

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ QUẢNG NINH

Khoa Y



ĐỀ TÀI NCKH CẤP CƠ SỞ

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH
PHÒNG BIẾN CHỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2021**

**Chủ nhiệm đề tài: NGUYỄN THỊ THƠM
NGUYỄN THÚY NGÀ**

QUẢNG NINH - 2021

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ADA (American Diabetes Association)	Hiệp hội đái tháo đường Mỹ
ĐTĐ	Đái tháo đường
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
IDF (International Diabetes Federation)	Liên đoàn đái tháo đường thế giới
WHO (World Health Organization)	Tổ chức Y tế thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	3
Chương 1	4
TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Định nghĩa đái tháo đường	4
1.2. Chẩn đoán bệnh đái tháo đường	4
1.4. Biểu chứng	7
1.5. Phòng biến chứng của bệnh đái tháo đường	10
1.6. Các nghiên cứu về kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường	12
1.7. Địa bàn nghiên cứu	14
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	15
2.1. Đối tượng nghiên cứu	15
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	15
2.3. Thiết kế nghiên cứu	15
2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu	15
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	16
2.6. Các biến số nghiên cứu	16
2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá	17
2.8. Phương pháp phân tích số liệu	18
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	19
2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số	19
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	20
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	20
3.2 Kiến thức và thực hành phòng biến chứng đái tháo đường type 2	21
3.3 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ type 2	24
BÀN LUẬN	27
KẾT LUẬN	36
TÀI LIỆU THAM KHẢO	38
PHỤ LỤC 1	40

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1 Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.....	20
Bảng 3.2 Thông tin về tiền sử bệnh.....	21
Bảng 3.3 Kiến thức về bệnh và biến chứng bệnh ĐTĐ type 2	21
Bảng 3.4 Kiến thức về sử dụng thuốc của bệnh ĐTĐ type 2.....	21
Bảng 3.5 Kiến thức về chế độ ăn và luyện tập thể dục để phòng biến chứng ĐTĐ type 2	22
Bảng 3.6 Kiến thức về phòng ngừa biến chứng của ĐTĐ type 2	22
Bảng 3.7 Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng của ĐTĐ	23
Bảng 3.8 Thực hành về chế độ ăn phòng biến chứng của ĐTĐ	23
Bảng 3.9 Thực hành về chế độ không sử dụng rượu bia, thuốc lá phòng biến chứng của ĐTĐ	23
Bảng 3.10 Thực hành về luyện tập phòng biến chứng.....	23
Bảng 3.11 Thực hành về dùng thuốc phòng biến chứng.....	24
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức phòng biến chứng của ĐTĐ type 2	24
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ type 2	25
Bảng 3.14 Mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh với kiến thức phòng chống biến chứng của ĐTĐ type 2	25
Bảng 3.15 Mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh với thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ type 2	26

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2 ...	22
Biểu đồ 3.2. Thực hành chung về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường.....	24

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 là thể thường gặp nhất, chiếm tới 90% các thể ĐTĐ. Đây một bệnh mạn tính, có xu hướng tăng nhanh trong thời gian gần đây, trở thành một trong những căn bệnh phổ biến nhất trên toàn thế giới. Theo thống kê của Hiệp hội ĐTĐ quốc tế (IDF) vào năm 2000, ước tính toàn cầu về số người trưởng thành sống chung với bệnh tiểu đường là 151 triệu người. Đến năm 2009, tăng lên 285 triệu người, đến năm 2019 số người trưởng thành đang sống chung với bệnh tiểu đường là 463 triệu người. Ước tính rằng sẽ có 578 triệu người vào năm 2030 và 700 triệu người vào năm 2045[1].

Tại Việt Nam, tỉ lệ người mắc bệnh ĐTĐ đang gia tăng nhanh chóng. Bệnh không chỉ xuất hiện ở thành phố lớn mà ở hầu khắp mọi miền của cả nước. Theo báo cáo tại hội nghị nội tiết và ĐTĐ lần thứ X năm 2020 tại Cần Thơ, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường chiếm khoảng 6% dân số, tăng gấp đôi so với đầu những năm 2000 [2].

ĐTĐ là một bệnh mạn tính gây ra khá nhiều các biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Theo thống kê của IDF năm 2019 có khoảng 4,2 triệu người trưởng thành chết do các biến chứng của bệnh ĐTĐ, trung bình cứ 8 giây có 1 người chết vì ĐTĐ. Biến chứng của bệnh ĐTĐ là nguyên nhân dẫn đến sự gia tăng khuyết tật, làm giảm chất lượng cuộc sống và làm tăng gánh nặng về kinh tế cho toàn xã hội. Bệnh ĐTĐ là vấn đề nổi cộm của ngành y tế ở thế kỷ 21. IDF ước tính chi phí y tế trực tiếp toàn cầu cho bệnh đái tháo đường năm 2019 là 760 tỷ USD và dự kiến chi phí điều trị các biến chứng chiếm trên 50% chi phí y tế trực tiếp của bệnh tiểu đường, tăng lên 825 tỷ USD vào năm 2030 và 845 tỷ USD vào năm 2045[1],[3].

Việc phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ được thực hiện tốt khi người bệnh có kiến thức và thực hành đúng về phòng biến chứng của bệnh. Nếu người bệnh ĐTĐ tuân thủ điều trị tốt, thay đổi chế độ ăn uống, hoạt động thích hợp thì họ sẽ giảm nguy cơ mắc các biến chứng, có cơ hội sống như người khỏe mạnh bình thường. Tuy nhiên, có tới 75,5% số người mắc bệnh ĐTĐ có kiến thức rất thấp về bệnh ĐTĐ [4]. Việc truyền thông, tư vấn, cung cấp những kiến thức về bệnh, kiến thức thực hành phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ cho người bệnh là rất thiết thực trong việc kiểm soát đường huyết và phòng ngừa một số biến chứng của bệnh.

Hàng tháng bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh đang quản lý và điều trị ngoại trú cho khoảng 2300 bệnh nhân ĐTĐ và qua điều tra sơ bộ thì vẫn còn tình trạng đi khám không thường xuyên, không đạt được đường huyết mục tiêu. Để tìm hiểu thực trạng hiện có bao nhiêu người bệnh có kiến thức, thực hành đúng về phòng các biến chứng do bệnh ĐTĐ, những yếu tố nào liên quan tới kiến thức, thực hành phòng các biến chứng ở người bệnh ĐTĐ. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành đề tài “*Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021*”. Từ đó xây dựng kế hoạch

truyền thông giáo dục phòng biến chứng của bệnh cho người bệnh ĐTĐ, góp phần làm giảm những gánh nặng về sức khỏe và kinh tế do ĐTĐ mang lại.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021.
2. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa đái tháo đường

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), đái tháo đường là một bệnh mạn tính xảy ra hoặc khi tuyến tụy không sản xuất đủ insulin hoặc khi cơ thể không thể sử dụng hiệu quả insulin mà nó sản xuất. Insulin là một hormon điều chỉnh đường huyết. Tăng đường huyết, hoặc đường trong máu tăng, là một biểu hiện của bệnh đái tháo đường không được kiểm soát và theo thời gian dẫn đến hậu quả nghiêm trọng cho nhiều hệ thống của cơ thể, đặc biệt là các dây thần kinh và mạch máu [5].

Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2015, ĐTĐ là một nhóm bệnh lý chuyển hóa với đặc trưng tăng glucose máu do hậu quả khiếm khuyết tiết insulin hoặc khiếm khuyết tác dụng insulin hoặc do cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong bệnh ĐTĐ phối hợp với thương tổn, rối loạn chức năng và suy nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, mạch máu [5].

1.2. Chẩn đoán bệnh đái tháo đường

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2 của Bộ Y tế năm 2017 [6], tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

- Tiêu chuẩn 1: Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG) ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc:

- Tiêu chuẩn 2: Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT) ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

- Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của WHO: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150- 200 gam carbohydrat mỗi ngày.

- Tiêu chuẩn 3: HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

- Tiêu chuẩn 4: Ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán ở tiêu chuẩn 1, 2, 4 ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán đái tháo đường là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTD [6].

1.3. Phân loại bệnh đái tháo đường

Theo WHO, ADA và IDF, đái tháo đường được chia làm 4 loại

1.3.1. Đái tháo đường type 1

Đái tháo đường type 1 là bệnh tự miễn, đặc trưng là sự huỷ hoại tế bào sản xuất insulin của tuyến tụy. Nó chiếm 3-5% trong tất cả các thể của bệnh ĐTD, sự sống của những người ĐTD type 1 luôn phụ thuộc vào việc tiêm insulin, tuổi khởi bệnh thường gặp ở lứa tuổi nhi đồng và thanh thiếu niên, tuy nhiên vẫn có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Đa số các trường hợp được chẩn đoán ĐTD type 1 thường là người có thể trạng gầy, tuy nhiên người béo cũng không loại trừ [7], [8].

1.3.2. Đái tháo đường type 2

1.3.2.1 Đại cương

Thường xảy ra ở người lớn tuổi > 40 tuổi, nhưng đôi khi cũng xảy ra ở trẻ nhỏ có tính gia đình. Bệnh có yếu tố di truyền, thường gặp ở người có chế độ ăn không hợp lý, lười vận động, thừa cân, béo phì. ĐTD type 2 chiếm khoảng 85% đến 95% trong các thể của ĐTD. Đặc trưng bởi rối loạn hoạt động hay tiết Insulin: thay đổi từ đề kháng Insulin chiếm ưu thế với thiếu Insulin tương đối đến khiếm khuyết tiết insulin chiếm ưu thế kèm đề kháng Insulin hay không.

ĐTD type 2 thường được chẩn đoán rất muộn vì giai đoạn đầu tăng glucose máu tiến triển âm thầm không có triệu chứng. Khi có biểu hiện lâm sàng thường kèm theo các rối loạn khác về chuyển hoá lipid, các biểu hiện bệnh lý về tim mạch, thần kinh, thận... nhiều khi các biến chứng này đã ở mức độ rất nặng. Phần lớn bệnh nhân được phát hiện trong bối cảnh xuất hiện biến chứng hoặc qua khám sức khỏe định kỳ [9],[10].

1.3.2.2 Điều trị bệnh đái tháo đường type 2

a) Mục đích:

- Duy trì được lượng glucose máu khi đói, glucose máu sau ăn gần như mức độ sinh lý, đạt được mức HbA1c lý tưởng, nhằm giảm các biến chứng có liên quan, giảm tỷ lệ tử vong do đái tháo đường.

- Giảm cân nặng (với người thừa cân, béo phì) hoặc duy trì cân nặng hợp lý.

b) Nguyên tắc:

- Thuốc phải kết hợp với chế độ ăn và luyện tập thay đổi thói quen. Đây là bộ ba phương pháp điều trị bệnh đái tháo đường.

- Phải phối hợp điều trị hạ glucose máu, điều chỉnh các rối loạn lipid, duy trì số đo huyết áp hợp lý, phòng, chống các rối loạn đông máu.

- Khi cần phải dùng insulin (như trong các đợt cấp của bệnh mạn tính, bệnh nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim, ung thư, phẫu thuật).

c, Mục tiêu điều trị

Chỉ số	Đơn vị	Tốt	Chấp nhận	Kém
Glucose máu				
– Lúc đói	mmol/l	4,4 – 6,1	6,2 – 7,0	> 7,0
– Sau ăn		4,4 – 7,8	7,8 ≤ 10,0	> 10,0
HbA1c	%	≤ 6,5	> 6,5 đến ≤ 7,5	> 7,5
Huyết áp	mmHg	≤ 130/80*	130/80 – 140/90	> 140/90
BMI	kg/(m) ²	18,5 – 23	18,5 – 23	≥ 23
Cholesterol TP	mmol/l	< 4,5	4,5 – ≤ 5,2	≥ 5,3
HDL-c	mmol/l	> 1,1	≥ 0,9	< 0,9
Triglycerid	mmol/l	1,5	1,5 – ≤ 2,2	> 2,2
LDL-c	mmol/l	< 2,5**	2,5 – 3,4	≥ 3,4
Non-HDL	mmol/l	3,4	3,4 – 4,1	> 4,1

* Người có biến chứng thận- từ mức có microalbumin niệu HA ≤ 125/75.

** Người có tổn thương tim mạch LDL-c nên dưới 1,7 mmol/l (dưới 70 mg/dl).

d, Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị

Mục tiêu điều trị phải nhanh chóng đưa lượng glucose máu về mức quản lý tốt nhất, đạt mục tiêu đưa HbA1C về khoảng từ 6,5 đến 7,0% trong vòng 3 tháng. Không áp dụng phương pháp điều trị bậc thang mà dùng thuốc phối hợp sớm. Cụ thể

– Nếu HbA1c trên 9,0% mà mức glucose huyết tương lúc đói trên 13,0 mmol/l có thể chỉ định hai loại thuốc viên hạ glucose máu phối hợp.

– Nếu HbA1C trên 9,0% mà mức glucose máu lúc đói trên 15,0 mmol/l có thể xét chỉ định dùng ngay insulin.

– Bên cạnh việc điều chỉnh lượng glucose máu phải đồng thời lưu ý cân bằng các thành phần lipid máu, các thông số về đông máu, duy trì số đo huyết áp...

– Theo dõi, đánh giá tình trạng kiểm soát mức glucose trong máu bao gồm mức glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn, đặc biệt là mức HbA1c – được đo từ 3 đến 6 tháng/lần.

1.3.3. Đái tháo đường thai kỳ

ĐTĐ thai kỳ là sự giảm dung nạp glucose hoặc đái tháo đường được phát hiện lần đầu trong lúc mang thai (không loại trừ khả năng bệnh nhân đã có dung nạp glucose hoặc đái tháo đường từ trước nhưng chưa được phát hiện). Với đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ phát hiện cao ở giai đoạn muộn của thai kỳ, phần lớn các trường hợp sau sinh glucose có thể bình thường trở lại. Tuy nhiên những trường hợp có tiền sử ĐTĐ thai kỳ này có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ type 2 trong tương lai. Về dịch tễ theo 1 số thống kê tỷ lệ ĐTĐ trên người mang thai nói chung 4% [7], [8].

1.3.4. Các type đái tháo đường đặc biệt khác

-Thương tổn chức năng tế bào β di truyền

- Thương tổn tác dụng insulin di truyền
- Bệnh lý tụy ngoại tiết
- Các bệnh lý nội tiết
- Do thuốc, hóa chất
- Nhiễm trùng
- ĐTĐ tự miễn hiếm gặp
- Các hội chứng di truyền khác [7], [8].

1.4. Biến chứng

1.4.1. Biến chứng cấp tính

1.4.1.1. Hôn mê nhiễm toan ceton

Nhiễm toan ceton là tình trạng trầm trọng của rối loạn chuyển hóa glucid do thiếu insulin nặng gây tăng glucose huyết, tăng phân hủy lipid, tăng sinh thể ceton gây toan hóa tổ chức và hậu quả là mất nước và điện giải trong và ngoài tế bào. Rối loạn ý thức, tang tiết các hormone. Đây là một cấp cứu nội khoa cần phải được theo dõi tại khoa điều trị tích cực [3]. Khám lâm sàng có thể phát hiện tình trạng nhiễm toan ceton, với các biểu hiện: buồn nôn và nôn, khát nhiều, uống nhiều và đái nhiều, mệt mỏi, chán ăn, đau bụng, nhìn mờ, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, da khô nóng, thở kiểu Kusmaul, suy giảm ý thức và/hoặc hôn mê, hơi thở có mùi ceton, sụt cân [2], [8].

Nhiễm toan ceton là một trong những nguyên nhân thường khiến người bệnh phải vào viện và là nguyên nhân tử vong cao nhất trong các biến chứng cấp tính của ĐTĐ. Những trường hợp nhiễm toan nặng có thể bị hôn mê và tử vong, tỷ lệ tử vong do hôn mê nhiễm toan xeton có thể từ 5-10%[7].

1.4.1.2. Hạ đường huyết

Hạ đường huyết là biến chứng rất thường gặp ở người bệnh ĐTĐ, là một trong những biến chứng cấp tính rất nguy hiểm ở người bệnh ĐTĐ, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Hạ đường huyết là hậu quả của tình trạng mất cân bằng giữa hai quá trình cung cấp và tiêu thụ glucose trong máu. Nồng độ glucose huyết tương lúc đói $< 2,8$ mmol/l là hạ đường huyết nặng, còn khi lượng glucose máu $< 3,9$ mmol/l đã bắt đầu được xem là có hạ đường huyết. Tùy theo mức độ hạ glucose trong huyết tương sẽ có những biểu hiện lâm sàng: nhịp tim nhanh, run tay, đánh trống ngực, và vã mồ hôi, giảm độ tập trung, lú lẫn nhìn mờ, đau đầu, nặng hơn có thể hôn mê, mất cảm giác hoặc những cơn co giật [11].

Một số yếu tố có thể gây ra hạ đường huyết là dùng quá liều thuốc điều trị bệnh ĐTĐ, bỏ qua bữa ăn sau khi dùng thuốc hoặc luyện tập kéo dài, quá sức. Ngưỡng glucose gây ra hạ đường huyết ở mỗi người có thể khác nhau và ngay cả cùng một người nhưng ở hoàn cảnh khác nhau [1], [7], [8].

1.4.1.3 Tăng áp lực thẩm thấu

Tăng áp lực thẩm thấu là tình trạng xảy ra do tăng đường máu rất cao kèm theo tình trạng mất nước nặng, không có nhiễm toan ceton hoặc nhiễm toan ceton rất nhẹ. Tăng áp

lực thẩm thấu nặng dẫn đến hôn mê tăng áp lực thẩm thấu. Thường gặp ở người mắc ĐTĐ type 2 trên 60 tuổi, nữ thường gặp hơn nam [2]. Bệnh có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao, nếu có qua khỏi cũng thường để lại di chứng. Tăng áp lực thẩm thấu máu do tăng glucose máu không nhiễm toan ceton có thể gặp ở người chưa bao giờ được chẩn đoán đái tháo đường type 2 và thường là nguyên nhân phải vào viện cấp cứu ở người bệnh đái tháo đường type 2. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu tăng glucose máu có nhiều điểm giống với hôn mê nhiễm toan ceton. Tuy nhiên có nhiều điểm khác nhau, nhất là về mức độ tổn thương. Đặc điểm chính của bệnh là tăng glucose máu, mất nước và điện giải. Người hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu tăng glucose máu không nhiễm toan ceton có đặc điểm lớn nhất là mất nước, đa phần là mất nước nặng. Thường khi đã có triệu chứng rối loạn ý thức trên lâm sàng, lượng nước mất có thể chiếm tới 25% trọng lượng cơ thể [3], [7], [8].

Trong các biến chứng hôn mê của bệnh nhân ĐTĐ thì hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu chiếm 5-10% và tỷ lệ tử vong do hôn mê tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường máu có thể lên đến 15% [11].

1.4.2. Biến chứng mạn tính

1.4.2.1. Biến chứng tim mạch

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, bệnh động mạch vành và đột quỵ xuất hiện thường xuyên hơn ở bệnh nhân ĐTĐ là nguyên nhân phổ biến nhất làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Người mắc bệnh ĐTĐ có nguy cơ nguy cơ mắc hội chứng mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim, rung nhĩ, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại biên và đột tử cao gấp 3-4 lần so với người không bị ĐTĐ [13]. Bệnh lý mạch máu là nguyên nhân tử vong của hơn 75% số bệnh nhân ĐTĐ, trong đó hơn 55% bệnh nhân tử vong có liên quan tới bệnh lý mạch vành. Tỷ lệ người ĐTĐ bị nhồi máu cơ tim cấp hoặc có hội chứng vành không ổn định chiếm tỷ lệ cao [7], [8].

Tăng huyết áp thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ, tỷ lệ mắc bệnh chung của tăng huyết áp ở người bệnh ĐTĐ thường cao gấp đôi so với người bình thường. Trong ĐTĐ type 2 có 50% ĐTĐ mới được chẩn đoán có tăng huyết áp. Ngoài ra tỷ lệ biến chứng não ở bệnh nhân ĐTĐ gấp 1,5-2 lần, viêm động mạch chi dưới gấp 5-10 lần so với người bình thường. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình, khoảng 80% người bệnh ĐTĐ mắc thêm các bệnh liên quan đến tim mạch [1], [8].

1.4.2.2. Biến chứng thận

Biến chứng thận do ĐTĐ được các nhà lâm sàng và bệnh học đề cập rất sớm vào đầu thế kỷ 19. Biến chứng thận là một trong những biến chứng thường gặp, tỷ lệ vào khoảng 40% bệnh thận ĐTĐ, tỷ lệ biến chứng tăng theo thời gian. Suy thận do bệnh đái tháo đường là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp nhất ở bệnh nhân ĐTĐ. Đặc điểm: ngoài làm tổn thương thận dẫn tới tàn phế và tử vong đối với người bệnh, còn ảnh hưởng xấu tới sự xuất hiện và tiến triển của các biến chứng mạn tính khác: tăng huyết áp, bệnh lý mạch máu, nhiễm toan, bệnh lý võng mạc mắt...[11].

Để hạn chế tổn thương thận do ĐTĐ ngoài vấn đề điều trị glucose huyết còn phải phối hợp điều trị tốt các yếu tố nguy cơ và tăng huyết áp, quan tâm tới chế độ ăn hạn chế đạm và muối khi có suy thận [11].

1.4.2.3. Biến chứng mắt

Biến chứng mắt do ĐTĐ là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp, xuất hiện sớm như giảm thị lực, đục thủy tinh thể, glaucome. Đặc biệt gây có thể gây mù mắt. Ngay tại thời điểm được chẩn đoán là mắc bệnh ĐTĐ thì có 21% người bệnh được chẩn đoán đã có bệnh lý võng mạc do ĐTĐ và sau 20 năm được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ 100% bệnh nhân đã có biến chứng bệnh lý võng mạc do ĐTĐ [7][8].

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ luôn là yếu tố nguy cơ cao nhất của bệnh lý võng mạc ĐTĐ. Thời gian mắc ĐTĐ càng dài thì tỷ lệ và mức độ nặng của bệnh lý võng mạc càng tăng. Đối với người có tuổi, người mắc ĐTĐ type 2, do bệnh ĐTĐ đã tiến triển nhiều năm trước khi được chẩn đoán vì vậy đa số người bệnh đã có biểu hiện bệnh lý võng mạc do ĐTĐ. Các biểu hiện thường gặp là giảm thị lực, tăng nhãn áp. Bệnh lý võng mạc do ĐTĐ là nguyên nhân hàng đầu của mù ở người 20 – 60 tuổi. Đục thủy tinh thể là tổn thương mắt thường gặp ở người bệnh ĐTĐ, ở người < 65 tuổi bị đục thủy tinh thể gấp 3-4 lần người không mắc ĐTĐ. Tỷ lệ đục thủy tinh thể ở người ĐTĐ tương quan với tuổi, thời gian mắc bệnh và mức độ tăng đường huyết kéo dài [7],[8],[11].

1.4.2.4. Biến chứng bàn chân

Biến chứng bàn chân ở người bệnh ĐTĐ là một biến chứng nguy hiểm, có thể phải cắt cụt cả bàn chân hoặc cẳng chân, gây tàn phế suốt đời cho người bệnh. Ban đầu là nhiễm trùng và có kết hợp với bệnh lý về thần kinh, mạch máu. Sau vết nhiễm trùng bị loét, có thể gây nên hậu quả nghiêm trọng [6], [7].

1.4.2.5. Biến chứng nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ, chiếm tỷ lệ 50-60% và luôn là nguy cơ cao đe dọa cuộc sống người bệnh. Người bị bệnh ĐTĐ thường nhạy cảm với tất cả các loại nhiễm khuẩn do có nhiều yếu tố thuận lợi. Dễ bị nhiễm trùng: lao, nhiễm siêu vi và vi trùng, nhất là nhiễm trùng đường tiểu dai dẳng và tái phát nhiều lần nhất là đường tiểu thấp, làm dễ cho viêm thận bể thận ngược dòng và suy thận. Nhiễm trùng da và niêm mạc: nhọt tụ cầu vàng, viêm âm hộ, viêm bao qui đầu..., đôi khi chính bối cảnh nhiễm trùng này làm khởi phát ĐTĐ có sẵn. Có thể gặp nhiễm khuẩn ở nhiều cơ quan khác như: viêm răng lợi, viêm tủy xương, viêm túi mật sinh hơi, nhiễm nấm ... Helene và cộng sự cho thấy ở người bị ĐTĐ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn cao gấp 3-4 lần so với người bình thường[7], [8].

1.4.2.6. Biến chứng thần kinh

Đây là biến chứng phổ biến và nó thường xuất hiện sớm nhất ở người bệnh ĐTĐ, Người bệnh ĐTĐ type 2 thường có biểu hiện ngay tại thời điểm được chẩn đoán bệnh. bao gồm:

- Biến chứng trên thần kinh ngoại biên: ảnh hưởng đến những dây thần kinh cho nên người bệnh luôn cảm nhận được các cảm giác như đau, nóng [7], [8].

- Biến chứng trên thần kinh tự chủ: làm ảnh hưởng đến dây thần kinh kiểm soát hoạt động tự chủ như nhịp tim, nhịp thở, tuyến mồ hôi, dịch tiết...

1.5. Phòng biến chứng của bệnh đái tháo đường

Đái tháo đường là một bệnh mạn tính có khả năng gây ra nhiều biến chứng, các biến chứng rất đa dạng và để lại nhiều hậu quả nặng nề cho người bệnh, gia đình và xã hội. Biến chứng ĐTĐ là không thể tránh khỏi, tuy nhiên chúng ta có thể làm chậm tiến triển của các biến chứng và hạn chế mức độ biến chứng bằng cách quản lý tốt bệnh ĐTĐ. Thậm chí khi đã mắc các biến chứng thì người bệnh vẫn có thể tránh để các biến chứng trở nên tồi tệ hơn thông qua việc có chế độ ăn uống, luyện tập hợp lý, kiểm soát tốt mức đường huyết và huyết áp, tuân thủ điều trị... tất cả dựa trên sự hiểu biết về bệnh.

Để điều trị bệnh cũng như phòng chống biến chứng bệnh ĐTĐ có hiệu quả, người bệnh cần tuân thủ chế độ điều trị và các biện pháp phòng bệnh tiến triển. Để phòng ngừa tốt các biến chứng của bệnh ĐTĐ người bệnh cần phải nắm rõ kiến thức chung về bệnh cũng như kiến thức về theo dõi và phòng biến chứng của bệnh để từ đó tự thực hành đúng phòng các biến chứng của bệnh một cách tốt nhất.

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ type 2 của Bộ Y tế năm 2017 nguyên tắc điều trị ĐTĐ gồm: Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc kết hợp với điều trị bằng thuốc và điều trị các bệnh phối hợp, các biến chứng nếu có. Để phòng ngừa và kiểm soát biến chứng mạn tính của ĐTĐ cần tuân thủ điều trị thuốc: người bệnh cần tuyệt đối tuân thủ điều trị thuốc theo chỉ định của bác sĩ, uống thuốc đúng giờ, đúng liều lượng, nếu quên uống thì không được uống bù vào thời gian sau đó [2]. Bệnh nhân ĐTĐ cần lưu ý một số mục tiêu điều trị sau:

- Bệnh nhân bị ĐTĐ thường có biến chứng tăng huyết áp. Mục tiêu điều trị về huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ là: huyết áp tâm thu < 140 mmHg phù hợp với đa số bệnh nhân đái tháo đường, huyết áp tâm trương < 90 mmHg. Có thể đặt mục tiêu huyết áp tâm thu cao hơn hay thấp hơn tùy vào đặc điểm của bệnh nhân và đáp ứng với điều trị. Bệnh nhân còn trẻ, có thể giảm huyết áp đến <130/90-80 mmHg nếu bệnh nhân dung nạp được. Mục tiêu huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ và bệnh thận mạn có thể <130/80-85 mmHg.

- Cần kiểm tra lipid máu ít nhất hàng năm, thay đổi lối sống: Để điều chỉnh rối loạn lipid máu, thay đổi lối sống tập trung vào giảm mỡ bão hòa và lượng mỡ ăn vào.

- Bệnh thận do đái tháo đường: Ít nhất mỗi năm một lần, đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các bệnh nhân ĐTĐ type 2 và ở tất cả các bệnh nhân có tăng huyết áp phối hợp.

- Bệnh võng mạc do đái tháo đường: Bệnh nhân ĐTĐ type 2 cần được khám mắt toàn diện, đo thị lực tại thời điểm được chẩn đoán bệnh ĐTĐ. Nếu không có bằng chứng về bệnh võng mạc ở một hoặc nhiều lần khám mắt hàng năm và đường huyết được kiểm soát tốt, có thể xem xét khám mắt 2 năm một lần. Nếu có bệnh võng mạc do ĐTĐ, khám

võng mạc ít nhất hàng năm. Nếu bệnh võng mạc đang tiến triển hoặc đe dọa đến thị lực, phải khám mắt thường xuyên hơn.

- Khám bàn chân: Tất cả các bệnh nhân ĐTĐ phải được kiểm tra bàn chân vào mỗi lần khám bệnh. Bàn chân cần được chăm sóc hàng ngày, thường xuyên đi giày, dép đủ mềm vừa vặn với bàn chân mình.

- HbA1c thường được khuyến cáo đo 3 tháng một lần để theo dõi sát tình trạng kiểm soát glucose huyết, nếu glucose huyết thường xuyên ổn định có thể đo 6 tháng một lần. Mức glucose huyết ổn định để phòng ngừa các biến chứng cho người ĐTĐ còn trẻ, không có bệnh đồng mắc là HbA1c <6,5-7% [7], [8].

Để ngăn ngừa biến chứng của bệnh ĐTĐ bên cạnh việc tuân thủ điều trị bằng thuốc, thì việc thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng giúp kiểm soát lượng glucose trong máu làm chậm sự xuất hiện của các biến chứng do bệnh ĐTĐ gây ra.

Xây dựng một chế độ ăn phù hợp với mỗi cá nhân, phụ thuộc vào các yếu tố: cân nặng, giới tính, nghề nghiệp (mức độ lao động nhẹ, trung bình, nặng), thói quen và sở thích. Nhưng đáp ứng được một số yêu cầu sau:

- Tinh bột và chất béo chưa bão hoà chiếm 60-70% năng lượng. Nên chọn thực phẩm tự nhiên còn giữ chất dinh dưỡng, chất xơ và hấp thu chậm như: ngô, khoai, đậu phụ...

- Chất đạm chiếm 15-30% nhu cầu năng lượng, nên chọn đạm có nguồn gốc từ thực vật để cung cấp các acid béo không no cần thiết như đậu tương. Đối với đạm động vật ít chất béo hoặc có nhiều acid béo chưa no thì nên ưu tiên ăn cá.

- Hạn chế các loại chất béo bão hòa và các loại chất béo đã qua chế biến, các loại phủ tạng động vật như tim, gan, óc, bầu dục, lòng lợn, các món chiên, xào, rán.

- Không dùng các loại thức ăn có thành phần đường hấp thu nhanh như đường, mứt, bánh kẹo, các loại hoa quả ngọt như: chuối, mít, xoài nhãn, dứa.... Khi cần bổ sung chất đường, nên chọn các loại trái cây nhưng lượng trái cây cũng phải vừa đủ, không nên lạm dụng. Các loại hoa quả ít ngọt như dứa, cam, quýt, táo mật...

- Không uống các loại nước ngọt, nước có ga, rượu, bia.

- Không hút thuốc lá, nếu có hút cần phải bỏ thuốc.

- Nên ăn nhiều các loại rau xanh có nhiều chất xơ như: cải bẹ xanh, rau muống, rau ngót, rau cần, bắp cải...

- Nên chọn thực phẩm có ít chất béo hòa tan và ít chất béo đồng phân như: Cá và thịt nạc, vùng, lạc... Ngoài ra cũng nên chọn các thực phẩm có hàm lượng mỡ thấp, hoặc sử dụng dầu, bơ thực vật như dầu cá, dầu đậu nành, vùng, dầu lạc.

- Nên chia làm nhiều bữa ăn trong ngày, gồm 3 bữa chính và các bữa phụ (lý tưởng là 5-6 bữa/ngày), tránh tăng đột ngột glucose máu. Nên có bữa ăn phụ trước khi đi ngủ để phòng biến chứng hạ đường huyết khi ngủ.

- Duy trì trọng lượng cơ thể lý tưởng, nếu có béo phì, cần phải giảm cân.

Hoạt động thể lực, thể dục thể thao đều đặn là một biện pháp điều trị, phải thực hiện nghiêm túc, phải phù hợp với lứa tuổi, tình trạng sức khỏe của cá nhân.

- Hoạt động thể lực với cường độ trung bình, tối thiểu 30 phút mỗi ngày bằng cách đi bộ nhanh, đạp xe đạp hoặc các bài tập thể dục tương tự, phù hợp với tình trạng sức khỏe, thể lực và lối sống của người bệnh.

- Duy trì luyện tập thích hợp 30-60 phút/ngày, 5 ngày/tuần. Người bệnh nên tập thể dục ít nhất 150 phút/tuần, ít nhất 3 ngày trong tuần và không được gián đoạn quá 2 ngày.

- Trong và sau khi tập nên uống đủ nước, nên mang theo thức ăn có đường hấp thu nhanh như: đường, kẹo, bánh... để phòng hạ đường huyết trong khi tập, đặc biệt người bệnh đã có tiền sử hạ đường huyết [7], [8].

1.6. Các nghiên cứu về kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường

1.6.1 Các nghiên cứu trên thế giới

Tổ chức WHO nhận định thế kỷ 21 là thế kỷ của bệnh nội tiết và chuyển hóa, trong đó bệnh ĐTD thực sự là một đại dịch và là một “thách thức lớn” đối với nhân loại, chủ yếu là ĐTD type 2 từ 85% đến 95% trong tổng số bệnh nhân mắc bệnh ĐTD. Trên thế giới cũng có khá nhiều nghiên cứu đề cập về vấn đề này. Vào năm 2011 theo nghiên cứu của Kiberenge Maina William và cộng sự trên 1982 người dân có độ tuổi từ 13 đến 65 tuổi tại Kenya cho thấy 71% số người được hỏi có kiến thức kém về các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh ĐTD, 73,9% không thể xác định một cách chính xác các nguyên nhân có thể của bệnh đái tháo đường, 73,4% có rất ít hoặc không có kiến thức về các biến chứng của bệnh tiểu đường. 72,8% có kiến thức kém về biến chứng của bệnh. Có sự khác biệt đáng kể về mức độ kiến thức giữa các giới tính, tỷ lệ những phụ nữ có kiến thức tốt là 26,8% so với 27,7% ở nam giới. Nghiên cứu này cũng cho thấy có mối liên hệ giữa trình độ học vấn và kiến thức về bệnh của ĐTNC. Người bệnh có kiến thức tốt sẽ có thực hành tốt hơn so với những người bệnh có kiến thức không tốt [12].

Tại Ấn Độ, tác giả Varal N Shah và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh và phòng biến chứng của bệnh ĐTD type 2 trên 238 người bệnh của vùng Saurashtra kết quả nghiên cứu cho thấy 63% người bệnh không biết về bệnh ĐTD, gần 60% người bệnh không biết hậu quả của bệnh, 38,23% người bệnh cho rằng bệnh ĐTD có thể chữa khỏi. Đa số người bệnh không kiểm tra đường huyết thường xuyên do chủ quan về bệnh và biến chứng của bệnh. Nghiên cứu cũng tìm thấy các yếu tố có liên quan đến kiến thức và thực hành của người bệnh, trong đó trình độ học vấn thấp là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất, do đó vấn đề không biết chữ là trở ngại lớn cho việc quản lý bệnh ĐTD ở các người bệnh này. Việc các ĐTNC được bác sĩ tư vấn các kiến thức về bệnh, kiến thức về tự chăm sóc và kiến thức về phòng biến chứng của bệnh giúp cho người bệnh thực hành phòng biến chứng tốt hơn điều đó được thể hiện rõ trong nghiên cứu [13].

Anju Gautam và cộng sự (2014) tiến hành nghiên cứu trên 244 bệnh nhân ĐTD cho biết có 12,3% ĐTNC có kiến thức đúng; 12,8% ĐTNC có thái độ đúng và 16% ĐTNC có

thực hành đúng. Nữ có kiến thức (53,3%) và thái độ thực hành (54,0%) cao hơn nam ($p>0,05$) [14].

1.6.2 Các nghiên cứu tại Việt Nam

ĐTĐ là bệnh mạn tính, gây ra rất nhiều biến chứng và có thể trở thành gánh nặng bệnh tật ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh, kinh tế gia đình và sự phát triển của một quốc gia. Do vậy, phòng chống đái tháo đường là vấn đề cần quan tâm của tất cả cộng đồng. Tại Việt Nam, phòng chống đái tháo đường là một trong những chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế và ngày 14 tháng 11 hàng năm đã trở thành ngày phòng chống đái tháo đường thế giới.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan (2010) về kiến thức, thực hành phòng biến chứng của 200 người bệnh ĐTĐ type 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng ĐTĐ đạt 70,2% với 59,7% người bệnh biết một số nguyên nhân chính gây bệnh ĐTĐ, 95% người bệnh biết các biến chứng của bệnh và 57% người bệnh biết cách phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ. Thực hành chung về phòng biến chứng đạt 63% với 89,9% người bệnh hàng tháng có đi khám để lấy thuốc và chỉ có 18,2% người bệnh có đi khám mắt thường xuyên. Nghiên cứu cũng chỉ ra các yếu tố như nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp có mối liên quan đến kiến thức chung phòng biến chứng. Các yếu tố nhóm tuổi, nghề nghiệp và kiến thức chung có mối liên quan với thực hành chung phòng biến chứng [15].

Năm 2013, nghiên cứu của Bùi Thị Châm trên 182 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bắc Giang cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng ĐTĐ đạt 67,5%, thực hành chung về phòng biến chứng đạt 58,5%. Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức phòng biến chứng đái tháo đường với nhóm tuổi dưới 60 có kiến thức chung cao gấp 1,4 lần nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Nhóm công nhân viên chức, hưu trí có tỷ lệ kiến thức cao gấp 1,87 lần nhóm nghề tự do [16].

Nghiên cứu tại thị xã Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng trên 105 người bệnh ĐTĐ của Đặng Văn Ước (2015) cho thấy có 27,4% đối tượng có kiến thức đạt, có 26,5% thực hành đạt về phòng biến chứng ĐTĐ type 2. Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung phòng biến chứng với nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tỉ lệ biến chứng. Thực hành chung có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, tiền sử gia đình ($p<0,05$) và kiến thức chung đạt thì thực hành chung đạt hơn 3,46 lần những người bệnh có kiến thức chung không đạt [17].

Theo Nghiên cứu của Đặng Thanh Nhân và cộng sự năm 2016 cho kết quả: kiến thức đúng về phòng bệnh ĐTĐ là 65,1%; về biểu hiện bệnh 55,1%; về chế độ ăn kiêng 50,4%. Kiến thức chung về bệnh ĐTĐ 44,8%; về biến chứng 24,6%; về điều trị 14,8% [18].

Nghiên cứu của Trần Thị Quỳnh Mai năm 2017 tại bệnh viện Quân Dân Y Miền Đông thu được kết quả có 23,4% có kiến thức chung đúng; 68,8% có thái độ đúng về bệnh, (62,7% tuân thủ chế độ ăn, 60,4% tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ, 3,3% uống thuốc không thường xuyên, đa số người bệnh theo dõi đường huyết hàng tháng, 18,8% không theo

dõi đường huyết). Kết luận khẳng định tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng sẽ có thái độ đúng về bệnh, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014 < 0,05$ [19]

1.7. Địa bàn nghiên cứu

Theo báo cáo thống kê đến ngày 31/12/2015. Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh là bệnh viện hạng I với 700 giường bệnh, có đội ngũ y bác sỹ có rất nhiều kinh nghiệm và cơ sở hạ tầng khang trang. Với lượng người bệnh ngày càng đông, để đáp ứng với nhu cầu khám chữa bệnh, hiện nay tổng số giường thực kê tại viện là hơn 1200 giường. Mỗi ngày lượng bệnh nhân đến khám và điều trị đều trên 1000 bệnh nhân.

Phòng khám Nội tiết tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh hiện tại quản lý khoảng 2300 người bệnh ĐTĐ, chủ yếu là người bệnh ĐTĐ type 2. Bệnh viện có 2 phòng khám nội tiết gồm 2 bác sỹ và 2 điều dưỡng dành cho bệnh nhân ĐTĐ đến khám và điều trị ngoại trú. Hàng tháng người bệnh đến khám thông qua sổ khám bệnh, hồ sơ bệnh án ngoại trú để kiểm tra và theo dõi kết quả điều trị .

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được khám, chẩn đoán ĐTĐ type 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ type 2 có trong danh sách quản lý điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

- Có sức khỏe tâm thần ổn định
- Khả năng giao tiếp tốt
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh nhập viện điều trị nội trú
- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2021..
- Địa điểm nghiên cứu: tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một tỷ lệ

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

p: tỷ lệ có thực hành đúng về phòng biến chứng của người bệnh ĐTĐ type 2, p = 0,265 (theo nghiên cứu của Đặng Văn Ước) [17].

q = (1- p) = 1-0,265 = 0,735

d: Độ chính xác mong muốn, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy d= 0,05 Z: Là độ tin cậy của xác suất với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Thay vào công thức trên ta tính được n = 299

Như vậy, chúng tôi sẽ lấy cỡ mẫu là 300 người bệnh .

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Cách chọn mẫu: người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất theo các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Người bệnh ĐTĐ điều trị ngoại trú đến khám định kỳ hàng tháng, Vì vậy để tránh chọn 2 lần một người bệnh việc tiến hành phỏng vấn được diễn ra trong vòng 1 tháng. Các điều tra viên trực hàng ngày tại phòng khám Nội tiết và lựa chọn người bệnh có đủ tiêu chuẩn để thu thập số liệu trong khi người bệnh đợi khám và chờ kết quả xét nghiệm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Thời gian phỏng vấn: các ngày trong tuần.

- Địa điểm: tại hàng ghế ngồi chờ khám của phòng khám Nội tiết, khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

* Kỹ thuật thu thập số liệu:

Bước 1: Xây dựng, thử nghiệm và hoàn thiện công cụ nghiên cứu

Bước 2: Tập huấn công cụ nghiên cứu:

+Đối tượng tập huấn: 01 giảng viên và 2 sinh viên K14 trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh.

+Nội dung tập huấn: mục đích của cuộc điều tra, kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng tiếp xúc với người bệnh.

+Thời gian, địa điểm: 01 ngày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

+Giảng viên tập huấn: nghiên cứu viên.

Bước 3: Tiến hành điều tra:

+Phỏng vấn NB trong thời gian chờ khám, chờ kết quả xét nghiệm hoặc sau khi bác sỹ khám và kê đơn thuốc. Người bệnh được phỏng vấn dựa trên bảng câu hỏi đã được thiết kế. Thời gian trung bình mỗi NB trả lời khoảng 30 phút.

Bước 4: Giám sát điều tra.

Sau mỗi buổi điều tra, điều tra viên nộp phiếu cho nghiên cứu viên, nghiên cứu viên có trách nhiệm thu thập, kiểm tra một cách kỹ lưỡng phiếu điều tra về số lượng, chất lượng nội dung câu hỏi. Những phiếu nào điền chưa đủ, đúng yêu cầu thì loại phiếu và phỏng vấn bù người khác.

2.6. Các biến số nghiên cứu

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
A. Biến số về thông tin nhân khẩu học				
A1	Tuổi	Tính theo năm sinh của ĐTNC (năm dương lịch)	Rời rạc	Phỏng vấn
A2	Giới tính	Giới tính của ĐTNC	Nhị phân	Quan sát
A3	Trình độ học vấn	Bằng cấp cao nhất của ĐTNC	Thứ bậc	Phỏng vấn

		đạt được cho đến thời điểm phỏng vấn		
A4	Nghề nghiệp	Công việc hàng ngày tạo ra thu nhập chính của ĐTNC	Định danh	Phỏng vấn
A5	Thu nhập	Là tổng số tiền thu nhập trung bình hàng tháng của ĐTNC	Định lượng	Phỏng vấn
A6	Sống cùng ai	Tại thời điểm nghiên cứu	Nhị phân	Phỏng vấn
B. Biến số về tiền sử bệnh				
B1	Thời gian mắc bệnh ĐTĐ	Số năm mắc bệnh ĐTĐ đến thời điểm hiện tại	Liên tục	Phỏng vấn
B2	Hoàn cảnh phát hiện bệnh.	Được chẩn đoán bệnh ĐTĐ trong trường hợp nào.	Định danh	Phỏng vấn
B3	Biến chứng mạn tính	Đã được bác sĩ chẩn đoán mắc biến chứng nào của ĐTĐ	Định danh	Phỏng vấn
C. Biến số về kiến thức và thực hành phòng biến chứng				
(C1-C18)	Biến số về kiến thức phòng biến chứng bệnh ĐTĐ.	Là nhận thức của ĐTNC về các kiến thức phòng biến chứng bệnh ĐTĐ	Biến định tính	Phỏng vấn
C19-C35	Biến số về thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ	Là tình trạng ĐTNC đã phòng biến chứng bệnh ĐTĐ như thế nào.	Biến định tính	Phỏng vấn

2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá

2.7.1. Công cụ nghiên cứu

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi soạn sẵn, phỏng vấn trực tiếp người bệnh. Bộ câu hỏi về kiến thức, thực hành phòng biến chứng ĐTĐ được xây dựng dựa vào những khuyến cáo phòng biến chứng ĐTĐ và các nghiên cứu đã trước [4],[18] được chỉnh sửa cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Đã tiến hành điều tra thử trên 30 người bệnh ĐTĐ type 2 đúng với tiêu chuẩn chọn mẫu trước khi tiến hành nghiên cứu để điều chỉnh sai sót trong bộ câu hỏi (Phụ lục 3).

Bộ câu hỏi gồm 3 phần:

- Phần A: Thông tin nhân khẩu học (6 câu)
- Phần B: Thông tin về tiền sử bệnh (3 câu)
- Phần C: Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2 (35 câu).

2.7.2. Các tiêu chuẩn, chỉ số dùng để đánh giá trong nghiên cứu:

- Đường huyết được cho là kiểm soát tốt khi đường huyết khi đói dưới 7 mmol/l hoặc đường huyết sau ăn 7 – 8 mmol/l

- Mức huyết áp mục tiêu được khuyến cáo tốt nhất cho người bệnh ĐTĐ là <130/80 mmHg.

- Tuân thủ dùng thuốc là khi người bệnh tuân thủ điều trị dùng thuốc đều đặn đúng thuốc, đúng liều lượng và đúng giờ.

- Các trường hợp quên dùng thuốc (uống/tiêm) thì nên hỏi ý kiến của bác sĩ, không nên dùng bù thuốc vào lần sau

- Những thực phẩm được gọi là ăn thường xuyên khi ăn từ 3 lần/tuần trở lên.

- Những thực phẩm được gọi là ăn không thường xuyên khi ăn dưới 3 lần/tuần.

- Hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực tối thiểu 30 phút mỗi lần bằng cách đi bộ nhanh, đạp xe đạp...hoặc các bài tập thể dục tương tự phù hợp với tình trạng sức khỏe và lối sống của người bệnh.

2.7.3. Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2

*Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức

Đánh giá về kiến thức sử dụng 18 câu hỏi từ câu C1 đến câu C18. Mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm.

Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được $\geq 70\%$ số câu hỏi [17], [20].

- Kiến thức đạt khi trả lời được ≥ 13 điểm

- Kiến thức không đạt khi trả lời được < 13 điểm

* Tiêu chuẩn đánh giá thực hành

Đánh giá về thực hành sử dụng 17 câu hỏi từ câu C19 đến câu C35. Mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được $\geq 70\%$ số câu hỏi [17], [20].

- Thực hành đạt khi trả lời được ≥ 12 điểm.

- Thực hành không đạt khi trả lời được < 12 điểm.

2.8. Phương pháp phân tích số liệu

2.8.1. Kiểm tra dữ liệu

Kiểm tra các phiếu phỏng vấn ngay về tính phù hợp của những câu trả lời để có biện pháp bổ sung hoàn chỉnh.

2.8.2. Mã hóa và nhập dữ liệu

Tất cả những dữ liệu thu thập, sau khi kiểm tra tính phù hợp sẽ được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1

2.8.3. Phân tích số liệu

- Xử lý số liệu với phương pháp thống kê y học thông thường. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích.

- Phân tích mô tả và mối liên quan.

- Kết quả các biến số được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Trước khi tiến hành nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu, chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.

- Người tham gia nghiên cứu là tự nguyện và có thể từ chối tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu.

- Kết quả chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, nhằm mục đích nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện, không sử dụng cho các mục đích khác.

- Được sự phê duyệt và đồng ý của Hội đồng trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh và bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2.10. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.10.1. Hạn chế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ tại một thời điểm ngắn.

- Đánh giá thực hành thông qua phỏng vấn/hỏi chứ không quan sát được thực tế thực hành của ĐTNC.

2.10.2. Sai số

- Sai số nhớ lại: Đối tượng nghiên cứu có thể không nhớ chính xác

- Sai số ngẫu nhiên: Do điều tra viên có thể giải thích chưa rõ câu hỏi, hoặc đối tượng nghiên cứu không hiểu rõ câu hỏi

2.10.3. Biện pháp khắc phục sai số

** Đối với nghiên cứu viên:*

Bộ câu hỏi được thiết kế logic với những ngôn ngữ đơn giản dễ hiểu để đối tượng có thể dễ dàng trả lời. Thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu: nghiên cứu viên tiến hành thử nghiệm 30 phiếu phỏng vấn trên Người bệnh trước khi tiến hành nghiên cứu để làm sáng tỏ bộ câu hỏi và phát hiện những vấn đề cần sửa chữa. Kết quả thử nghiệm đã được dùng để chỉnh sửa bộ câu hỏi cho phù hợp 1 lần nữa.

- Khi phỏng vấn: Có đủ thời gian phỏng vấn để điền đầy đủ bảng câu hỏi.

- Sau mỗi buổi phỏng vấn, phiếu trả lời đều được kiểm tra xem có ghi chép đầy đủ, đúng quy định không, nếu có gì sai sót thì loại bỏ phiếu đó và làm bù đến khi đủ phiếu.

** Đối với đối tượng được phỏng vấn:*

Đối tượng được phỏng vấn được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của cuộc điều tra, phỏng vấn để đối tượng hiểu rõ và chấp nhận hợp tác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung về ĐTNC		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	127	42,3
	Nữ	173	57,7
Tuổi	< 50	34	11,3
	50 - 59	67	22,3
	60 - 69	135	45,0
	≥ 70	64	21,3
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	3,0
	Trung học cơ sở	89	29,6
	Phổ thông trung học	167	55,7
	Trên phổ thông trung học	35	11,7
Nghề nghiệp	Nông dân	26	8,7
	Cán bộ, công nhân, viên chức	31	10,3
	Hưu trí	16	5,3
	Lao động tự do	74	24,7
Thu nhập của TNC	Không có thu nhập	39	13,0
	< 3 triệu	139	37,3
	3- 6 triệu	112	46,3
	> 6 triệu	10	3,3
Sống cùng ai	Sống với gia đình	296	98,7
	Sống một mình	4	1,3

Qua nghiên cứu 300 ĐTNC thu được kết quả:

- Tỷ lệ nam giới là: 42,3% thấp hơn nữ giới là: 57,7%
- Độ tuổi của ĐTNC chủ yếu ở trên 60 tuổi, chiếm 66,3% và chỉ có 11,3% ĐTNC < 50 tuổi.
- Trình độ học vấn là phổ thông trung học chiếm tỷ lệ cao nhất 55,7%, sau đó 29,6% trình độ trung học cơ sở, 11,7% trên phổ thông trung học.
- Nghề nghiệp hưu trí chiếm cao nhất là 5,3%, lao động tự do chiếm 24,7%, cán bộ, công nhân, viên chức chiếm 10,3%, nông dân chiếm 8,7%
- Thu nhập của ĐTNC là 3- 6 triệu chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3%; < 3 triệu là 37,3%, không có thu nhập chiếm 13,0 %.
- 98,7% ĐTNC sống cùng với gia đình, chỉ có 1,3% sống một mình.

Bảng 3.2 Thông tin về tiền sử bệnh

Thông tin về tiền sử bệnh		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	113	37,7
	≥ 5 năm	187	62,3
Hoàn cảnh chẩn đoán ĐTD type 2	Khám sức khỏe định kỳ	127	42,3
	Ngẫu nhiên	109	36,3
	Khi sức khỏe suy yếu	64	21,4
Biến chứng ĐTD	Không	153	51,0
	Có	147	49,0

- Thời gian mắc bệnh của ĐTNC chủ yếu ≥ 5 năm chiếm 62,3%, < 5 năm chiếm 37,7%.

- Hoàn cảnh chẩn đoán ĐTD type 2 qua khám sức khỏe định kỳ chiếm 42,3%, ngẫu nhiên phát hiện bệnh chiếm 36,3%, có 21,4% khi sức khỏe suy yếu mới phát hiện ra bệnh ĐTD.

- Có 49,0% ĐTNC có biến chứng của ĐTD.

3.2 Kiến thức và thực hành phòng biến chứng đái tháo đường type 2.

3.2.1 Kiến thức về phòng biến chứng đái tháo đường type 2.

Bảng 3.3 Kiến thức về bệnh và biến chứng bệnh ĐTD type 2

Kiến thức về bệnh và biến chứng bệnh ĐTD type 2	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết thế nào là bệnh ĐTD	252	84,0
Biết được các biểu hiện của ĐTD	182	60,7
Biết được yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTD type 2	152	50,7
Biết được bệnh không thể điều trị khỏi hẳn	240	80,0
Biết được các biến chứng của bệnh ĐTD type 2	165	55,0
Biết được biến chứng của bệnh ĐTD type 2 có thể phòng được.	243	81,0
Biết được biện pháp phòng biến chứng ĐTD type 2	209	69,7

Có 84% ĐTNC biết thế nào là bệnh ĐTD, 60,7% ĐTNC biết được các biểu hiện của ĐTD, 50,7% biết được yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTD type 2, 80,0% biết được bệnh không thể điều trị khỏi hẳn, 55,0% biết được các biến chứng của bệnh ĐTD type 2, 81,0% biết được biến chứng của bệnh ĐTD type 2 có thể phòng được, 69,7% biết được biện pháp phòng biến chứng ĐTD type 2.

Bảng 3.4 Kiến thức về sử dụng thuốc của bệnh ĐTD type 2

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết được tuân thủ dùng thuốc như thế nào là đúng	268	89,3
Biết được nếu quên uống thuốc thì không nên uống bù	257	85,7

Có 89,3% ĐTNC biết được biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2 có thể phòng được, 85,7% ĐTNC biết được nếu quên uống thuốc thì không nên uống bù.

Bảng 3.5 Kiến thức về chế độ ăn và luyện tập thể dục để phòng biến chứng ĐTĐ type 2

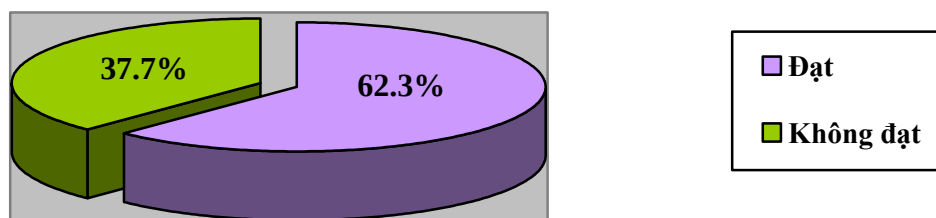
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết được người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng	270	90,0
Biết được dạng thức ăn nên chế biến của người bệnh ĐTĐ là dạng luộc	265	88,3
Biết được được người bệnh ĐTĐ nên ăn nhiều hơn 3 bữa/ngày	152	50,6
Biết được loại thực phẩm người bệnh ĐTĐ nên sử dụng	161	53,7
Biết được loại thực phẩm người bệnh ĐTĐ nên hạn chế	168	56,0
Biết được thời gian nên hoạt động thể lực hàng ngày	165	55,0

Có 90,0% ĐTNC biết được người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng, 88,3% biết được dạng thức ăn nên chế biến của người bệnh ĐTĐ là dạng luộc, 50,6% biết được được người bệnh ĐTĐ nên ăn nhiều hơn 3 bữa/ ngày, 53,7% biết được loại thực phẩm người bệnh ĐTĐ nên sử dụng, 56,0% biết được loại thực phẩm người bệnh ĐTĐ nên hạn chế, 55,0% biết được thời gian nên hoạt động thể lực hàng ngày.

Bảng 3.6 Kiến thức về phòng ngừa biến chứng của ĐTĐ type 2

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biết được chỉ số đường huyết khi được kiểm soát tốt	151	50,3
Biết được huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo.	145	48,3
Biết được cần theo dõi và phòng biến chứng tại cơ sở y tế và tại nhà	164	54,7

Có 50,3% ĐTNC biết được chỉ số đường huyết khi được kiểm soát tốt, 48,3% biết được huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo, 54,7% biết được cần theo dõi và phòng biến chứng tại cơ sở y tế và tại nhà.



Biểu đồ 3.1. Kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2

Có 62,3% ĐTNC có kiến thức chung đạt và 37,7% có kiến thức chung không đạt về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2.

3.2.2. Thực hành về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường type 2

Bảng 3.7 Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng của ĐTĐ

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có tái khám định kỳ	265	88,3
Có tái khám 1 tháng/ lần	202	67,3
Có đi khám mắt để phát hiện sớm các biến chứng	130	43,3
Có kiểm tra và chăm sóc bàn chân	82	27,3
Biết cách kiểm tra và chăm sóc bàn chân hàng ngày	52	17,3
Có tự xử lý khi bị hạ đường huyết	257	85,7
Biết cách xử lý khi bị hạ đường huyết	254	84,7

Có 88,3% ĐTNC có tái khám định kỳ nhưng chỉ có 67,3% có tái khám 1 tháng/ lần, 43,3% có đi khám mắt để phát hiện sớm các biến chứng, 27,3% có kiểm tra và chăm sóc bàn chân, 17,3% biết cách kiểm tra và chăm sóc bàn chân hàng ngày, 85,7% có tự xử lý khi bị hạ đường huyết, 84,7% biết cách xử lý khi bị hạ đường huyết.

Bảng 3.8 Thực hành về chế độ ăn phòng biến chứng của ĐTĐ

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không thường xuyên ăn món xào, rán hàng ngày	187	62,3
Không thường xuyên ăn thức ăn ngọt	268	89,3
Thường xuyên sử dụng các loại rau xanh trong bữa ăn hàng ngày	272	90,7

Có 62,3% ĐTNC không thường xuyên ăn món xào, rán hàng ngày, 89,3% không thường xuyên ăn thức ăn ngọt, 90,7% thường xuyên sử dụng các loại rau xanh trong bữa ăn hàng ngày.

Bảng 3.9 Thực hành về chế độ không sử dụng rượu bia, thuốc lá phòng biến chứng của ĐTĐ

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không thường xuyên uống rượu bia hàng ngày	258	86,0
Không hút thuốc lá, thuốc Lào	265	88,3

Có 86,0% ĐTNC Không thường xuyên uống rượu bia hàng ngày, 88,3% ĐTNC Không hút thuốc lá, thuốc Lào.

Bảng 3.10 Thực hành về luyện tập phòng biến chứng

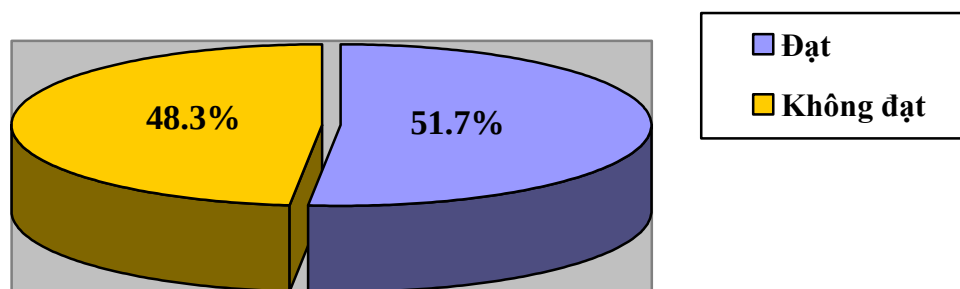
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên luyện tập thể lực	247	82,3
Luyện tập thể lực trong thời gian 30-60 phút	141	47,0
Có mang đồ ăn phòng hạ đường huyết khi hoạt động thể lực	98	32,7

Có 82,3% ĐTNC thường xuyên luyện tập thể lực, 47,0% luyện tập thể lực trong thời gian 30-60 phút, 32,7% Có mang đồ ăn phòng hạ đường huyết khi hoạt động thể.

Bảng 3.11 Thực hành về dùng thuốc phòng biến chứng

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dùng thuốc đúng loại theo đơn của bác sĩ	254	84,7
Dùng thuốc đều, đúng giờ và đúng liều	247	82,3

Có 84,7% ĐTNC dùng thuốc đúng loại theo đơn của bác sĩ, 82,3% dùng thuốc đều, đúng giờ và đúng liều.



Biểu đồ 3.2. Thực hành chung về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường

Có 51,7% ĐTNC có thực hành chung đạt và 48,3% ĐTNC có thực hành chung chưa đạt về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường.

3.3 Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ type 2

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức phòng biến chứng của ĐTĐ type 2

Đặc điểm nhân khẩu học		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Đạt	Không đạt		
Giới	Nam	87	40	1,58	0,039
	Nữ	100	73	(1,19-2,57)	
Tuổi	<60	65	36	1,14	0,606
	≥ 60	122	77	(0,69-1,87)	
Trình độ học vấn	Từ THPT trở lên	146	56	3,62	0,000
	Từ THCS trở xuống	41	57	(2,19-6,01)	
Nghề nghiệp	CN, VC, hưu trí	121	79	0,79	0,354
	Nông dân, LĐTD	66	34	(0,48-1,3)	
Thu nhập của ĐTNC	≥ 3 triệu	97	52	1,26	0,326
	< 3 triệu	90	61	(0,79-2,02)	
Sống cùng ai	Với gia đình	184	112	0,55	0,599
	Một mình	3	1	(0,56-5,33)	

- Giới nam có kiến thức đạt cao hơn 1,58 lần so với giới nữ
 - Trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức cao hơn 3,62 lần so với nhóm từ THCS trở xuống.

- Tuổi, nghề nghiệp, thu nhập của ĐTNC và việc sống cùng với gia đình hay sống một mình không có sự khác biệt giữa lý thuyết đạt hay không đạt.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với thực hành phòng biến chứng của ĐTĐ type 2

Đặc điểm nhân khẩu học		Thực hành		OR (95%CI)	p
		Đạt	Không đạt		
Giới	Nữ	103	70	2,12 (1,33-3,38)	0,001
	Nam	52	75		
Tuổi	<60	46	55	0,69 (0,43-1,12)	0,131
	≥ 60	109	90		
Trình độ học vấn	Từ THPT trở lên	124	78	3,44 (2,06-5,73)	0,000
	Từ THCS trở xuống	31	67		
Nghề nghiệp	CN, VC, hưu trí	119	81	2,61 (1,59-4,29)	0,000
	Nông dân, LĐTD	36	64		
Thu nhập của ĐTNC	≥ 3 triệu	72	77	0,77 (0,49-1,21)	0,250
	< 3 triệu	83	68		
Sống cùng ai	Với gia đình	154	142	3,25 (0,34-31,64)	0,283
	Một mình	1	3		

- Giới nữ có tỷ lệ thực hành cao gấp 2,12 so với giới nam.
 - Trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ thực hành cao gấp 3,44 lần so với từ THCS trở xuống.
 - Nghề nghiệp CN, VC, hưu trí có tỷ lệ thực hành cao gấp 2,61 lần so với nhóm Nông dân, lao động tự do.
 - Tuổi, thu nhập của ĐTNC và việc ĐTNC có sống cùng với gia đình hay sống một mình không có sự khác biệt giữa thực hành đạt hay không đạt.

Bảng 3.14 Mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh với kiến thức phòng biến chứng của ĐTĐ type 2

Thông tin về tiền sử bệnh		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Đạt	Không đạt		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	125	62	1,67 (1,03-2,68)	0,038
	< 5 năm	62	51		
Biến chứng ĐTĐ	Có	98	55	1,16 (0,73-1,85)	0,531
	Không	89	58		

- Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 1,67 lần so với thời gian mắc bệnh < 5 năm.

- ĐTNC đã có biến chứng của ĐTD không có sự khác biệt về kiến thức đạt hay không so với ĐTNC không có biến chứng ĐTD.

Bảng 3.15 *Mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh với thực hành phòng biến chứng của ĐTD type 2*

Thông tin về tiền sử bệnh		Thực hành		OR (95%CI)	p
		Đạt	Không đạt		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	111	76	2,23	0,001
	< 5 năm	44	69	(1,42-3,69)	
Biến chứng ĐTD	Có	82	71	1,17	0,49
	Không	73	74	(0,74-1,84)	

- ĐTNC có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có tỷ lệ đạt cao gấp 2,23 lần so với ĐTNC có thời gian mắc bệnh < 5 năm.

- ĐTNC đã có biến chứng của ĐTD không có sự khác biệt về thực hành đạt hay không so với ĐTNC không có biến chứng ĐTD.

Bảng 3.16. *Mối liên quan chung giữa kiến thức với thực hành về phòng biến chứng của ĐTD type 2*

		Thực hành		OR	p
		Đạt	Không đạt		
Kiến thức	Đạt	114	73	2,74	0,000
	Không đạt	41	72	(1,69-4,45)	

Có sự khác biệt về thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTD của nhóm người bệnh có kiến thức đạt và nhóm người bệnh có kiến thức không đạt. Người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 2,74 lần so với người bệnh có kiến thức không đạt, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 300 người bệnh ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong đó có 42,3% ĐTNC là nam thấp hơn 57,7% ĐTNC là nữ. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu của Bùi Thị Châm có tỷ lệ nam là 43,5% và nữ là 56,5% [16], Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ giới nam là 43,2% và nữ là 56,8% [20]. Tuy nhiên phân bố nam, nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đặng Văn Ước tỷ lệ nam nữ của nghiên cứu này là 27,4% và 72,6% [17]. Có sự khác biệt này do đặc điểm dân số của các địa phương nghiên cứu là khác nhau.

Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất trên 60 tuổi chiếm 66,3%, độ tuổi < 50 tuổi chiếm tỷ lệ khá thấp 11,3%. Nghiên cứu của Bùi thị Châm (2013) có tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 57% [16], còn theo nghiên cứu của Đặng Văn Ước (2015) tỉ lệ này là 53,5%[17]. Sự khác biệt này có thể giải thích do cách chọn mẫu và cỡ mẫu ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Về trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi có 55,7% là trình độ phổ thông trung học chiếm tỷ lệ cao nhất, tỷ lệ thấp nhất là nhóm ĐTNC có trình độ tiểu học chiếm 3,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ học vấn từ THPT trở lên chiếm 67,4% cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm (2017) chiếm 51,6%, Bùi Thị Châm (2013) là 44,5% [16],[20]. Có thể giải thích cho điều này là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là ở thành phố Hạ Long nên học vấn của ĐTNC cao hơn các nghiên cứu khác. Trình độ học vấn cao hay thấp cũng sẽ ảnh hưởng đến khả năng nhận thức của ĐTNC.

Nhóm tuổi trên 60 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 66,3% nên nghề nghiệp hiện tại của ĐTNC chủ yếu là hưu trí chiếm 56,3% là hoàn toàn hợp lý. ĐTNC là cán bộ, công nhân, viên chức chiếm tỷ lệ 10,3% và ĐTNC làm nghề nông chỉ chiếm 8,7%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm nhóm ĐTNC là hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 44,4% [20]. Nhưng lại khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan và Đỗ Duy Phương. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan tỷ lệ ĐTNC là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,8% và 24,8% ĐTNC là người đã nghỉ hưu [21]. Còn theo nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có 36% ĐTNC có nghề nghiệp là làm ruộng và chỉ có 8% ĐTNC là người đã nghỉ hưu[22]. Có sự khác biệt trên là do nghiên cứu của các tác giả được thực hiện ở các địa phương khác nhau nên đặc điểm nghề nghiệp là khác nhau. Địa bàn trong nghiên cứu của chúng tôi là ở thành phố nên ĐTNC làm nông chiếm tỷ lệ khá thấp là hợp lý.

Về thu nhập của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi có 87% ĐTNC có thu nhập, trong đó chủ yếu là 3- 6 triệu chiếm 46,3%, có 13,0% ĐTNC không có thu nhập. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ ĐTNC sống phụ thuộc vào người thân hay đang hưởng trợ cấp xã hội 11,4% [20].

Nghiên cứu của chúng tôi phần lớn ĐTNC sống cùng với gia đình chiếm 48,7% và chỉ có 1,3% ĐTNC sống một mình. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm(2017) ĐTNC sống cùng với gia đình chiếm 41,3% [20]. Việc ĐTNC sống chung với gia đình sẽ có ảnh hưởng lớn đến việc thực hiện chế độ ăn hằng ngày của họ vì trong gia đình khó thực hiện một chế độ ăn riêng cho từng thành viên trong gia đình.

Thời gian mắc bệnh của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,3% ĐTNC mắc ≥ 5 năm và có 5,7% mắc bệnh <5 năm. Tỷ lệ này gần tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương tỷ lệ này là 53,5% và 46,5%[22]. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ ĐTNC mắc trên 5 năm là 47,7%, dưới 5% là 52,3% [20]. Theo chúng tôi nguyên nhân của sự khác nhau này có thể là do ảnh hưởng của mạng lưới y tế từng vùng, khả năng tiếp cận y tế của người dân ở từng địa phương khác nhau, dẫn đến bỏ sót và chậm trễ trong việc phát hiện bệnh. Mặt khác đối với người bệnh ĐTĐ có thể đã bị mắc bệnh trước khi được chẩn đoán mắc bệnh nhiều năm do đó rất khó để xác định chính xác thời gian mắc bệnh.

Hoàn cảnh chẩn đoán bệnh ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu của chúng tôi qua khám sức khỏe định kỳ chiếm 42,3%, ngẫu nhiên phát hiện bệnh chiếm 36,3% và khi sức khỏe suy yếu mới phát hiện bệnh chiếm 10,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tại Hà Tĩnh có 24,7% phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ hay qua các đợt khám sàng lọc; 13,8% phát hiện mắc bệnh một cách ngẫu nhiên và 56,5% khi sức khỏe suy yếu. Có thể do trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nên người dân có ý thức hơn trong việc đi khám sức khỏe định kỳ. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn có thể dẫn tới những biến chứng nặng nề của bệnh ĐTĐ.

Qua bảng 3.2 nghiên cứu thu được kết quả có 51% ĐTNC chưa có biến chứng của ĐTĐ và có 44% ĐTNC đã xuất hiện các biến chứng của bệnh. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm là 53,8% chưa có biến chứng và 46,2% có biến chứng của bệnh. Tuy nhiên tỷ lệ chưa có biến chứng và có biến chứng lại có sự khác biệt với nghiên cứu của Bùi Thị Châm là 77,5% và 22,5%, nghiên cứu của Đỗ Duy Phương 32,5% và 67,5% [17], [22]. Có sự khác biệt này là do cách chọn mẫu cũng như thời gian và địa bàn nghiên cứu ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

4.2. Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường

Kết quả bảng 3.3 cho thấy hiểu biết của ĐTNC về bệnh và biến chứng của bệnh ĐTĐ là rất quan trọng. Việc người bệnh có kiến thức tốt sẽ là nền tảng giúp họ trong quá trình theo dõi bệnh và thực hành phòng chống biến chứng bệnh được tốt hơn nhằm giảm

các biến chứng do bệnh gây ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả 84,0% biết thể nào là bệnh ĐTĐ, 60,7% biết được các biểu hiện của ĐTĐ. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tại Hà Tĩnh có 65,2% ĐTNC biết thể nào là bệnh ĐTĐ, 60,4% biết được các biểu hiện, triệu chứng của ĐTĐ[20].

Nghiên cứu của chúng tôi có 50,7% biết được yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTĐ, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tại Hà Tĩnh 55,6% đối tượng biết các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh, nhưng cao hơn nghiên cứu Đỗ Duy Phương với tỷ lệ là 10,5%[22].

80,0% ĐTNC biết được đây là bệnh không thể điều trị khỏi hẳn, 55,0% biết được các biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm 80,2% đối tượng biết bệnh ĐTĐ không thể chữa khỏi, nhưng thấp hơn về tỷ lệ biết các biến chứng của bệnh ĐTĐ là 67%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 81,0% biết được biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2 có thể phòng được nhưng chỉ có 64,7% biết được biện pháp phòng biến chứng ĐTĐ type 2. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm là có 82% đối tượng biết biến chứng của bệnh ĐTĐ là có thể dự phòng, tuy nhiên chỉ có 57,1% biết các biện pháp phòng biến chứng của bệnh. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 50,5% và 3,5%[22]. Qua đó nhân viên y tế cần cung cấp thêm các kiến thức về các biện pháp phòng biến chứng của ĐTĐ để người bệnh hiểu hơn.

Tuân thủ điều trị là yêu cầu hàng đầu trong việc kiểm soát đường huyết tốt của người bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu về kiến thức về sử dụng thuốc của ĐTNC thu được kết quả: có 84,3% ĐTNC biết được tuân thủ dùng thuốc như thế nào là đúng và 85,7% ĐTNC biết được việc không uống bù thuốc nếu quên uống thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm có 84,1% ĐTNC biết tuân thủ dùng thuốc với người bệnh ĐTĐ là dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, 70,4% ĐTNC biết không uống bù thuốc khi quên. Nghiên cứu của Đặng Văn Ước có 85,6% biết thể nào là tuân thủ dùng thuốc, 65,1% biết không uống bù thuốc khi quên. Có được kết quả trên là do ĐTNC là người bệnh điều trị ngoại trú, hàng tháng họ đến bệnh viện kiểm tra và lấy thuốc về nhà dùng nên họ được nhân viên y tế hướng dẫn cách dùng thuốc kỹ càng, mặt khác có thể do thời gian mắc bệnh lâu nên ĐTNC biết quen cách dùng thuốc.

Để kiểm soát tốt đường huyết, phòng các biến chứng của bệnh ngoài tuân thủ chế độ dùng thuốc người bệnh ĐTĐ cũng cần có chế độ ăn hợp lý. Sự hiểu biết về chế độ sẽ giúp người bệnh biết những loại thực phẩm nào nên ăn, những loại thực phẩm nào nên tránh từ đó họ lựa chọn và xây dựng cho chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh, điều kiện và hoàn cảnh của bản thân. Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả: 90% ĐTNC biết được người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm 93,4% biết người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng. Nhìn chung, ĐTĐ là bệnh mãn tính liên quan chặt chẽ đến chế độ ăn, bệnh nhân đa phần hiểu được rằng cần có chế độ ăn kiêng. 88,3% ĐTNC biết được dạng thức ăn nên chế biến

cho người bệnh ĐTĐ là dạng lược, tuy nhiên chỉ có 50,6% ĐTNC biết được số bữa mà người bệnh ĐTĐ nên ăn/ ngày, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm có 42,6% biết số bữa ăn của người bệnh ĐTĐ trong một ngày. Nghiên cứu về các thực phẩm nên sử dụng và nên hạn chế, nghiên cứu thu được kết quả không cao lần lượt là 53,7% và 56%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm lần lượt là 76% và 71,2%. Điều này cho thấy đa số ĐTNC hiểu được việc cần phải ăn chế độ, tuy nhiên chưa thực sự hiểu được những thực phẩm nên ăn hay hạn chế, và chưa hiểu về số bữa ăn phù hợp với người bệnh ĐTĐ. Từ đó nhân viên y tế cần tư vấn để người bệnh hiểu và ghi nhớ cho phù hợp.

Hoạt động thể lực là cần thiết đối với người bệnh ĐTĐ. Hoạt động thể lực thường xuyên sẽ giúp kiểm soát được đường huyết cả trong và sau khi tập, làm giảm nguy cơ biến chứng tim mạch. Tuy nhiên việc tập luyện phải theo hướng dẫn của bác sỹ, nên tập hoạt động thể lực với mức độ vừa phải, thời gian từ 30-60 phút/ngày. Tuy nhiên kết quả thu được chỉ có 55% ĐTNC có kiến thức đúng về thời gian nên tập thể dục. Tương đồng với nghiên cứu Bùi Thị Châm 51,5% và Nguyễn Thị Thắm có 52,3% ĐTNC biết thời gian dành cho hoạt động thể lực mỗi ngày từ 30 – 60 phút[16],[20]. Để nâng cao hiểu biết của người bệnh thì nhân viên y tế tư vấn cần có các buổi tư vấn, giải thích kỹ lưỡng cho họ đồng thời người bệnh cũng cần tự nhận thức được tầm quan trọng của kiến thức đúng về hoạt động thể lực giúp họ kiểm soát tốt đường huyết và ngăn ngừa các biến chứng.

Để hạn chế được các biến chứng ĐTĐ có thể xảy ra, cần kiểm soát được đường máu ở mức bình thường. Một trong những yếu tố giúp điều trị thành công là người bệnh cần theo dõi, kiểm tra đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ để kịp thời phát hiện các biến chứng do ĐTĐ gây ra. Vì vậy người bệnh cần có kiến thức tốt để thực hành theo dõi phòng biến chứng. Qua nghiên cứu chúng tôi thu được 50,3% ĐTĐC biết được chỉ số đường huyết khi được kiểm soát tốt, 48,3% ĐTNC biết được huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm có 86,2% ĐTNC biết mức đường huyết được kiểm soát ở người bệnh ĐTĐ, có 57,4% biết cần kiểm tra đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ để kịp thời phát hiện các biến chứng do đái tháo đường gây ra. Nhưng gần tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 68% và 41,5% .Có sự khác biệt trên có thể giải thích có thể do các nghiên cứu được tiến hành tại thời gian và địa phương khác nhau nên sự tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế của ĐTNC là khác nhau.

Để đánh giá kiến thức chung của ĐTNC trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng 18 câu hỏi, với mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm và ĐTNC có kiến thức chung đạt khi trả lời đúng từ 70% câu hỏi trở lên (tương ứng từ 13 điểm trở lên). Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả là 62,3% ĐTNC có kiến thức đạt và 37,7% ĐTNC có kiến thức chưa đạt về phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm lần lượt là 51,1% và 48,9%[20], nghiên cứu của Đặng Văn Ước 27,4% và 72,6% [17]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Bùi Thị

Châm với tỷ lệ ĐTNC có kiến thức chung đạt là 67,5%[16]. Có thể giải thích cho sự khác biệt trên là do mỗi nghiên cứu có các tiêu chí đánh giá kiến thức là khác nhau, mặt khác các nghiên cứu được tiến hành vào thời gian, địa điểm cũng như cỡ mẫu là khác nhau.

4.2.2. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường.

Kiến thức về phòng bệnh ĐTĐ là rất quan trọng, tuy nhiên có kiến thức tốt chưa có nghĩa là thực hành tốt. Nghiên cứu về việc khám bệnh định kỳ của 300 người bệnh thu được kết quả có 88,3% tái khám định kỳ. Tuy nhiên chỉ có 67,3% tuân thủ việc tái khám định kỳ 1 tháng/ lần. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm 95,5% ĐTNC tái khám định kỳ. Tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan 84,8%[21]. Kết quả nghiên cứu này có thể do ảnh hưởng bởi yếu tố ngoại cảnh là nghiên cứu được thực hiện vào giai đoạn có dịch Covid 19 nên nhiều bệnh nhân ngại lên viện khám và tự mua thuốc điều trị tại nhà.

Việc ĐTNC chủ động đi khám mắt và kiểm tra, chăm sóc bàn chân để phát hiện và xử trí sớm các biến chứng là rất quan trọng và có vai trò ngăn ngừa sớm các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra. Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả có 43,3% ĐTNC có đi khám mắt để phát hiện sớm các biến chứng, 27,3% có kiểm tra và chăm sóc bàn chân, chỉ có 17,3% biết cách kiểm tra và chăm sóc bàn chân hàng ngày. Như vậy ta thấy tỉ lệ người bệnh tái khám định kỳ rất cao song tỷ lệ đi khám để phát hiện biến chứng về mắt lại thấp. Cho thấy việc tái khám để phát hiện sớm biến chứng chưa được người bệnh quan tâm. Người bệnh chủ yếu tái khám với mục đích được cấp phát thuốc.

Hạ đường huyết là một trong những biến chứng thường gặp, cấp tính rất nguy hiểm ở người bệnh ĐTĐ, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Qua nghiên cứu của chúng tôi, thu được 84,7% ĐTNC biết cách xử lý khi bị hạ đường huyết đúng cách. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương 54%[22], nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm 73,3% thực hiện xử trí khi bị hạ đường huyết đúng cách [20]. Có thể do trình độ học vấn của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nên nhận thức về việc xử trí khi bị hạ đường huyết tốt hơn.

Chế độ ăn uống của người bệnh ĐTĐ được quy định rất chặt chẽ và có vai trò quyết định trong việc kiểm soát đường huyết của người bệnh. Cho dù hiểu biết về chế độ dinh dưỡng của người bệnh có tốt bao nhiêu đi nữa mà việc thực hành tuân thủ chế độ dinh dưỡng không được tốt thì việc kiểm soát đường huyết là rất khó. Do đó việc tuân thủ chế độ ăn uống đối với người bệnh ĐTĐ là yêu cầu bắt buộc. Khi nghiên cứu về thực hành chế độ ăn phòng biến chứng của ĐTĐ thu được kết quả có 62,3% ĐTNC không thường xuyên ăn món xào, rán hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm và Bùi Thị Châm lần lượt là 39,5% và 68% không thường xuyên ăn món xào, rán hàng ngày [20],[16]. Kết quả này cho thấy lượng người bệnh có thói quen ăn món xào, rán hàng ngày vẫn còn khá cao. Về chế độ ăn rau xanh và hạn chế đồ ăn ngọt, ĐTNC của chúng

tôi nhìn chung là thực hiện khá tốt lần lượt là 90,7% thường xuyên sử dụng các loại rau xanh và 89,3% không ăn thức ăn ngọt.

Rượu bia, thuốc lá có ảnh hưởng không tốt đến bệnh ĐTĐ. Nếu sử dụng nhiều sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh và gia tăng các biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả 86,0% ĐTNC không uống rượu bia hàng ngày, 88,3% ĐTNC không hút thuốc lá, thuốc lào. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm 90,1% không uống rượu bia; 91,3% không hút thuốc lá, nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương lần lượt là 79% và 83%. Có thể do số lượng giới tính nam, nữ của các nghiên cứu có tỷ lệ khác nhau nên tỷ lệ sử dụng rượu bia, thuốc lá có khác nhau.

Tập luyện thể lực hàng ngày đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe cho người bệnh, tuy nhiên việc thực hiện cần đảm bảo về thời gian, cường độ để đạt được kết quả tốt nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả có 82,3% ĐTNC thường xuyên luyện tập thể lực, tuy nhiên chỉ có 47,0% ĐTNC luyện tập thể lực trong thời gian 30-60 phút, phần lớn ĐTNC có tập thể dục, nhưng thời gian tập rất ngắn. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm là 56,6% và có thời gian thực hiện hoạt động thể lực hàng ngày từ 30-60 phút chiếm 38,7%, nghiên cứu của Đỗ Duy Phương lần lượt là 67% và 56% [20],[22]. Nhìn chung đa phần ĐTNC đã có hiểu được vai trò của luyện tập thể lực, tuy nhiên thời gian, cường độ tập luyện vẫn chưa đạt, qua đó nhân viên y tế cần hướng dẫn, giải thích để người bệnh hiểu rõ hơn để quá trình tập luyện thể lực đạt kết quả cao.

Hoạt động thể lực khi tập luyện kéo dài, quá sức là một trong những nguyên nhân có thể gây ra hạ đường huyết. Chính vì vậy việc mang theo đồ ăn để đề phòng biến chứng hạ đường huyết khi hoạt động thể lực là việc cần làm đối với người bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả 85,7% ĐTNC biết được việc tự xử lý khi bị hạ đường huyết. Tuy nhiên đó là về lý thuyết, còn khi được hỏi về thực hành chỉ có 32,7% ĐTNC có mang theo đồ ăn phòng hạ đường huyết khi hoạt động thể lực. Nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 22%, Nguyễn Thị Thắm 20,4% [20], [22]. Tỷ lệ này khá thấp có thể do người bệnh chưa quan tâm nhiều về vấn đề mang theo đồ ăn khi hoạt động thể lực, cũng có thể do người bệnh còn quá chủ quan về sức khỏe của mình. Qua đó cán bộ y tế cần nhấn mạnh, giải thích rõ để người bệnh hiểu đây là một trong những vấn đề cần được chú ý để hạn chế được những biến chứng không mong muốn có thể xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần người bệnh đã dùng thuốc đúng loại theo đơn của bác sĩ chiếm 84,7%, có 82,3% đã dùng thuốc đều, đúng giờ và đúng liều. Tuy nhiên vẫn còn một lượng nhỏ ĐTNC chưa tuân thủ việc dùng thuốc đúng loại và đúng liều, từ đó nhân viên y tế cần khẳng định tầm quan trọng của việc sử dụng đúng thuốc, đúng liều tới mỗi người bệnh.

Để đánh giá thực hành chung của ĐTNC trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng 17 câu hỏi, với mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm và ĐTNC có thực hành chung đạt khi trả lời đúng từ 70% câu hỏi trở lên (tương ứng từ 12 điểm trở lên). Với các tiêu chí trên tỷ lệ

ĐTNC có thực hành đạt là 51,7% và 48,3% có thực hành không đạt. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm là 43,8% thực hành đạt và 56,2% có thực hành không đạt. Nghiên cứu của Bùi Thị Châm lần lượt là đạt 41,5% và không đạt là 58,5%[20]. Kết quả này có thể do mỗi nghiên cứu có tiêu chuẩn đánh giá khác nhau, có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu và các nghiên cứu được thực hiện tại các vùng, miền khác nhau nên có sự khác biệt về nhân khẩu học, mạng lưới y tế của từng địa phương, vì vậy kết quả so sánh chỉ mang tính chất tham khảo.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống biến chứng của ĐTD type 2

4.3.1. Yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường

Nghiên cứu về mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức phòng chống biến chứng của ĐTD type 2 chúng tôi thu được kết quả: có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung phòng biến chứng bệnh ĐTD giữa giới nam và nữ ($p < 0,05$). Giới nam có kiến thức chung đạt cao gấp 1,58 lần so với giới nữ. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm và nghiên cứu của Đặng Văn Ước, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung giữa nhóm nam và nhóm nữ ($p < 0,05$). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung với giới tính ($p > 0,05$) [16],[17],[20].

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kiến thức về phòng biến chứng bệnh ĐTD với trình độ học vấn của ĐTNC ($p < 0,05$). Nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 3,62 lần so với nhóm có trình độ học vấn dưới THPT. Qua đây, cho thấy trình độ học vấn tỷ lệ thuận với kiến thức về bệnh ĐTD, học vấn càng cao thì tỷ lệ có kiến thức đạt càng cao và ngược lại. Điều này cũng dễ hiểu vì khi có trình độ học vấn cao khả năng thu nhận và tìm kiếm thông tin về bệnh, phòng biến chứng của người bệnh sẽ tốt hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Đỗ Duy Phương và Nguyễn Thị Thắm ($p < 0,05$) [20],[22].

Nghiên cứu về mối liên quan giữa đặc điểm nhóm tuổi với kiến thức chung về phòng chống biến chứng của ĐTD, nhóm tuổi < 60 tuổi có kiến thức cao hơn 1,2 lần nhóm ≥ 60 tuổi. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và nhóm tuổi của ĐTNC ($p < 0,05$), nhóm tuổi dưới 60 tuổi có kiến thức chung đạt cao gấp 3,63 lần nhóm từ 60 tuổi trở lên [22].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nghề nghiệp của ĐTNC là công nhân, viên chức, hưu trí có kiến thức chung về phòng biến chứng của ĐTD cao gấp 0,79 lần nhóm nông dân, lao động tự do. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Bùi Thị Châm, tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung đối với những nhóm nghề nghiệp khác nhau, nhóm công nhân viên chức và nghỉ hưu có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 1,87 lần so với nhóm nghề tự do ($p < 0,05$).

Thu nhập của ĐTNC trên 3 triệu có kiến thức chung về phòng biến chứng của ĐTĐ cao gấp 1,26 lần nhóm có thu nhập dưới 3 triệu. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm, Bùi Thị Châm không tìm thấy không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung với điều kiện kinh tế hộ gia đình của người bệnh.

Nghiên cứu mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kiến thức phòng biến chứng của ĐTĐ thu được kết quả, nhóm đối tượng có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có kiến thức chung đạt cao gấp 1,67 lần so với nhóm đối tượng có thời gian mắc bệnh < 5 năm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có thể hiểu rằng, ĐTNC có thời gian mắc bệnh lâu hơn sẽ hiểu về bệnh, được nghe tư vấn nhiều lần hơn, sẽ có thể có kiến thức hơn. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Duy Phương không tìm thấy mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kiến thức phòng biến chứng của ĐTĐ [22].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ bằng chứng để khẳng định có sự khác biệt về kiến thức phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với việc ĐTNC sống với ai và người có biến chứng của ĐTĐ hay không ($p > 0,05$). Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tại Hà Tĩnh[20].

4.3.2. Yếu tố liên quan đến thực hành về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với giới tính của ĐTNC ($p < 0,05$). Tỷ lệ có thực hành chung đạt của giới nữ cao gấp 2,12 lần tỷ lệ thực hành đạt ở giới nam. Mặc dù nghiên cứu kiến thức chung về phòng biến chứng của giới nam cao hơn 1,58 lần giới nữ ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Đặng Văn Ước. Lý giải cho điều này có thể do thực tế nam giới thường chủ quan hơn nữ giới và có thói quen không tốt như hút thuốc, uống rượu bia nhiều hơn nữ điều này phần nào ảnh hưởng đến thực hành chung phòng biến chứng bệnh ĐTĐ.

Qua nghiên cứu về trình độ học vấn, chúng tôi thấy khác biệt về thực hành chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$). Nhóm có học vấn từ THPT trở lên có thực hành chung đạt cao gấp 3,44 lần so với nhóm có học vấn dưới THPT. Như vậy học vấn càng cao thì khả năng thực hành đạt càng cao, điều này phù hợp với việc nhóm học vấn cao có kiến thức đạt cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Bùi Thị Châm và Đỗ Duy Phương [22].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung với các nhóm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$). Nghề nghiệp công nhân, viên chức, hưu trí có tỷ lệ thực hành chung đạt cao gấp 2,61 lần so với nhóm nông dân, lao động tự do. Tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương [22].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa thực hành chung phòng biến chứng với thời gian mắc bệnh của ĐTNC và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả bảng 3.15 cho thấy tỷ lệ thực hành đạt của nhóm bị bệnh ≥ 5 năm

cao gấp 2,23 lần so với nhóm bị bệnh < 5 năm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ thực hành đạt của nhóm bị bệnh ≥ 5 năm cao gấp 1,58 lần so với nhóm bị bệnh < 5 năm ($p < 0,05$). Kết quả trên có thể lý giải như sau: Việc ĐTNC có thời gian mắc bệnh càng dài thì khả năng họ được tư vấn, tiếp cận với thông tin nhiều hơn những người mới mắc bệnh, họ có thời gian thực hành nhiều hơn và từ đó họ có thể điều chỉnh loại bỏ các hoạt động chưa tốt với sức khỏe, chính vì thế thực hành của họ sẽ tốt hơn người mới mắc bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ bằng chứng để khẳng định có sự khác biệt về thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với nhóm tuổi, thu nhập của ĐTNC, việc đối tượng nghiên cứu sống với ai và có biến chứng ĐTĐ hay không ($p > 0,05$).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung và kiến thức chung của ĐTNC ($p < 0,05$). Kết quả bảng 3.16 cho thấy tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức chung đạt cao hơn 2,74 lần so với nhóm có kiến thức không đạt. Kết quả trên của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Châm tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức đạt cao gấp 1,43 lần so với nhóm có kiến thức không đạt, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức đạt cao gấp 4,81 lần so với nhóm có kiến thức không đạt [16],[20]. Như vậy, chúng ta thấy được kiến thức chung có liên quan chặt chẽ đến thực hành chung của người bệnh, người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao hơn nhóm có kiến thức không đạt. Từ đây ta thấy rõ tầm quan trọng của việc tuyên truyền, tư vấn y tế và giáo dục sức khỏe cho người bệnh ĐTĐ.

KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 300 người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2021, chúng tôi có các kết luận như sau:

1. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu.

- Kiến thức: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 đạt yêu cầu chiếm 62,3%.

- Thực hành: Tỷ lệ người bệnh có thực hành chung phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 đạt yêu cầu là 51,7%.

- Kiến thức của ĐTNC về phòng ngừa biến chứng của ĐTĐ type 2 chưa cao, 50,3% ĐTNC biết được chỉ số đường huyết khi được kiểm soát tốt, 48,3% biết được huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo.

- Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng của ĐTĐ về bàn chân còn thấp 27,3% có kiểm tra và chăm sóc bàn chân, 17,3% biết cách kiểm tra và chăm sóc bàn chân hàng ngày. Thực hành về luyện tập thể lực trong thời gian 30-60 phút chỉ đạt 47,0%.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu.

- Giới nam có kiến thức chung đạt cao gấp 1,58 lần giới nữ.

- Trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức chung đạt gấp 3,62 lần nhóm ĐTNC có trình độ học vấn từ THCS trở xuống.

- Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có kiến thức chung đạt cao gấp 1,67 lần so với nhóm mắc bệnh < 5 năm.

- Giới nữ có tỷ lệ thực hành chung đạt cao gấp 2,12 lần so với giới nam.

- Trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ thực hành chung đạt cao gấp 3,44 lần nhóm ĐTNC có trình độ học vấn từ THCS trở xuống.

- Nhóm ĐTNC có nghề nghiệp là công nhân, viên chức, hưu trí có tỷ lệ thực hành chung đạt cao gấp 2,61 lần so với nhóm làm nghề nông và lao động tự do.

- Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có tỷ lệ thực hành chung đạt cao gấp 2,23 lần so với nhóm mắc bệnh < 5 năm.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin được đưa ra một vài khuyến nghị với hy vọng sẽ giúp cho người bệnh đái tháo đường type 2 nâng cao hơn nữa kiến thức cũng như thực hành về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường.

1. Đối với cán bộ y tế tại phòng khám

- Khi thăm khám, điều trị cho người bệnh ĐTĐ ngoài việc cấp phát thuốc cho người bệnh cán bộ y tế cần chú trọng đến tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh về bệnh, các biến chứng của bệnh, cách phòng và phát hiện sớm biến chứng bệnh ĐTĐ

- Tăng cường công tác tư vấn chế độ ăn, chế độ tập luyện, tần suất tập luyện, hoạt động thể lực hợp lý và tư vấn cho người bệnh cách phòng hạ đường huyết khi tham gia tập luyện.

- Có thể đưa hoạt động thể lực vào kê đơn giống như kê đơn thuốc, để giúp bệnh nhân thức được được tầm quan trọng của tập luyện như một biện pháp điều trị để giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn.

- Động viên, khuyến khích người bệnh nên đi khám sức khỏe định kỳ, tự theo dõi đường huyết và huyết áp tại nhà.

2. Đối với người bệnh

- Nghiêm chỉnh chấp hành tuân thủ điều trị bệnh theo chỉ dẫn của bác sỹ.
- Thực hiện chế độ ăn hợp lý của người bệnh ĐTĐ theo khuyến cáo.
- Tích cực tham gia hoạt động thể lực phù hợp với tình trạng sức khỏe và theo hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Đi khám sức khỏe định kỳ.

3. Đối với các nhà khoa học

Cần có các nghiên cứu tiếp theo về đánh giá kiến thức và thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú ở mức độ sâu hơn và quy mô lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 4th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019.
2. *Hội nghị khoa học về nội tiết-chuyển hóa toàn quốc lần thứ X ngày 30-31/10/33*, Cần Thơ.
3. World Health Organization (2010), *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*.
4. Nguyễn Vinh Quang (2013). Báo cáo kết quả sơ bộ hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2013. *Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013*, bệnh viện Nội tiết Trung Ương ngày 2-3/04/2013, Hà Nội, 1-4.
5. American Diabetes Association (2015), "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", *Diabetes Care*, 38(Supp. 1), pp. S62-S69.
6. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3314/QĐ-BYT ngày 14 tháng 7 năm 31 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội, 1-16.
7. Đỗ Trung Quân (2007). *Đái tháo đường và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 116-255.
8. Đỗ Trung Quân (2006). *Biến chứng bệnh đái tháo đường và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 31-196.
9. American Diabetes Association (2015), "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", *Diabetes Care*, 38(Supp. 1), pp. S62-S69.
10. American Diabetes Association (2015), "Standards of Medical Care in Diabetes-315", *Diabetes Care*, 38(Supp. 1), pp. S11-S61.
11. Nguyễn Khoa Diệu Văn (2012). Đái tháo đường, *Bệnh học nội khoa 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 325-335.
12. Kiberenge W.M, Ndegwa M.Z, Njenga W.E et al (2010). Knowledge, attitude, and practices relates to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a crosssectional study. *Pan African Medical Journal*, 7(2), 1-9.
13. Shah N.V, Kamdar K.P and Shah N (2009). Assessing the knowledge, attitudes and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat. *Journal of Diabetes in Developing countries*, 29(3), 118-122.
14. A. Gautam, D. N. Bhatta & U. R. Aryal (2015), "Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal", *BMC Endocr Disord*, 15(25), pp. 1-8.
15. Nguyễn Thị Hồng Đan (2010). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2010*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.
16. Bùi Thị Châm (2013). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Bắc Giang năm 2013*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.

17. Đặng Văn Ước (2015). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng đái tháo đường và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân điều trị tại phòng khám bệnh viện đa khoa thị xã Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng năm 2015*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.
18. Đặng Thanh Nhân, Trần Thế Hưng & Dương Thị Hồng (2016), "Kiến thức về bệnh đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc của người bệnh đái tháo đường týp 2", *Y học cộng đồng*, 31, tr. 69-71.
19. Trần Thị Quỳnh Mai (2018) “ Kiến thức, thái độ và nhu cầu nhận thông tin về bệnh của người bệnh đái tháo đường type 2 tại khoa nội tổng hợp bệnh viện quân dân y miền Đông”, *Tạp chí y dược thực hành* 175 số 16- 12/2018
20. Nguyễn Thị Thắm (2017). *Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2017*, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, trường đại học Điều dưỡng Nam Định.
21. Nguyễn Thị Hồng Đan (2010). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2010*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.
22. Đỗ Duy Phương (2015). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp năm 2015*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.

PHỤ LỤC 1
THỎA THUẬN ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài nghiên cứu: “ Nghiên cứu kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021”.

Tên tôi :.....

Tuổi:.....

Số khám bệnh:.....

Tôi đã được nghe người phỏng vấn giải thích rõ ràng về mục đích của việc phỏng vấn, tôi đã hiểu được quy trình thực hiện nghiên cứu này. Tôi đồng ý về việc sử dụng và chia sẻ các thông tin. Tôi tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này và tôi có quyền không tham gia vào bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rõ rằng nghiên cứu này tuân thủ việc bảo mật. Với những hiểu biết trên tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này.

Người tham gia

Họ và tên:.....

PHỤ LỤC 2
PHIẾU PHÒNG VẤN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BIẾN CHỨNG CỦA
NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Ngày phỏng vấn:..... Mã số phiếu:.....

A. Thông tin nhân khẩu học

Họ và tên:

Địa chỉ:.....

	CÂU HỎI	TRẢ LỜI
A1	Ông/bà sinh năm nào (tính theo năm dương lịch) ?	
A2	Giới tính?	1. Nam 2. Nữ
A3	Trình độ học vấn của ông/bà?	1. Tiểu học 2. Trung học cơ sở 3. Phổ thông cơ sở 4. Trên phổ thông cơ sở
A4	Công việc/nghề nghiệp hiện tại của ông/bà là gì?	1. Nông dân 2. Cán bộ, công nhân, viên chức 3. Lao động tự do 4. Hưu trí
A5	Thu nhập trung bình của ông, bà / tháng là khoảng bao nhiêu (đồng) ?	1. Không có thu nhập 2. < 3 triệu 3. 3- 6 triệu 4. > 6 triệu
A6	Ông/bà hiện sống cùng ai?	1. Sống với gia đình 2. Sống một mình

B. Thông tin về tiền sử bệnh

	CÂU HỎI	TRẢ LỜI
B1	Ông/ bà được chẩn đoán ĐTD type 2 được bao nhiêu năm ?	
B2	Ông/ bà được chẩn đoán ĐTD type 2 trong hoàn cảnh nào?	1. Khám sức khỏe định kỳ 2. Ngẫu nhiên 3. Khi sức khỏe suy yếu
B3	Ông/bà đã được chẩn đoán có biến chứng nào của bệnh ĐTD ? (Nhiều lựa chọn)	1. Không có biến chứng 2. Thần kinh 3. Mắt 4. Bàn chân

		5. Thận 6. Tim mạch 7. Khác
--	--	-----------------------------------

C. Thông tin về kiến thức, thực hành phòng biến chứng phòng bệnh đái tháo đường type 2

	CÂU HỎI	TRẢ LỜI	Ghi chú
C1	Ông/bà hiểu thế nào là bệnh ĐTĐ?	1. Đường máu tăng cao hơn bình thường 2. Tiểu ra đường 3. Quá nặng cân 4. Khác 5. Không biết	
C2	Ông/bà có biết các biểu hiện của bệnh ĐTĐ là gì không? (Nhiều lựa chọn)	1. Uống nhiều 2. Tiểu nhiều 3. Sụt cân 4. Mắt mờ 5. Vết thương lâu lành 6. Khác (.....) 7. Không biết	
C3	Theo ông/bà yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTĐ type 2 là gì? (Nhiều lựa chọn)	1. Di truyền 2. Béo phì 3. Chế độ ăn không hợp lý 4. Lười vận động 5. Tuổi > 40 6. Khác (.....) 7. Không biết	
C4	Theo ông/ bà bệnh ĐTĐ có điều trị khỏi hẳn được không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	
C5	Theo ông/bà bệnh ĐTĐ có thể có những biến chứng ở cơ quan nào? (Nhiều lựa chọn)	1. Bệnh ở tim 2. Bệnh ở mắt 3. Bệnh ở thận 4. Bệnh ở bàn chân 5. Bệnh ở mạch máu 6. Khác (ghi rõ:.....) 7. Không biết	
C6	Theo ông/ bà biến chứng bệnh ĐTĐ có phòng được không?	1. Có 2. Không	Trả lời 2, 3 chuyển

		3. Không biết	đến C8
C7	Theo ông/ bà phòng biến chứng ĐTD bằng cách nào? (Nhiều lựa chọn)	1. Uống thuốc đầy đủ 2. Chế độ luyện tập phù hợp 3. Chế độ ăn hợp lý 4. Theo dõi và khám bệnh định kỳ 5. Kiểm soát cân nặng 6. Khác (ghi rõ):..... 7. Không biết	
C8	Theo ông/bà đối với người bệnh ĐTD nên tuân thủ dùng thuốc như thế nào?	1. Dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều 2. Dùng thuốc khi có dấu hiệu tăng đường huyết và ngừng thuốc khi thấy khỏe. 3. Dùng thuốc theo đơn của người bệnh khác hoặc tự mua thuốc theo đơn cũ.	
C9	Nếu quên uống thuốc thì ông/bà sẽ xử trí thế nào?	1. Không uống bù 2. Uống bù vào hôm sau 3. Không biết	
C10	Theo ông/bà người ĐTD type 2 có nên thực hiện chế độ ăn kiêng không	1. Có 2. Không 3. Không biết	
C11	Theo ông/ bà thức ăn của người bệnh ĐTD type 2 nên chế biến dưới dạng nào?	1. Chiên xào 2. Nướng 3. Luộc 4. Không biết	
C12	Theo ông/ bà người bệnh ĐTD type 2 nên ăn bao nhiêu bữa trong ngày?	1. 2 bữa/ ngày 2. 3 bữa/ ngày 3. Nhiều hơn 3 bữa/ ngày 4. Chỉ ăn khi đói 5. Không biết	
C13	Theo ông/ bà người bệnh ĐTD type 2 nên sử dụng các loại thực phẩm nào? (nhiều lựa chọn)	1. Rau xanh 2. Đậu phụ 3. Dầu thực vật 4. Cá nạc 5. Thịt lợn nạc 6. Khác (ghi rõ):.....	

		7. Không biết	
C14	Theo ông/ bà các loại thực phẩm nào người bệnh ĐTĐ cần hạn chế? (Nhiều lựa chọn)	1. Các món chiên, xào nhiều mỡ 2. Nước có ga, cà phê, rượu bia 3. Quả ngọt, thức ăn nhiều đường 4. Thực phẩm đóng hộp 5. Nội tạng động vật 6. Khác (ghi rõ):..... 7. Không biết	
C15	Theo ông/bà người bệnh ĐTĐ mỗi ngày cần hoạt động thể dục trong bao lâu?	1. <30 phút/ngày 2. Từ 30 – 60 phút/ngày 3. >60 phút/ngày 4. Khác (ghi rõ.....)	
C16	Theo ông/bà mức đường huyết nào sau đây thể hiện là mức đường huyết được kiểm soát tốt?	1. Đường huyết lúc đói <7 mmol/L 2. Đường huyết sau ăn 8 – 10 mmol/L 3. Không biết	
C17	Theo ông/bà mức huyết áp mục tiêu được kiểm soát tốt của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo là bao nhiêu ?	1. $\leq 3/40$ mmHg 2. <130/80 mmHg 3. <13/70 mmHg 4. <110/60 mmHg 5. Khác (.....) 6. Không biết	
C18	Theo ông/bà cần theo dõi và phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ như thế nào?	1. Tái khám tại bệnh viện 2. Tự kiểm tra đường huyết tại nhà 3. Kiểm tra hàng tháng tại cơ sở y tế vừa kiểm tra tại nhà 4. Không biết	
THỰC HÀNH			
C19	Ông/bà có đi tái khám định kỳ không?	1. Có 2. Không	Trả lời 2 chuyển đến C10
C20	Thời gian ông/bà tái khám kiểm tra bệnh là bao lâu?	1. 1 tháng/lần 2. 6 tháng/lần 3. 12 tháng/lần 4. Khác (ghi rõ)...	
C21	Ông/bà có đi khám mắt để phát hiện sớm biến chứng không?	1. Có 2. Không	
C22	Ông/bà có kiểm tra và chăm sóc	1. Có	Trả lời 2

	bàn chân không?	2. Không	chuyển đến C24
C23	Ông/bà thường kiểm tra và chăm sóc bàn chân như thế nào?	1. Kiểm tra hàng ngày 2. Kiểm tra hàng ngày, đeo giày dép đủ mềm, vừa với bàn chân. 3. Đeo giày dép rộng, thoải mái chân. 4. Chỉ kiểm tra khi có bất thường	
C24	Ông/ bà có tự xử trí khi bị hạ đường huyết không?	1. Có 2. Không	Trả lời 2 chuyển đến C26
C25	Khi bị hạ đường huyết ông/bà xử trí thế nào?	1. Uống 1 cốc nước đường 2. Ăn bất kỳ thức ăn nào sẵn có 3. Xoa dầu gió 4. Không xử trí chuyển ngay đến CSYT 5. Khác (ghi rõ):.....	
C26	Ông/bà có thường xuyên ăn món xào, rán, thức ăn chế biến sẵn hằng ngày không?	1. Có 2. Không	
C27	Ông/bà có thường xuyên ăn thức ăn ngọt (bánh kẹo, nước ngọt..)	1. Có 2. Không	
C28	Ông/bà có thường xuyên sử dụng các loại rau xanh trong bữa ăn hằng ngày không ?	1. Có 2. Không	
C29	Ông/bà có thường xuyên uống rượu, bia hàng ngày không ?	1.Có 2. Không	
C30	Ông/bà có hút thuốc lá, thuốc Lào không ?	1. Có 2. Không	
C31	Ông/bà có thường xuyên tập luyện thể lực không?	1. Có 2. Không	Trả lời 2 chuyển đến C34
C32	Ông/bà tập luyện thể lực trong ngày với thời gian như thế nào?	1. < 30 phút/ ngày 2. 30-60 phút/ ngày 3. > 60 phút/ ngày	
C33	Khi đi hoạt động thể lực ông/ bà có mang đồ ăn theo phòng hạ đường huyết không?	1. Có 2. Không	

C34	Ông/ bà dùng thuốc có đúng loại theo đơn của bác sĩ không?	1. Có 2. Không	
C35	Ông/ bà dùng thuốc có đều, đúng giờ, đúng liều không?	1. Có 2. Không	

Cảm ơn ông/ bà đã tham gia nghiên cứu!

PHỤ LỤC 3
Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức, thực hành
phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2

Câu	Đáp án đúng	Quy đổi sang điểm
C1	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C2	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C3	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C4	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C5	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C6	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C7	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C8	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C9	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C10	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C11	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C12	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C13	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C14	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng ≥ 3 ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C15	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C16	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C17	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C18	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C19	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C20	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C21	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C22	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C23	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C24	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C25	1 hoặc 2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C26	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C27	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C28	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C29	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C30	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C31	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C32	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm

C33	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C34	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
C35	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm