

**THAY ĐỔI THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN
TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH**

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 thực hành tự chăm sóc và đánh giá sự thay đổi thực hành 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 81 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). Sử dụng bộ câu hỏi về tự chăm sóc Self - care of heart failure index (SCHFI) bản tiếng Việt đã được dùng trong nghiên cứu của Kiều Thị Thu Hằng tại Viện tim mạch Việt Nam 2011 và kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,80 trước khi áp dụng cho nghiên cứu này.

Kết quả: Với phổ điểm từ 0 - 100 điểm, điểm thực hành chăm sóc của người bệnh suy tim mạn ở cả 3 lĩnh vực (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc, sự tự tin) đều thấp trước can thiệp và đã tăng lên sau can thiệp 1 tháng với điểm trung bình thực hành trước và sau can thiệp cho mỗi lĩnh vực lần lượt là: Duy trì chăm sóc từ $41,52 \pm 20,51$ điểm tăng lên $53,90 \pm 20,03$ điểm; Quản lý chăm sóc từ $35,56 \pm 15,21$ điểm tăng lên $52,96 \pm 15,08$ điểm và Sự tự tin từ $50,45 \pm 16,11$ điểm tăng lên $59,31 \pm 14,68$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy thực trạng thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước can thiệp còn hạn chế. Can thiệp giáo dục thực hiện trong nghiên cứu đã cải thiện thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn và cần được người điều dưỡng duy trì và thực hiện thường xuyên.

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

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

ABSTRACT

Objective: To describe the reality of and to evaluate the changes in self-care practice 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 81 patients with chronic heart failure in Nam Dinh general hospital. The educational program based on the American heart association guideline for heart failure self care, 2014 and Vietnam National Heart Association, 2015 and the

Người chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hồng Nhung
Email: phamhongnhung7488@gmail.com

Ngày phản biện: 25/5/2019

Ngày duyệt bài: 20/6/2019

Ngày xuất bản: 22/7/2019

*evaluation based on the Self - care of heart failure index (SCHFI) with confidence index Cronbach alpha of 0.80. **Results:** Range of score: 0-100 in all 3 areas (Self-care Maintenance, Self-care Management, Self-care confidence) were limited before intervention and increased at the time of one month later with the mean score of self care practice before intervention before and after intervention for each field respectively: Self-care Maintenance from 41.52 ± 20.51 score increased to 53.90 ± 20.03 score; Self-care Management Maintenance from $35,56 \pm 15,21$ score increased to $52,96 \pm 15,08$ score; Self-care confidence from $50,45 \pm 16,11$ score increased to $59,31 \pm 14,68$ score (statistical significance with *p* values of 0.001). **Conclusion:** This study revealed the reality of limitation of self-care practice among participants with chronic heart failure. The educational intervention improved considerably self-care practice of heart failure for the patients within programme and needs to be implemented regularly by registered nurses.*

Keywords: self-care, patients, chronic heart failure

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng bệnh lý ngày càng phổ biến. Theo thống kê, trên toàn thế giới có khoảng 26 triệu người đang sống với suy tim [10]. Tại Việt Nam, tuy chưa có số liệu thống kê chính thức, song theo tần suất mắc bệnh của thế giới thì ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người nước ta bị suy tim [4]. Suy tim mạn tính đã và đang trở thành vấn đề sức khỏe cho toàn nhân loại, là gánh nặng cho người bệnh, gia đình người bệnh khi tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày sau xuất viện khoảng 25% [12] và tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau mắc lên tới khoảng 50% [6].

Suy tim mạn với tiên lượng xấu và sự suy giảm của bệnh không phải lúc nào cũng có thể ngăn ngừa nhưng có thể điều trị làm

chậm sự tiến triển, hạn chế biến chứng. 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 [14]. 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). Tự tin là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả của việc tự chăm sóc [11].

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 [15]. 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 [9]. 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 đặc biệt giáo dục cho người bệnh suy tim mạn để người bệnh có đầy đủ kỹ năng thực hành 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 [5]. Đề tài “Thay đổi thực hành 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 thực hành 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 thực hành 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 81 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 và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ 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. 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 dùng trong nghiên cứu tham khảo dựa trên bộ câu hỏi Self - care of heart failure index (SCHFI) đã được áp dụng trong nghiên cứu của Kiều Thị Thu Hằng cho người bệnh suy tim mạn tại Viện tim mạch Việt Nam năm 2011 [2]. 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 thực hành tự chăm sóc trong suy tim mạn để thu thập số liệu tại 2 thời điểm: Trước can thiệp (T1) và Sau can thiệp 1 tháng (T2). 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 (T2), sẽ được liên hệ hẹn gặp và đánh giá tại nhà (48 đối tượng).

Thang đo và cách đánh giá:

Gồm 22 câu hỏi chia làm 3 lĩnh vực: duy trì chăm sóc (10 câu), quản lý chăm sóc (6 câu) và sự tự tin (6 câu). Số điểm cho

mỗi hành vi phụ thuộc vào sự lựa chọn của người bệnh với điểm cao nhất là 4. Mỗi lĩnh vực thực hành tự chăm sóc (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin) được tính riêng với phổ điểm từ 0 - 100.

Phân loại thực hành:

≥70 điểm: Thực hành tự chăm sóc đạt;

< 70 điểm: Thực hành tự chăm sóc không đạt.

2.7. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 18.0. Sử dụng kiểm định so sánh giá trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ để phân tích sự khác biệt 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 81 người bệnh tham gia nghiên cứu là 66,8 ± 9,6 tuổi, trong đó 84,0% người bệnh ≥ 60 tuổi; người bệnh nữ chiếm 53,1%. Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều đã nằm viện điều trị suy tim mạn từ 2 lần trở lên trong đó có 69,1% người bệnh nằm viện nhiều hơn 2 lần để điều trị suy tim.

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

Bảng 3.1. Thực hành của người bệnh về tự chăm sóc trước và sau can thiệp (n=81)

Lĩnh vực thực hành	Thời điểm đánh giá	Điểm			p (t-test)
		Thấp nhất (Min)	Cao nhất (Max)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	
Duy trì chăm sóc	T1	10	86,66	41,52 ± 20,51	< 0,001
	T2	13,33	89,99	53,90 ± 20,03	
Quản lý chăm sóc	T1	5	75	35,56 ± 15,21	< 0,001
	T2	20	80	52,96 ± 15,08	
Sự tự tin	T1	11,12	88,96	50,45 ± 16,11	< 0,001
	T2	22,24	88,96	59,31 ± 14,68	

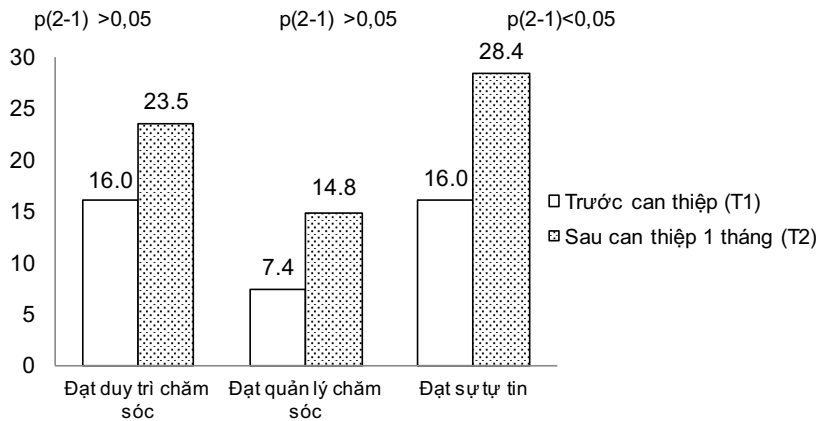
Kết quả bảng 3.1 cho thấy, trước can thiệp điểm trung bình các lĩnh vực thực hành trong tự chăm sóc còn thấp, sau can thiệp 1 tháng đã có sự thay đổi. Cụ thể với phổ điểm dao động từ 0 - 100 điểm thì:

Điểm trung bình duy trì chăm sóc trước can thiệp là 41,52 ± 20,51 điểm đã tăng lên đạt 53,90 ± 20,03 điểm sau can thiệp.

Điểm trung bình quản lý chăm sóc trước can thiệp là 35,56 ± 15,21 điểm đã tăng lên đạt 52,96 ± 15,08 điểm sau can thiệp.

Điểm trung bình sự tự tin trước can thiệp là 50,45 ± 16,11 điểm đã tăng lên đạt 59,31 ± 14,68 điểm sau can thiệp.

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: Tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc suy tim trước và sau can thiệp (n=81)

Biểu đồ 3.1 cho thấy, trước can thiệp, chỉ có 16,0% người bệnh đạt duy trì chăm sóc; 7,4% người bệnh đạt quản lý chăm sóc và 16,0% người bệnh đạt lĩnh vực tự tin trong tự chăm sóc.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe 1 tháng, tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc đã tăng lên, cụ thể: duy trì chăm sóc đạt là 23,5% (tăng 7,5% so với trước can thiệp); quản lý chăm sóc đạt 14,8% (tăng 7,4% so với trước can thiệp) và sự tự tin đạt 28,4% (tăng 12,4% so với trước can thiệp).

Sự thay đổi tỷ lệ người bệnh đạt duy trì chăm sóc, đạt quản lý chăm sóc trước và sau can thiệp 1 tháng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự thay đổi tỷ lệ người bệnh đạt sự tự tin trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn được đánh giá tại thời điểm T1 (trước can thiệp) và thời điểm T2 (sau can thiệp 1 tháng). Bảng 3.2, Biểu đồ 3.2 và Biểu đồ 3.3 thể hiện kết quả của những nội dung này.

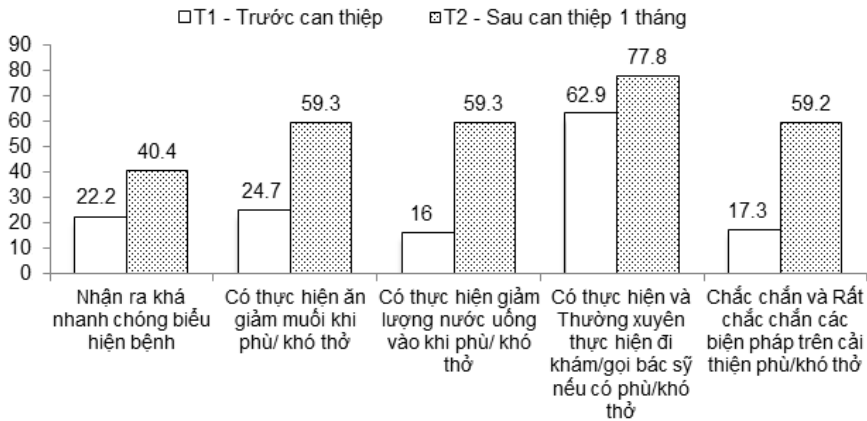
Bảng 3.2: Kết quả thực hiện theo thực hành “Duy trì chăm sóc” của người bệnh tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp 1 tháng (n=81)

Duy trì chăm sóc		Thời điểm đánh giá			
		T1		T2	
		Số NB	Tỷ lệ %	Số NB	Tỷ lệ %
Theo dõi cân nặng	Không hoặc hiếm khi	42	51,9	14	17,3
	Thỉnh thoảng	21	25,9	50	61,7
	Thường xuyên	16	19,8	10	12,3
	Hàng ngày	2	2,4	7	8,7
Theo dõi phù chân	Không hoặc hiếm khi	40	49,5	14	17,3
	Thỉnh thoảng	21	25,9	28	34,6
	Thường xuyên	7	8,6	22	27,1
	Hàng ngày	13	16,0	17	21,0
Dự phòng bệnh	Không hoặc hiếm khi	37	45,7	15	18,5
	Thỉnh thoảng	30	37,0	40	49,4
	Thường xuyên	10	12,3	16	19,8
	Luôn luôn	4	5,0	10	12,3

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Hoạt động thể lực	Không hoặc hiếm khi	6	7,4	2	2,5
	Thỉnh thoảng	25	30,9	14	17,3
	Thường xuyên	33	40,7	50	61,7
	Hàng ngày	17	21,0	15	18,5
Khám định kỳ	Không hoặc hiếm khi	12	14,8	0	0
	Thỉnh thoảng	25	30,9	35	43,2
	Thường xuyên	29	35,8	31	38,3
	Luôn luôn	15	18,5	15	18,5
Chế độ ăn giảm muối	Không hoặc hiếm khi	17	21,0	8	9,9
	Thỉnh thoảng	34	42,0	26	32,1
	Thường xuyên	21	25,9	28	34,6
	Hàng ngày	9	11,0	19	23,4
Tập thể dục 30 phút	Không hoặc hiếm khi	2	2,4	0	0
	Thỉnh thoảng	25	30,9	17	21,0
	Thường xuyên	37	45,7	48	59,2
	Hàng ngày	17	21,0	16	19,8
Quên uống 1 thuốc trong đơn thuốc hàng ngày	Không hoặc hiếm khi	14	17,3	35	43,2
	Thỉnh thoảng	43	53,1	31	38,3
	Thường xuyên	23	28,4	15	18,5
	Hàng ngày	1	1,2	0	0
Lưu ý giảm muối khi ăn ở nhà hàng	Không hoặc hiếm khi	43	53,1	22	27,1
	Thỉnh thoảng	19	23,5	34	42,0
	Thường xuyên	11	13,6	9	11,1
	Luôn luôn	8	9,8	16	19,8
Có nhắc nhở để uống thuốc	Không hoặc hiếm khi	34	42,0	15	18,5
	Thỉnh thoảng	25	30,9	32	39,5
	Thường xuyên	16	19,8	23	28,4
	Hàng ngày	6	7,3	11	13,6

Trước can thiệp, có đến hơn một nửa số người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng (chiếm 51,9%) sau can thiệp tỷ lệ này giảm xuống còn 17,3%; tỷ lệ người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù trước can thiệp chiếm 49,5%, sau can thiệp giảm còn 17,3%; chỉ có 17,3% người bệnh trước can thiệp không hoặc hiếm khi quên uống thuốc trong đơn thuốc hàng ngày, sau can thiệp tỷ lệ này đã được cải thiện đáng kể đạt 43,2%; trước can thiệp có tới 53,1% người bệnh không hoặc hiếm khi yêu cầu cho ít muối khi đi ăn ở bên ngoài, sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ này đã giảm một nửa chỉ còn 27,2%; tỷ lệ người bệnh thường xuyên và hàng ngày sử dụng cách nhắc nhở để nhớ uống các loại thuốc hàng ngày trong đơn thuốc đã tăng từ 27,1% lên đến 42%.



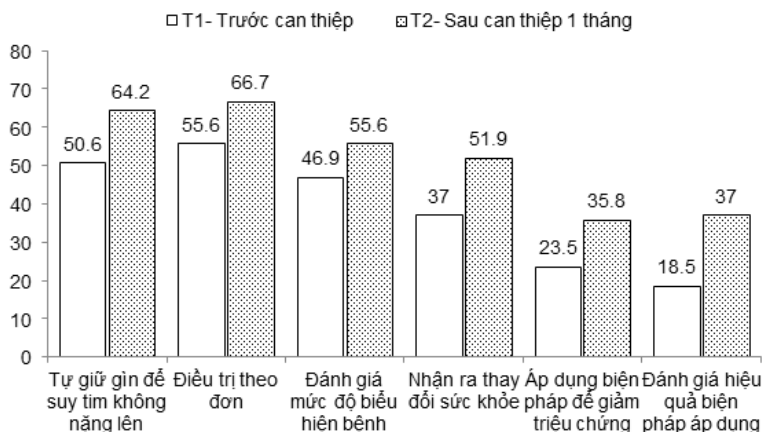
Biểu đồ 3.2: Thực hành “Quản lý chăm sóc” của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy: trước can thiệp, thực hành quản lý tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu còn hạn chế. Sau can thiệp đã có sự thay đổi, cụ thể như sau:

Thực hành tự chăm sóc trong việc nhận ra các dấu hiệu của bệnh suy tim: trước can thiệp chỉ có ít người bệnh (22,2%) “Nhận ra khá nhanh chóng” phù/khó thở là biểu hiện của bệnh suy tim. Sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng gấp đôi đạt 44,4%.

Thực hành có biện pháp khắc phục khi người bệnh suy tim mạn gặp dấu hiệu phù/khó thở: trước can thiệp chỉ có ít người bệnh (24,7%) có thực hiện ăn giảm muối và cũng chỉ có ít người bệnh (16,0%) thực hiện giảm lượng nước uống vào. Sau can thiệp tỷ lệ này đã có sự thay đổi với 59,3% người bệnh đã thực hiện ăn giảm muối và giảm lượng nước uống vào khi bị phù/ khó thở; Tỷ lệ người bệnh có thực hiện và thường xuyên thực hiện đi khám bệnh/gọi bác sỹ để được tư vấn cũng tăng từ 62,9% lên 77,8%.

Về thực hành đánh giá hiệu quả của các biện pháp xử lý cũng có sự thay đổi trước và sau can thiệp khi tỷ lệ trước can thiệp chỉ có 17,3% người bệnh lựa chọn “Chắc chắn” và “Rất chắc chắn” các biện pháp xử lý trên sẽ cải thiện được tình trạng phù/ khó thở. Sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng lên 59,2% (tăng 41,9%).



Biểu đồ 3.3: Mức độ Tự tin trong tự chăm sóc của NB tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp (n=81)

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy đã có sự thay đổi về Tự tin trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp, cụ thể như sau:

Người bệnh “Tự tin” trong việc tự giữ giữ gìn để suy tim không nặng lên trước can thiệp là 50,60% đã tăng lên đạt 64,20% sau can thiệp 1 tháng; Người bệnh “Tự tin” trong việc điều trị theo đơn đã tăng từ 55,6% lên 66,7%; Người bệnh “Tự tin” trong việc đánh giá mức độ biểu hiện suy tim đã tăng từ 46,9% lên 55,6%; Người bệnh “Tự tin” trong việc nhận ra các thay đổi về sức khỏe đã tăng từ 37,0% lên 51,90%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 81 người bệnh (NB) suy tim mạn điều trị nội trú tại Khoa nội tim mạch - BVĐK tỉnh Nam Định từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2018.

Về tuổi, người bệnh có tuổi trung bình là $66,8 \pm 9,6$ tuổi. Tỷ lệ người bệnh cao tuổi chiếm tỷ lệ cao (84,0%). Do đó, có thể thấy rằng ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở người cao tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $61,2 \pm 14,9$ tuổi và trong nghiên cứu trên NB suy tim nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Huế (2017) cũng cho kết quả tỷ lệ người bệnh suy tim ở độ tuổi trên 70 tuổi cao hơn so với các độ tuổi khác [3]. Những đặc điểm về tuổi này củng cố 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.

Về số lần nằm viện điều trị suy tim, tỷ lệ người bệnh nằm viện nhiều hơn 2 lần để điều trị suy tim chiếm tỷ lệ khá cao với 69,1%. Điều này được lý giải do suy tim mạn là tình trạng bệnh có tỷ lệ tái nhập viện

cao [7]. Tình trạng bệnh nặng ảnh hưởng lớn đến hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nghiên cứu đã tiến hành GDSK cho từng nhóm nhỏ (3-5) NB suy tim mạn nằm nội trú về thực hành tự chăm sóc có kèm tài liệu và tờ rơi được xây dựng trước. Sau can thiệp giáo dục 1 tháng thực hành tự chăm sóc của NB đã có sự thay đổi. Điều này thể hiện qua sự thay đổi điểm trung bình thực hành trong 3 lĩnh vực tự chăm sóc (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin) của người bệnh. Trước can thiệp điểm trung bình của 3 lĩnh vực trong tự chăm sóc còn thấp, sau can thiệp đã có sự thay đổi, cụ thể như sau: Với phổ điểm từ 0 - 100 điểm cho cả 3 lĩnh vực, Duy trì chăm sóc : điểm trung bình tăng từ $41,52 \pm 20,51$ điểm trước can thiệp lên $53,90 \pm 20,03$ điểm sau can thiệp 1 tháng; Quản lý chăm sóc: điểm trung bình tăng từ $35,56 \pm 15,21$ điểm lên $52,96 \pm 15,08$ điểm sau can thiệp; Sự tự tin: điểm trung bình tăng từ $50,45 \pm 16,11$ điểm lên $59,31 \pm 14,68$ điểm sau can thiệp. Sự khác biệt cả 3 lĩnh vực đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương tự với nghiên cứu nâng cao thực hành tự chăm sóc đã được thực hiện ở bệnh viện thuộc miền Đông Iran [16] và một nghiên cứu can thiệp nâng cao tự chăm sóc cho người bệnh suy tim ở Nhật Bản (2016) [8]. Sau can thiệp 1 tháng đều có sự cải thiện tự chăm sóc của NB.

Tỷ lệ NB đạt duy trì chăm sóc tăng từ 16,0% trước can thiệp lên 23,5% sau can thiệp. Lý giải cho kết quả còn khiêm tốn này là vì cải thiện hành vi được chứng minh là khó hơn nhiều so với thay đổi nhận thức. Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng tăng tỷ lệ người bệnh đạt duy trì chăm sóc thêm 7,5% là một con số có ý nghĩa thực tiễn và đặc biệt điều này cho thấy, trong thực hành chăm sóc điều dưỡng, việc giáo dục

sức khỏe cho người bệnh cần phải được thực hiện thường xuyên. Đây cũng chính là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh.

Tỷ lệ NB đạt quản lý chăm sóc tăng từ 7,4% trước can thiệp lên 14,8% sau can thiệp 1 tháng. Sự khác biệt về tỷ lệ NB đạt quản lý chăm sóc trước và sau can thiệp tuy không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ nhưng có ý nghĩa về mặt lâm sàng là sau can thiệp có thêm người bệnh (7,4%) đạt quản lý tự chăm sóc, đồng thời cũng khích lệ người điều dưỡng trong việc kiên trì tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim mạn.

Tỷ lệ người bệnh đạt sự tự tin trong tự chăm sóc tại thời điểm ban đầu chỉ là 16,0%, sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ này đã tăng thêm 12,4% (đạt 28,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua đó chứng minh được tầm quan trọng của tư vấn thường xuyên, đầy đủ các lĩnh vực tự chăm sóc và đặc biệt là vai trò của người điều dưỡng trong việc giúp người bệnh tự tin để thực hiện các hành vi tự chăm sóc có lợi cho sức khỏe.

Sau can thiệp GDSK, từng hành vi thực hành cụ thể của NB tham gia nghiên cứu đã thay đổi đáng kể. NB không hoặc hiếm khi quên uống thuốc hàng ngày đã lên tới 43,2% (tăng 25,9% so với trước can thiệp; tỷ lệ NB thực hiện ăn giảm muối thường xuyên và hàng ngày đã tăng từ 36,9% lên 68%; Về các cách xử lý khi gặp phù/khó thở ở người bệnh suy tim, trước can thiệp, người bệnh suy tim bị phù/ khó thở nhưng có thực hiện ăn giảm muối chỉ đạt 24,7%; cũng chỉ có 16% người bệnh có thực hiện giảm lượng nước uống vào. Sau can thiệp, 2 tỷ lệ này đã tăng lên 59,3%; Trước can thiệp có ít người bệnh (37,0%) tự tin trong việc nhận ra thay đổi sức khỏe của mình, sau can thiệp đã tăng và đạt 51,90%. Mặc dù đánh giá thực hành chăm sóc dựa trên báo cáo lại hành vi tự chăm sóc của người

bệnh trước đó là phương pháp thường được áp dụng và có nhiều ưu điểm. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có hạn chế bởi không quan sát được trực tiếp hành vi tự chăm sóc của người bệnh và phụ thuộc vào khả năng nhớ lại của người bệnh.

Như vậy, sau can thiệp GDSK của chúng tôi, cả 3 lĩnh vực trong tự chăm sóc đều có sự cải thiện nhưng tỷ lệ đạt vẫn chưa cao. Điều này cũng tương tự với 1 số nghiên cứu can thiệp đã thực hiện ở nước ngoài. Lý giải cho điều này đã có nhiều nghiên cứu chứng minh tự chăm sóc là kém ở người bệnh suy tim mạn và việc áp dụng kỹ năng tự chăm sóc, tuân thủ các phác đồ điều trị là khá phức tạp và thay đổi hành vi là khá khó khăn [13]. Dù người bệnh có kinh nghiệm và đã được tư vấn về bệnh và cách chăm sóc xong việc đưa ra các quyết định tự chăm sóc phù hợp không phải là dễ dàng. Điều này cho thấy việc giáo dục người bệnh cần phải thực hiện liên tục, lâu dài và nên tập trung vào các kỹ năng tự chăm sóc để NB thực hành tự chăm sóc tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực trạng thực hành tự chăm sóc ở cả 3 lĩnh vực còn chế (với phổ điểm từ 0 - 100 điểm): Duy trì chăm sóc chỉ đạt $41,52 \pm 20,51$ điểm và chỉ có 16,0% người bệnh đạt duy trì chăm sóc; Quản lý chăm sóc chỉ đạt $35,56 \pm 15,21$ điểm và chỉ có 7,4% người bệnh đạt quản lý chăm sóc; Sự tự tin đạt $50,45 \pm 16,11$ điểm và chỉ có 16,0% người bệnh đạt tự tin trong tự chăm sóc.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe, có sự cải thiện thực hành tự chăm sóc suy tim của người bệnh, cụ thể: Duy trì chăm sóc điểm trung bình từ $41,52 \pm 20,51$ trước can thiệp lên $53,90 \pm 20,03$ điểm sau can thiệp 1 tháng; Quản lý chăm sóc: điểm trung bình tăng từ $35,56 \pm 15,21$ điểm lên $52,96 \pm 15,08$ điểm sau can thiệp; Sự tự tin: điểm trung bình tăng từ $50,45 \pm 16,11$ điểm lên $59,31 \pm 14,68$ điểm sau can thiệp.

Sự khác biệt cả 3 lĩnh vực đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ người bệnh đạt duy trì chăm sóc sau can thiệp là 23,5% (so với 16,0% trước can thiệp); tỷ lệ người bệnh đạt quản lý chăm sóc là 14,8% (so với 7,4% trước can thiệp), tỷ lệ người bệnh đạt sự tự tin là 28,4% tăng lên 12,4% (so với 16,0% 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. Kiều Thị Thu Hằng (2011). Bước đầu ứng dụng thang điểm SCHFI đánh giá vấn đề tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim được điều trị tại viện Tim mạch Việt Nam, Trường Đại học y Hà Nội.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Cowie M. R, Fox K. F, Wood D. A et al (2002). Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*, 23 (11), pp. 877-885.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Riegel B, Dickson V. V (2008). A Situation Specific Theory of Heart Failure Self care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3), pp. 190-196.
12. Riles E. M, Jain A. V, Fendrick A. M (2014). Medication adherence and heart failure. *Curr Cardiol Rep*, 16 (3), pp. 458.
13. Rosamond W, Flegal K, Friday G et al (2007). Heart disease and stroke statistics--2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 115 (5), pp. e69-171.
14. 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.
15. 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.
16. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Howard A. F et al (2013). A supportive-educational intervention for heart failure patients in iran: the effect on self-care behaviours. *Nurs Res Pract*, 2013, pp. 492729.