	54,4	29	32,2
Nhóm thực phẩm thích hợp	16	17,8	39	43,3	40	44,4
Lượng muối/ngày thích hợp	9	10,0	30	33,3	18	20,0

Nhận xét: Chỉ có 5,5% đối tượng có lựa chọn đúng số bữa ăn/ngày thích hợp với tình trạng bệnh, các nội dung khác cũng có tỷ lệ thấp trước can thiệp. Sau can thiệp (T2) có sự tăng cao rõ rệt và sau 8 tuần can thiệp (T3) tỷ lệ này vẫn ở mức cao so với thời điểm (T1).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh xác định đúng kiến thức về tuân thủ hạn chế sử dụng thuốc lá trước và sau can thiệp giáo dục (n=90)

Nhận xét: Tại thời điểm đánh giá sau can thiệp giáo dục (T2) và sau can thiệp 8 tuần (T3) tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng bỏ thuốc lá hoàn toàn chiếm tỷ lệ lần lượt là 97,8% và 96,7%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh xác định đúng kiến thức tuân thủ chế độ luyện tập và phục hồi chức năng hô hấp trước và sau can thiệp giáo dục (n=90)

Nội Dung	T1		T2		T3	
	SL	%	SL	%	SL	%
Số buổi luyện tập/ tuần	11	12,2	48	53,3	41	45,6
Thời gian luyện tập/ buổi	5	5,6	32	35,6	31	34,4
Nguyên tắc luyện tập	11	12,2	73	81,1	56	62,2
Phương pháp thông đờm làm sạch đường thở (ho có kiểm soát)	40	44,4	80	88,9	57	63,3
Kỹ thuật thay thế thở mạnh ra	5	5,6	31	34,4	25	27,8
Mục đích thở chúm môi	7	7,8	13	14,4	10	11,1
Mục đích thở cơ hoành	3	3,3	72	80,0	39	43,3
Sinh hoạt thích hợp với bệnh	38	42,2	80	88,9	65	72,2

Nhận xét: Tại thời điểm trước can thiệp (T1) nội dung kiến thức phục hồi chức năng hô hấp tỷ lệ xác định đúng thấp kiến thức về kỹ thuật ho có kiểm soát là 44,4%; kiến thức kỹ thuật thở mạnh ra là 5,6%; kiến thức kỹ thuật thở chúm môi là 7,8% và kiến thức kỹ thuật thở cơ hoành là 3,3%; nhưng đều được cải thiện sau can thiệp giáo dục.

Bảng 3.5. Kết quả đánh giá chung sự thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp (n=90)

Điểm đánh giá	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình ± SD	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	1	17	8,57± 3,07	
Ngay sau can thiệp (T2)	16	28	21,94 ± 2,47	<i>p(2-1)<0,001</i>
Mức tăng điểm (2-1)	5	20	13,36 ± 3,41	
Sau can thiệp 8 tuần (T3)	10	25	18,65 ± 2,97	<i>p(3-1)<0,001</i>
Mức tăng điểm (3-1)	2	19	10,07 ± 3,29	

Nhận xét: Trước can thiệp, kiến thức về sự tuân thủ điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu có điểm trung bình thấp 8,57± 3,07 trên tổng số 37 điểm. Sau can thiệp đã có sự cải thiện rõ rệt tại thời điểm đánh giá ngay sau can thiệp giáo dục (T2) và sau thời điểm can thiệp 8 tuần (T3).

4. BÀN LUẬN

Kiến thức về sự tuân thủ điều trị và sự thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của NB trước và sau can thiệp giáo dục.

Trước can thiệp, kiến thức về sự tuân thủ điều trị của đối tượng tham gia nghiên cứu có điểm trung bình thấp 8,57± 3,07 (Bảng 3.5). Điều này phản ánh thực tế điều trị NB vẫn chưa quan tâm nhiều đến sự tuân thủ trong điều trị bệnh - một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự diễn biến, tần xuất xuất hiện của đợt cấp của bệnh cũng như chất lượng cuộc sống của người mắc BPTNMT.

Hiệu quả can thiệp được thể hiện rõ qua những thay đổi về tỷ lệ xác định đúng của câu hỏi, cũng như điểm số sau can thiệp tại các thời điểm đánh giá ngay sau can thiệp

(T2) và sau can thiệp 8 tuần (T3) theo trình tự là $21,94 \pm 2,47$ và $18,65 \pm 2,97$. Mặc dù phạm vi nghiên cứu còn hẹp, không cho phép khái quát, nhưng kết quả can thiệp giáo dục trong nghiên cứu này có ý nghĩa nhất định với công tác thực tiễn đặc biệt trong quản lý, giáo dục NB theo chương trình quản lý bệnh mạn tính. Can thiệp giáo dục cho thấy cần thường xuyên có sự đồng đốc tư vấn về kiến thức tuân thủ điều trị và kiểm tra theo từng nội dung tuân thủ điều trị trong BPTNMT: hiểu về kiến thức bệnh, tuân thủ sử dụng thuốc, tuân thủ theo chế độ dinh dưỡng, tuân thủ không sử dụng thuốc lá và tuân thủ theo chế độ luyện tập, phục hồi chức năng hô hấp là cơ sở của những hành động đúng trong tuân thủ điều trị BPTNMT.

Theo nghiên cứu của Hoerl, McCormack thì thông thường người ta có khả năng nhớ được 75% những gì đã học vào lúc kết thúc việc học và lưu giữ được không quá 10% ở thời điểm 30 ngày sau, có nghĩa là hơn 90% những gì đã học sẽ được quên đi từ sau 30 ngày [8]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi phần lớn NB là người cao tuổi có độ tuổi trung bình $72 \pm 8,23$ vì vậy sau thời gian ngắn NB có thể quên phần nào kiến thức đã được tư vấn cụ thể nếu coi mức điểm trung bình 13,36 là NB nhớ 100% thì sau can thiệp 8 tuần thì điểm trung bình giảm còn 10,07 tương đương với NB đã lưu giữ hơn 70% kiến thức. Nói các khác, kết quả của can thiệp trong nghiên cứu đã vượt xa ngoài mong đợi. Nội dung can thiệp phù hợp với các đối tượng nghiên cứu, giới thiệu kiến thức và thực hiện thực hành trước đối tượng nghiên cứu sẽ giúp đối tượng nghiên cứu hiểu và ghi nhớ những nội dung kiến thức truyền đạt. Thấy được vai trò quan trọng trong việc củng cố, nhắc nhở cũng như bổ sung kiến thức. Nội dung can thiệp cần được chuẩn bị chu đáo, có tính cập nhật và thiết thực, có ý nghĩa đối với vấn đề nghiên cứu là sự tuân thủ điều trị của BPTNMT nói riêng, các bệnh mạn tính khác nói chung.

Thực trạng và sự thay đổi kiến thức tuân thủ sử dụng thuốc trước và sau can thiệp giáo dục

Kiến thức tuân thủ thuốc điều trị BPTNMT rất quan trọng, nguyên tắc cơ bản là người bệnh cần uống thuốc theo chỉ dẫn của cán bộ y tế. Chính vì vậy tuân thủ tốt việc uống thuốc không phải là điều dễ dàng nhưng lại có liên quan chặt chẽ đến sự thành công của công tác điều trị BPTNMT. Kiến thức chung về tuân thủ sử dụng thuốc: có 3,3% NB có câu trả lời đúng khi hỏi về mục đích tuân thủ sử dụng thuốc hay có 11,1% NB có câu trả lời đúng thời điểm sử dụng bình xịt định liều trước can thiệp giáo dục (Bảng 3.2).

Sau khi đánh giá kiến thức của NB về sự tuân thủ thuốc, chúng tôi tiến hành can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng cách phát tờ rơi, tuyên truyền giáo dục sức khỏe về tác dụng cũng như cách sử dụng các loại ống hít, ưu điểm và nhược điểm của từng loại thuốc từng nhóm 3-5 NB. Hiệu quả của can thiệp được đánh giá 2 lần, lần 1 ngay sau thời điểm can thiệp, lần 2 sau can thiệp 8 tuần.

Kết quả thu được sau 2 lần can thiệp:

Tại thời điểm ngay sau can thiệp, có 3,3% NB có câu trả lời đúng khi hỏi về mục đích tuân thủ sử dụng thuốc hay có 11,1% NB có câu trả lời đúng thời điểm sử dụng bình xịt định liều tại thời điểm T1 lên mức 63,3% và 57,8% tại thời điểm T2 và thời điểm T3 là 46,7% và 40%.

Thực trạng và sự thay đổi kiến thức tuân thủ chế độ dinh dưỡng trước và sau can thiệp giáo dục

Kiến thức tuân thủ chế độ ăn có vai trò rất quan trọng trong phòng ngừa BPTNMT và giảm các yếu tố nguy cơ, tác dụng phụ của thuốc cũng như góp phần làm giảm liều và lượng thuốc uống nhưng là vấn đề khó khăn trong việc áp dụng do đời sống xã hội, nhận thức của người bệnh, do thói quen ăn uống sinh hoạt gia đình đã hình thành từ trước. Hơn nữa phong tục tập quán của người Việt thường sống và ăn cùng con cháu nên rất khó thực hiện chế độ ăn riêng dành cho người mắc BPTNMT [5]. Tại đây ghi nhận có 94,5% NB chưa có kiến thức đúng về lựa chọn số bữa ăn, và 90% NB chưa có câu trả lời đúng về lượng muối nên sử dụng trong 1 ngày thích

hợp trước can thiệp giáo dục (Bảng 3.3). Sau can thiệp (T2) có sự tăng cao rõ rệt và sau 8 tuần can thiệp (T3) tỷ lệ này vẫn ở mức cao so với thời điểm (T1).

Thực trạng và sự thay đổi kiến thức kiến thức tuân thủ không sử dụng thuốc lá/ thuốc lào

Kiến thức tuân thủ sử dụng thuốc lá/thuốc lào: Biểu đồ 3.1 đã cho biết phân loại kiến thức tuân thủ không sử dụng thuốc lá/thuốc lào của NB BPTNMT, nghiên cứu ghi nhận sử dụng thuốc lá là yếu tố gây ảnh hưởng trực tiếp đến tình hình bệnh tật của NB [4]. Tại thời điểm đánh giá sau can thiệp giáo dục (T2) và sau can thiệp 8 tuần (T3) tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng bỏ thuốc lá hoàn toàn chiếm tỷ lệ lần lượt là 97,8% và 96,7%. Qua 1 lần can thiệp và 3 lần đánh giá. Đánh giá trước can thiệp, đánh giá ngay sau can thiệp và sau can thiệp 8 tuần cũng ghi nhận kết quả kiến thức tuân thủ sử dụng thuốc lá/ thuốc lào, rượu/bia có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Thực trạng và sự thay đổi kiến thức về tuân thủ chế độ luyện tập và phục hồi chức năng hô hấp trước và sau can thiệp giáo dục

Khi giới thiệu về chế độ luyện tập dành cho NB BPTNMT, nhiều NB chưa biết đến hình thức luyện tập này, nên khi thực hiện đánh giá đã thu được kết quả 93,3% NB có kiến thức yếu về chế độ luyện tập cho BPTNMT và 100% NB có kiến thức yếu về chế độ phục hồi chức năng hô hấp BPTNMT. Cụ thể sự hiểu biết về các kỹ thuật phục hồi chức năng hô hấp bao gồm mục đích kỹ thuật ho có kiểm soát, mục đích kỹ thuật thở chúm môi hay mục đích kỹ thuật thở cơ hoành lần lượt là 44,4%; 7,8%; 3,3% trước can thiệp giáo dục. Khi thực hiện đánh giá ở thời điểm T2, T3, kết quả thu được sự can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

5. KẾT LUẬN .

Trước can thiệp, kiến thức về sự tuân thủ điều trị BPTNMT của NB còn rất hạn chế. Sau can thiệp kiến thức về sự tuân thủ điều trị BPTNMT của NB đã được cải thiện rõ rệt

ở từng nội dung kiến thức tuân thủ điều trị đặc biệt nội dung hướng dẫn về kiến thức về tuân thủ chế độ luyện tập và phục hồi chức năng hô hấp. Điều này thể hiện rõ rệt qua tăng điểm trung bình tại thời điểm đánh giá ngay sau can thiệp là $13,36 \pm 3,41$ và đánh giá tại thời điểm sau can thiệp 8 tuần là $10,07 \pm 3,29$. Kết quả góp phần khuyến khích ứng hộ quan điểm cần thường xuyên tư vấn kiến thức, kiểm tra và cập nhật kiến thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 2866/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, Hà Nội.
2. Ngô Quý Châu (2012), *Bệnh học Nội khoa - Đại học Y Hà Nội*, 42-54.
3. Trần Thị Hằng và Hoàng Hà (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt bùng phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn”, *Tạp chí Khoa học & Công nghệ - Đại học Y dược Thái Nguyên*. 89(1), tr. 95-99.
4. Trịnh Mạnh Hùng (2012), “Nghiên cứu một số yếu tố làm xuất hiện nhiều đợt cấp trong năm ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học thực hành*. 825, tr. 121-122
5. Nguyễn Minh Phúc (2014), “Khảo sát nhận thức của bệnh nhân về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Nội Tổng Hợp bệnh viện đa khoa Thống Nhất năm 2014”, *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai 2014*, tr. 14-21.
6. Vũ Xuân Phú (2012), “Chi phí điều trị của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Trung ương, năm 2009”, *Y học thực hành*. 804, tr. 51-53.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2017), 2 G.truy cập ngày 18/2/2017, tại trang www.goldcopd.org.
8. C Hoerl và T McCormack (2001), *Time and Memory: Issues in Philosophy and Psychology*, Oxford University Press, New York.