

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**ĐÀO THỊ PHƯƠNG**

**KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH  
TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN  
SAU GIÁO DỤC SỨC KHOẺ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2021**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG**

**NAM ĐỊNH - 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**ĐÀO THỊ PHƯƠNG**

**KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH  
TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN  
SAU GIÁO DỤC SỨC KHOẺ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2021**

Chuyên ngành: Điều dưỡng

Mã số: 1921CH821

**LUẬN VĂN THẠC SỸ ĐIỀU DƯỠNG**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

**TS.Trần An Dương**

**NAM ĐỊNH - 2021**

## **XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC**

Luận văn nghiên cứu khoa học của tôi được xây dựng và thông qua dưới sự hướng dẫn của:

TS: Trần An Dương

Cơ quan công tác: Trường cao đẳng Y Tế Quảng Ninh

*Nam Định, ngày 20 tháng 11 năm 2021*

**Giảng viên hướng dẫn**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Tran An Duong', is written over a horizontal line.

**TS. Trần An Dương**

## TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

**Tên đề tài:** “Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, năm 2021”.

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, năm 2021 và đánh giá sự thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp một nhóm có so sánh trước sau. Thực hiện trên 120 người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 01 đến hết tháng 5 năm 2021.

**Kết quả:** Trước can thiệp giáo dục sức khỏe, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế với điểm trung bình kiến thức là  $11,1 \pm 2,13$  điểm trên tổng điểm 22 điểm. Trong đó tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức khá là 40,0% và mức trung bình là 60,0%. Sau can thiệp giáo dục sức khỏe, có sự cải thiện rõ rệt về kiến thức với điểm trung bình đạt  $16,44 \pm 2,64$  điểm và vẫn tăng sau can thiệp 1 tháng đạt  $18,1 \pm 2,11$  điểm so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt đạt 39,2% ngay sau can thiệp và tăng ở tỷ lệ 61,7% sau can thiệp 1 tháng. Về thực hành, tính trên tổng điểm 100 cho mỗi lĩnh vực thực hành tự chăm sóc, bao gồm: duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc, sự tự tin. Điểm trung bình thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim ở cả 3 lĩnh vực trước can thiệp đều hạn chế và đã tăng lên đáng kể sau can thiệp 1 tháng lần lượt là: từ  $51,06 \pm 19,51$  điểm tăng lên  $60,55 \pm 14,11$  điểm; từ  $49,38 \pm 19,75$  điểm tăng lên  $64,13 \pm 17,78$  điểm; từ  $50,45 \pm 16,11$  điểm tăng lên  $64,64 \pm 15,43$  điểm. Sự khác biệt ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong đó, tỷ lệ người bệnh đạt thực hành trước và sau can thiệp ở 3 lĩnh vực lần lượt là: từ 19,2% tăng lên 45,0%; từ 22,5% tăng lên 46,7%; từ 17,5% tăng lên 51,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Kết luận:** Người bệnh suy tim mạn còn hạn chế kiến thức và thực hành tự chăm sóc nhưng đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp giáo dục sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của việc thường xuyên giáo dục sức khỏe nâng cao kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn.

## LỜI CẢM ƠN

Với lòng thành kính và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn các Thầy trong Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau Đại học - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và các Phòng ban, Bộ môn đã tạo mọi điều kiện thuận lợi và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình học tập, rèn luyện và nghiên cứu.

Đặc biệt, tôi xin chân thành cảm ơn Tiến sĩ Trần An Dương Phó Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh người thầy tận tâm và nhiệt tình, giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn. Sự tận tâm dìu dắt và động viên, khích lệ của thầy là động lực giúp tôi cố gắng vượt qua những khó khăn trong quá trình thực hiện để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới các thầy cô trong hội đồng chấm luận văn tốt nghiệp đã giúp đỡ, góp ý chỉnh sửa cho luận văn của tôi được hoàn thiện nhất.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu, bạn đồng nghiệp Trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh đã tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong thời gian theo học cao học.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến ban lãnh đạo, cán bộ và nhân viên khoa Nội Tim mạch bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh cũng như toàn thể người bệnh tham gia nghiên cứu đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thực hiện luận văn.

Cuối cùng tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành và sâu sắc nhất tới gia đình, những người đã luôn ở bên động viên, khích lệ chăm sóc và chia sẻ cùng tôi những áp lực, khó khăn, vướng mắc trong suốt thời gian học cao học, là động lực giúp tôi từng bước hoàn thành luận văn của mình.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

*Nam Định, ngày 20 tháng 11 năm 2021*

**Tác giả luận văn**



**Đào Thị Phương**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học độc lập của riêng tôi. Các số liệu sử dụng phân tích trong luận văn có nguồn gốc rõ ràng, đã công bố theo đúng quy định. Các kết quả nghiên cứu trong luận văn do tôi tự tìm hiểu, phân tích một cách trung thực, khách quan và phù hợp với thực tiễn của Việt Nam. Các kết quả này chưa từng được công bố trong bất kỳ nghiên cứu nào khác.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những cam đoan này!

*Nam Định, ngày 20 tháng 11 năm 2021*

**Tác giả luận văn**

A handwritten signature in dark ink, consisting of a stylized 'D' followed by a horizontal line and a small flourish.

**Đào Thị Phương**

## MỤC LỤC

|                                                        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>TÓM TẮT NGHIÊN CỨU.....</b>                         | <b>i</b>   |
| <b>LỜI CẢM ƠN.....</b>                                 | <b>ii</b>  |
| <b>LỜI CAM ĐOAN.....</b>                               | <b>iii</b> |
| <b>DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....</b>                  | <b>iv</b>  |
| <b>DANH MỤC BẢNG.....</b>                              | <b>v</b>   |
| <b>DANH MỤC HÌNH VẼ VÀ BIỂU ĐỒ.....</b>                | <b>vi</b>  |
| <b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>                                | <b>1</b>   |
| <b>Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>              | <b>3</b>   |
| <b>1.1. Tổng quan về suy tim.....</b>                  | <b>3</b>   |
| 1.1.1. Định nghĩa suy tim.....                         | 3          |
| 1.1.2. Phân loại, nguyên nhân suy tim .....            | 3          |
| 1.1.2.1. Phân loại suy tim.....                        | 3          |
| 1.1.2.2. Nguyên nhân suy tim .....                     | 3          |
| 1.1.2.3. Các yếu tố thuận lợi .....                    | 4          |
| 1.1.3. Sinh lý bệnh của suy tim .....                  | 4          |
| 1.1.3.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến cung lượng tim ..... | 4          |
| 1.1.3.2. Các cơ chế bù trừ .....                       | 4          |
| 1.1.4. Biểu hiện của suy tim.....                      | 5          |
| 1.1.4.1. Lâm sàng .....                                | 5          |
| 1.1.4.2. Cận lâm sàng.....                             | 5          |
| 1.1.5. Phân độ suy tim.....                            | 6          |
| 1.1.6. Điều trị suy tim.....                           | 6          |
| 1.1.6.1. Những biện pháp chung .....                   | 6          |
| 1.1.6.2. Điều trị dùng thuốc .....                     | 7          |
| 1.1.6.3. Điều trị nguyên nhân.....                     | 8          |
| 1.1.6.4. Một số biện pháp điều trị đặc biệt khác ..... | 8          |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.1.7. Tình hình suy tim .....                                                      | 8         |
| 1.1.7.1. Tình hình suy tim trên thế giới.....                                       | 8         |
| 1.1.7.2. Tình hình suy tim ở Việt Nam .....                                         | 9         |
| <b>1.2. Tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tính .....</b>                       | <b>9</b>  |
| 1.2.1. Khái niệm.....                                                               | 9         |
| 1.2.1.1. Tự chăm sóc .....                                                          | 9         |
| 1.2.1.2. Tự chăm sóc trong bệnh suy tim mạn.....                                    | 9         |
| 1.2.2. Mục đích của tự chăm sóc trong suy tim mạn .....                             | 10        |
| 1.2.3. Một số khuyến cáo tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn. ....               | 11        |
| 1.2.3.1. Dùng thuốc đúng quy định:.....                                             | 11        |
| 1.2.3.2. Chế độ ăn: hạn chế muối, hạn chế chất lỏng.....                            | 11        |
| 1.2.3.3. Theo dõi và xử lý dấu hiệu của bệnh .....                                  | 12        |
| 1.2.3.4. Duy trì lối sống tích cực.....                                             | 13        |
| 1.2.3.5. Hành vi phòng ngừa .....                                                   | 13        |
| 1.2.4. Vai trò của giáo dục sức khỏe đối với tự chăm sóc ở người bệnh suy tim ..... | 13        |
| 1.2.5. Một số nghiên cứu tự chăm sóc ở người bệnh suy tim .....                     | 14        |
| 1.2.5.1 Trên thế giới.....                                                          | 14        |
| 1.2.5.2. Tại Việt Nam.....                                                          | 15        |
| 1.2.5.3 Một số nghiên cứu can thiệp tự chăm sóc cho người bệnh suy tim...17         |           |
| <b>1.3. Học thuyết Điều dưỡng.....</b>                                              | <b>17</b> |
| 1.3.1. Học thuyết về học tập xã hội của Albert Bandura .....                        | 17        |
| 1.3.2. Khung lý thuyết.....                                                         | 19        |
| <b>1.4. Một số thông tin về địa điểm nghiên cứu .....</b>                           | <b>20</b> |
| <b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>                           | <b>21</b> |
| <b>2.1. Đối tượng nghiên cứu.....</b>                                               | <b>21</b> |
| <b>2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu .....</b>                                  | <b>21</b> |
| 2.2.1. Thời gian nghiên cứu .....                                                   | 21        |
| 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu .....                                                    | 21        |

|                                                                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.3. Thiết kế nghiên cứu.....</b>                                                                                                                | <b>21</b> |
| <b>2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu .....</b>                                                                                                       | <b>22</b> |
| 2.4.1. Cỡ mẫu .....                                                                                                                                 | 22        |
| 2.4.2. Phương pháp chọn mẫu.....                                                                                                                    | 23        |
| <b>2.5. Phương pháp và các bước thu thập số liệu .....</b>                                                                                          | <b>23</b> |
| 2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu:.....                                                                                                           | 23        |
| 2.5.2. Các bước thu thập số liệu:.....                                                                                                              | 23        |
| <b>2.6. Can thiệp giáo dục sức khỏe.....</b>                                                                                                        | <b>24</b> |
| <b>2.7. Các biến số nghiên cứu .....</b>                                                                                                            | <b>25</b> |
| <b>2.8. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá.....</b>                                                                           | <b>27</b> |
| 2.8.1. Các khái niệm.....                                                                                                                           | 27        |
| 2.8.2. Bộ câu hỏi .....                                                                                                                             | 27        |
| 2.8.3. Tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá .....                                                                                                        | 28        |
| <b>2.9. Phương pháp phân tích số liệu.....</b>                                                                                                      | <b>29</b> |
| <b>2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.....</b>                                                                                                   | <b>29</b> |
| <b>2.11. Sai số và biện pháp khắc phục sai số.....</b>                                                                                              | <b>30</b> |
| <b>Chương 3: KẾT QUẢ .....</b>                                                                                                                      | <b>31</b> |
| <b>3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu .....</b>                                                                                           | <b>31</b> |
| 3.1.1. Thông tin nhân khẩu học.....                                                                                                                 | 31        |
| 3.1.2. Thông tin về thời gian phát hiện bệnh, hướng dẫn chăm sóc mà người bệnh nhận được và nguồn thông tin người bệnh tiếp cận. ....               | 32        |
| <b>3.2. Thực trạng kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp. ....</b>            | <b>33</b> |
| 3.1.1. Kết quả nghiên cứu chung dựa trên điểm đánh giá kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK..... | 33        |
| 3.2.2. Kết quả nghiên cứu dựa trên phân loại kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.....         | 35        |
| 3.2.3. Kết quả nghiên cứu dựa trên các nội dung kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK. ....       | 36        |

|                                                                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.3.1. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung kiến thức trước và sau can thiệp GDSK.....                                                                   | 36        |
| 3.2.3.2. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung thực hành trước và sau can thiệp GDSK.....                                                                   | 42        |
| <b>Chương 4: BÀN LUẬN.....</b>                                                                                                                              | <b>46</b> |
| <b>4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu .....</b>                                                                                                  | <b>46</b> |
| <b>4.2. Thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp giáo dục sức khỏe.....</b> | <b>49</b> |
| 4.2.1. Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp giáo dục sức khỏe .....                  | 49        |
| 4.2.1.1. Kiến thức về tự chăm sóc .....                                                                                                                     | 49        |
| 4.2.1.2. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung kiến thức .....                                                                                              | 51        |
| 4.2.2. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp GDSK .....                                          | 58        |
| <b>4.3. Những hạn chế của nghiên cứu.....</b>                                                                                                               | <b>66</b> |
| <b>KẾT LUẬN .....</b>                                                                                                                                       | <b>68</b> |
| <b>1. Thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh.....</b>                                                                                 | <b>68</b> |
| <b>2. Thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe.....</b>                                       | <b>68</b> |
| <b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>                                                                                                                                     | <b>70</b> |
| <b>1. Xây dựng gói tư vấn giáo dục tự chăm sóc suy tim để có thể thực hiện thường quy cho người bệnh. ....</b>                                              | <b>70</b> |
| <b>2. Nâng cao kỹ năng truyền thông GDSK cho điều dưỡng viên. ....</b>                                                                                      | <b>70</b> |
| <b>3. Đối với nghiên cứu .....</b>                                                                                                                          | <b>71</b> |
| <b>TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>                                                                                                                             | <b>72</b> |
| <b>KẾ HOẠCH THỰC HIỆN.....</b>                                                                                                                              | <b>79</b> |

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

- |           |                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------|
| 1. AHFKT: | Atlanta Heart Failure Knowledge Test                   |
| 2. BKLN:  | Bệnh không lây nhiễm                                   |
| 3. BVĐK:  | Bệnh viện đa khoa                                      |
| 4. BKLN:  | Bệnh không lây nhiễm                                   |
| 5. ĐTNC:  | Đối tượng nghiên cứu                                   |
| 6. GDSK:  | Giáo dục sức khỏe                                      |
| 7. HSBA:  | Hồ sơ bệnh án                                          |
| 8. NVYT:  | Nhân viên y tế                                         |
| 9. NYHA:  | Hội Tim mạch NewYork<br>(New York Heart<br>Assocition) |
| 10 SCHFI: | Self-care of heart failure index                       |

## DANH MỤC BẢNG

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bảng 1.1: Phân độ suy tim theo NYHA (Hội Tim Mạch New York) .....                                                                    | 6  |
| Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học .....                                                                                               | 31 |
| Bảng 3.2: Một số hướng dẫn mà người bệnh đã nhận được .....                                                                          | 32 |
| Bảng 3.3: Điểm kiến thức của người bệnh về tự chăm sóc trước và sau can thiệp.....                                                   | 34 |
| Bảng 3.4: Điểm thực hành của người bệnh về tự chăm sóc trước và .....                                                                | 34 |
| Bảng 3.5. Kiến thức về bệnh suy tim của người bệnh .....                                                                             | 37 |
| Bảng 3.6: Kiến thức về sử dụng thuốc của người bệnh .....                                                                            | 37 |
| Bảng 3.7: Kiến thức về theo dõi cân nặng của người bệnh .....                                                                        | 38 |
| Bảng 3.8: Kiến thức về chế độ luyện tập của người bệnh .....                                                                         | 39 |
| Bảng 3.9: Kiến thức về chế độ ăn hạn chế muối của người bệnh .....                                                                   | 39 |
| Bảng 3.10: Kiến thức về chế độ ăn hạn chế chất lỏng của người bệnh .....                                                             | 40 |
| Bảng 3.11: Kiến thức về hành vi phòng ngừa của người bệnh .....                                                                      | 40 |
| Bảng 3.12: Kiến thức đúng về một số phương pháp tự điều trị của người bệnh .....                                                     | 41 |
| Bảng 3.13: Kết quả thực hành Duy trì tự chăm sóc (theo dõi và tuân thủ điều trị) của người bệnh trước và sau can thiệp 1 tháng ..... | 42 |

## **DANH MỤC HÌNH VẼ VÀ BIỂU ĐỒ**

|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hình 1.1: Mô hình học học thuyết về học tập xã hội của Albert Bandura ứng dụng vào nghiên cứu .....       | 18 |
| Sơ đồ 1.2. Khung lý thuyết về tự chăm sóc suy tim mạn .....                                               | 19 |
| Hình 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu .....                                                                | 22 |
| Biểu đồ 3.1: Phân bố người bệnh theo thời gian phát hiện bệnh suy tim .....                               | 32 |
| Biểu đồ 3.2: Nguồn mà người bệnh nhận được những hướng dẫn về điều trị và chăm sóc suy tim.....           | 33 |
| Biểu đồ 3.3: Phân loại kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK. .... | 35 |
| Biểu đồ 3.4: Phân loại thực hành tự chăm sóc suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.....                 | 36 |
| Biểu đồ 3.5: Thực hành “Quản lý chăm sóc” của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK .....    | 44 |
| Biểu đồ 3.6: Mức độ tự tin trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK ..... | 45 |

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng [4], là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tình trạng nhập viện điều trị, tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao ở nhiều nước. Theo thống kê, có khoảng 26 triệu người trên toàn thế giới mắc suy tim[45]. Tại Mỹ số người mắc suy tim đã tăng từ 5,7 triệu người (2009-2012) lên 6,5 triệu người (2011 - 2014) [19]. Tại Việt Nam, tuy chưa có một nghiên cứu chính thức về tỉ lệ mắc suy tim, nhưng theo tần xuất mắc bệnh của thế giới thì ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người bị suy tim [15]. Theo Nguyễn Lâm Việt và cộng sự nghiên cứu về đặc điểm mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong 5 năm 2003 - 2007, suy tim chiếm 19,8% lượt người bệnh nhập viện. Số người bệnh nhập viện do suy tim tăng dần qua các năm: 2003 có 1416 lượt người bệnh; 2004 có 1766 lượt người bệnh; 2005 có 1900 lượt người bệnh; 2006 có 1914 lượt người bệnh; 2007 có 1962 lượt người bệnh [14]. Do tình trạng già hóa dân số nên tỷ lệ mắc suy tim có thể sẽ tiếp tục gia tăng trong thời gian tới [20].

Các nước phát triển dành 1- 2% chi phí chăm sóc sức khỏe cho khám và điều trị suy tim. Tại Mỹ, chi phí ước tính cho suy tim năm 2010 lên tới 39,2 tỷ USD [20]. Suy tim đã, đang và sẽ trở thành vấn đề sức khỏe, cho toàn nhân loại [20] với tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày sau xuất viện khoảng 25% [23], [51] và tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau mắc lên tới khoảng 50% [19].

Trên thực tế, hơn một nửa số trường hợp suy tim mạn tái nhập viện là do bệnh trầm trọng và là kết quả trực tiếp của việc tự chăm sóc kém [54]. Tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn là các hành vi giúp người bệnh duy trì tình trạng thể chất, theo dõi dấu hiệu bệnh (duy trì chăm sóc), nhận biết và có cách xử lý phù hợp trước những biến đổi hay xuất hiện các triệu chứng của suy tim, đồng thời đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó (quản lý chăm sóc) [47].

Việc người bệnh suy tim, tự chăm sóc kém như thiếu tuân thủ điều trị thuốc, không tuân thủ chế độ ăn hạn chế muối, hạn chế chất lỏng, không tự theo dõi cân nặng hàng ngày, trì hoãn thời gian nhập viện khi có triệu chứng của bệnh sẽ càng làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh, tăng tỷ lệ tái nhập viện và tăng nguy cơ tử vong ở

người bệnh suy tim mạn [35],[57]. Tại Việt Nam, người cao tuổi suy tim mạn có hành vi tự chăm sóc ở mức độ thấp chiếm từ 50,9% - 83,6% [6],[10]. Khuyến khích tự chăm sóc là một trong những mục đích chính của các can thiệp giáo dục cho người bệnh bị suy tim mạn [34].

Giáo dục sức khỏe là nhiệm vụ hàng đầu của công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh trong bệnh viện[2]. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh, suy tim mạn đã giúp người bệnh có được hiểu biết đáng kể về suy tim và tự chăm sóc trong suy tim mạn nhưng hầu hết các chương trình giáo dục cho người bệnh đều nhấn mạnh kiến thức về bệnh và thiếu thông tin về cách quản lý các triệu chứng hoặc cải thiện khả năng tự chăm sóc bản thân[59].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, theo thống kê của Phòng kế hoạch tổng hợp, trong những năm gần đây số người bệnh nằm điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch vì suy tim khá cao (2018 khoảng 560 lượt; năm 2019 khoảng 675 lượt) và thường tái nhập viện nhiều lần. Hiện nay, tại Quảng Ninh các nghiên cứu trên người bệnh suy tim thường tập trung vào lĩnh vực điều trị và chưa có nghiên cứu về lĩnh vực chăm sóc. Dưới góc độ điều dưỡng, với mong muốn tìm hiểu sâu về vấn đề tự chăm sóc của người bệnh suy tim, đặc biệt là nghiên cứu can thiệp nhằm cải thiện kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh. Bên cạnh đó, do dịch COVID nên việc tự chăm sóc tại nhà sẽ giúp người bệnh suy tim giảm tần suất nhập viện, tránh được nguy cơ phơi nhiễm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, năm 2021”** nhằm hai mục tiêu sau:

### **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn điều trị tại khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, năm 2021.
2. Đánh giá sự thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. Tổng quan về suy tim**

##### **1.1.1. Định nghĩa suy tim**

Suy tim là một hội chứng bệnh lý rất thường gặp và là hậu quả của nhiều bệnh về tim mạch như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim... [4]

- Bình thường, tim và hệ tuần hoàn luôn có sự điều chỉnh, thích nghi để đáp ứng được nhu cầu ôxy của cơ thể trong các điều kiện hoạt động của cuộc sống. Khi tim bị suy, tim không còn đủ khả năng để cung cấp ôxy (máu) theo nhu cầu của cơ thể nữa. Vì vậy có thể định nghĩa: Suy tim là tình trạng bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ để đáp ứng nhu cầu ôxy của cơ thể trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân [4].

##### **1.1.2. Phân loại, nguyên nhân suy tim**

###### **1.1.2.1. Phân loại suy tim [5]**

Có nhiều cách phân loại suy tim khác nhau, dựa trên cơ sở:

- Theo hình thái định khu: Suy tim phải, suy tim trái và suy tim toàn bộ. Đây là cách thường được sử dụng trên lâm sàng.
- Tình trạng tiến triển: suy tim cấp và suy tim mạn.
- Lưu lượng tim: suy tim giảm lưu lượng và suy tim tăng lưu lượng.
- Suy tim tâm thu và suy tim tâm trương.

###### **1.1.2.2. Nguyên nhân suy tim [5]**

- Nguyên nhân gây suy tim trái là do các bệnh: tăng huyết áp động mạch, bệnh động mạch vành, một số bệnh van tim (hở hay hẹp van động mạch chủ, hở van hai lá), các tổn thương cơ tim, một số rối loạn nhịp tim, một số bệnh tim bẩm sinh.

- Nguyên nhân gây suy tim phải: gồm các nguyên nhân là bệnh lý tim mạch (như hẹp van hai lá, tim bẩm sinh, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn gây tổn thương nặng ở van ba lá, suy tim trái lâu ngày....) và các nguyên nhân về phổi và dị dạng lồng ngực cột sống (như các bệnh phổi mạn tính, tăng áp lực động mạch phổi tiên phát, gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực...)

- Nguyên nhân gây suy tim toàn bộ: thường gặp nhất là do suy tim trái tiên triễn, các bệnh cơ tim giãn, viêm tim toàn bộ do thấp tim, viêm cơ tim, cường giáp trạng, rò động tĩnh mạch...

#### *1.1.2.3. Các yếu tố thuận lợi [5]*

Trên cơ sở một bệnh lý tim mạch, một số nguyên nhân làm khởi phát, tăng nặng hoặc thúc đẩy suy tim nhanh hơn như: thiếu máu, nhiễm trùng, dùng các thuốc hóa trị liệu, rối loạn nhịp tim, bệnh van tim lại có thêm bệnh động mạch vành [5].

#### **1.1.3. Sinh lý bệnh của suy tim**

Khi tim hoặc hệ tuần hoàn bị một bệnh lý gì đó ảnh hưởng đến chức năng bóp tổng máu của tim để đáp ứng nhu cầu ôxy của cơ thể và đại diện là sự giảm cung lượng tim. Khi cung lượng tim bị giảm xuống thì cơ thể phản ứng lại bằng các cơ chế bù trừ của tim và các hệ thống ngoài tim, để cố duy trì cung lượng này cho nhu cầu của cơ thể. Nhưng khi các cơ chế bù trừ này bị vượt quá sẽ xảy ra suy tim với nhiều hậu quả của nó [5].

##### *1.1.3.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến cung lượng tim [5]*

Các yếu tố ảnh hưởng đến cung lượng tim gồm: tiền gánh, hậu gánh, sức co bóp cơ tim và nhịp tim.

Tiền gánh: là yếu tố quyết định mức độ kéo dài sợi cơ tim trong thời kỳ tâm trương, trước lúc tâm thất co bóp. Hậu gánh: là sức cản của các động mạch đối với sự co bóp của tâm thất. Sức co bóp của cơ tim: làm tăng thể tích tổng máu trong thì tâm thu. Tần số tim: trong suy tim, lúc đầu nhịp tim tăng lên sẽ có tác dụng bù trừ tốt cho tình trạng giảm thể tích, nhát bóp qua đó sẽ duy trì cung lượng tim. Nhưng nếu nhịp tim tăng quá nhiều thời gian tâm trương ngắn lại làm thể tích cuối tâm trương giảm, làm thể tích nhát bóp cũng giảm đi. Bên cạnh đó, nhịp tim nhanh làm tăng nhu cầu ôxy của cơ tim nên công của cơ tim cũng phải tăng cao và hậu quả làm tim càng bị suy yếu.

##### *1.1.3.2. Các cơ chế bù trừ [5]*

- Giãn tâm thất: để tránh tăng áp lực cuối tâm trương của tâm thất.
- Phì đại tâm thất: tăng bề dày các thành tim, có hoặc không kèm theo giãn buồng tim để đối phó với tình trạng tăng hậu gánh. Vì khi hậu gánh tăng sẽ giảm thể tích tổng máu do đó để bù lại cơ tim phải tăng bề dày lên.

- Sự thoái hóa và chết tế bào cơ tim theo chương trình: làm tim dày và giãn ra nhằm thích nghi với điều kiện mới.

- Hệ thần kinh giao cảm: làm tăng nồng độ catecholamine trong máu, dẫn đến tăng nhịp tim, tăng sức co bóp cơ tim và gây co mạch,

- Tăng hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm ngoại vi: Cường giao cảm sẽ làm co mạch ngoại vi ở da, thận và về sau ở khu vực các tạng trong ổ bụng và ở các cơ nhằm thích nghi để ưu tiên máu tới các cơ quan trọng yếu.

- Tăng hoạt động hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAAS): làm tăng nồng độ Angiotensin II trong tuần hoàn, đây là chất co mạch mạnh và gây giữ muối nước, giúp tăng tiền tải và tăng sức co bóp cơ tim.

- Hệ Arginin-Vasopressin: Trong suy tim giai đoạn muộn hơn, vùng dưới đồi tuyến yên kích thích tiết Arginin-Vasopressin làm tăng tác dụng co mạch, ngoại vi của Angiotensin II và tái hấp thu nước ở ống thận.

- Tăng tiết các peptid tăng thải natri của tâm nhĩ và tâm thất (ANP, BNP): gây giãn mạch và lợi tiểu (tăng thải natri). Cơ chế bù trừ này giúp cơ thể giảm bớt lượng muối - nước ứ đọng do các cơ chế bù trừ khác gây nên.

- Một số yếu tố khác: các hệ thống giãn mạch Bradykinin, các Prostaglandin và các chất giãn mạch NO cũng tăng tiết, nhưng đóng vai trò khiêm tốn trong suy tim.

#### **1.1.4. Biểu hiện của suy tim**

##### **1.1.4.1. Lâm sàng [8]**

Các biểu hiện của ứ trệ tuần hoàn: thường gặp là khó thở, phù ngoại vi, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, rales ẩm ở phổi.

Các biểu hiện của giảm tưới máu tổ chức: mệt nhọc, nhịp tim nhanh, suy nhược cơ thể, giảm sự tỉnh táo (thiếu ô-xy tổ chức), giảm thể tích nước tiểu.

##### **1.1.4.2. Cận lâm sàng [8]**

Chụp X - quang ngực: Có thể thấy dấu hiệu phì đại các buồng tim, ứ huyết phổi, tràn dịch màng phổi...

Siêu âm tim: Có thể giảm sức co, giảm khả năng tổng máu của thất trái và các tổn thương khác của tim. Ghi điện tim: các dấu hiệu của dày tâm nhĩ, dày tâm thất...

### 1.1.5. Phân độ suy tim

**Bảng 1.1: Phân độ suy tim theo NYHA (Hội Tim Mạch New York) [4]**

|             |                                                                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Độ 1</b> | Không hạn chế - Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hay hồi hộp.                                                                                                |
| <b>Độ 2</b> | Hạn chế nhẹ vận động thể lực. Người bệnh khỏe khi nghỉ ngơi, vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, hồi hộp, khó thở hay đau ngực.                                           |
| <b>Độ 3</b> | Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù người bệnh khỏe khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần vận động nhẹ đã có triệu chứng cơ năng.                                                       |
| <b>Độ 4</b> | Không vận động thể lực nào không gây khó chịu. Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi, chỉ một vận động thể lực nhẹ cũng làm triệu chứng cơ năng gia tăng. |

### 1.1.6. Điều trị suy tim

#### 1.1.6.1. Những biện pháp chung [4]

##### 1/ Chế độ nghỉ ngơi:

Nghỉ ngơi là một việc khá quan trọng vì nó góp phần làm giảm công của tim. Tuy nhiên cần hiểu nghỉ ngơi theo nghĩa linh hoạt. Tùy mức độ suy tim mà có chế độ tập luyện nghỉ ngơi khác nhau. Nói chung người bệnh suy tim nhẹ với nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn cần khuyến khích tập thể lực nhưng không được hoạt động gắng sức. Trong trường hợp suy tim nặng thì phải nghỉ tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi. Trường hợp suy tim mà người bệnh phải nằm điều trị lâu ngày thì khi hoàn cảnh cho phép, nên khuyến khích người bệnh, xoa bóp, lúc đầu là thụ động, sau đó là chủ động ở các chi, nhất là hai chi dưới để làm cho máu tĩnh mạch trở về tim được dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thường hay gặp ở những người bệnh này.

##### 2/ Chế độ ăn giảm muối:

Chế độ ăn giảm muối là cần thiết, vì muối ăn (NaCl) làm tăng áp lực thẩm thấu trong máu, do đó làm tăng khối lượng tuần hoàn, từ đó gây tăng gánh nặng cho tim.

### 3/ Hạn chế lượng nước và dịch dùng cho người bệnh:

Cần hạn chế lượng nước và dịch dùng cho người bệnh hàng ngày nhằm giảm bớt khối lượng tuần hoàn và giảm gánh nặng với tim.

### 4/ Thở ôxy:

Là biện pháp cần thiết trong nhiều trường hợp suy tim nặng vì nó tăng cung cấp thêm ôxy cho các mô, giảm bớt mức độ khó thở của người bệnh, đồng thời làm hạn chế sự co mạch phổi thường gặp ở những người bệnh thiếu ôxy.

### 5/ Loại bỏ các yếu tố nguy cơ khác:

- Bỏ rượu, thuốc lá, cà phê, giảm cân nặng ở những người bệnh béo phì, tránh các xúc cảm mạnh (stress), tránh các thuốc giữ nước như corticoid, điều trị những yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy tim như nhiễm trùng, rối loạn nhịp tim...

#### 1.1.6.2. Điều trị dùng thuốc [4]

- Lợi tiểu: Làm giảm khối lượng tuần hoàn và giảm áp lực hệ tĩnh mạch, giảm phù. Hầu hết các thuốc lợi tiểu có xu hướng loại bỏ Kali ra khỏi cơ thể, làm hạ  $K^+$  máu, hạ  $Na^+$  máu. Hạ  $K^+$  máu là một biến chứng quan trọng có thể đe dọa tính mạng người bệnh, nhất là khi dùng với thuốc Digoxin. Vì thế cần phải theo dõi điện giải trong máu khi điều trị bằng thuốc này. Việc bù muối Kali hoặc phối hợp với lợi tiểu giữ Kali là vấn đề luôn luôn phải nhớ đến khi điều trị.

- Thuốc ức chế men chuyển và thuốc ức chế thụ thể angiotensin: làm giãn mạch, cải thiện chức năng thất trái. Một số nhóm thuốc ức chế men chuyển có thể gây tác dụng phụ như: ho, nổi ban, tụt huyết áp. Thận trọng khi dùng cho người bệnh có huyết áp thấp, cần theo dõi huyết áp và chức năng thận khi dùng.

- Hydralazine và Nitrates: có thể cải thiện triệu chứng và khả năng gắng sức.

- Thuốc chẹn beta - giao cảm: giúp cải thiện triệu chứng, cải thiện chức năng thất trái, cải thiện tiên lượng.

- Thuốc kháng Aldosterone: giúp tăng cường lợi tiểu cải thiện triệu chứng, cải thiện chức năng thất trái, cải thiện tiên lượng.

- Digoxin: làm cải thiện triệu chứng, tăng nhẹ cung lượng tim, tăng co bóp cơ tim, giảm nhịp tim (do đó phải theo dõi điện tim khi dùng thuốc). Dùng liều thấp

(khoảng 0,125mg/ngày) được chứng minh là an toàn và có hiệu quả làm giảm triệu chứng và tỷ lệ tái nhập viện trong suy tim mạn tính. Nếu dùng liều cao sẽ gây ngộ độc dẫn đến làm gia tăng tỷ lệ tử vong.

- Các thuốc làm tăng co bóp cơ tim: giúp bảo tồn tưới máu tổ chức và giảm ứ trệ trong trường suy tim nặng hoặc đợt cấp.

- Các thuốc chống đông: làm giảm nguy cơ huyết khối.

#### *1.1.6.3. Điều trị nguyên nhân*

- Tăng huyết áp: kiểm soát tốt huyết áp
- Đái tháo đường: Bệnh nhân đái tháo đường/tiền đái tháo đường có nguy cơ suy tim cao hơn người có đường máu bình thường.
- Nhồi máu cơ tim và các bệnh mạch vành: can thiệp
- Bệnh van tim hoặc dị tật bẩm sinh: can thiệp nếu cần.
- Suy tim do rối loạn nhịp tim kéo dài: dùng thuốc, sốc điện, đốt điện hay cấy máy tạo nhịp.
- Cường giáp: điều trị bằng kháng giáp trạng tổng hợp hoặc phương pháp phóng xạ hay phẫu thuật.
- Thiếu máu - thiếu sắt: cần tìm nguyên nhân điều trị và bù đủ máu.
- Thiếu vitamin B1 (bệnh tê phù Beri-Beri): cần dùng vitamin B1 liều cao

#### *1.1.6.4. Một số biện pháp điều trị đặc biệt khác*

Máy tạo nhịp tim hai buồng, dùng thiết bị hỗ trợ, thay, ghép tim.

### **1.1.7. Tình hình suy tim**

#### *1.1.7.1. Tình hình suy tim trên thế giới*

Theo thống kê, trên thế giới có khoảng 26 triệu người mắc suy tim mạn[45].

Tại Mỹ, năm 2011 đến năm 2014, ước tính khoảng 6,5 triệu người Mỹ trên 20 tuổi mắc suy tim mạn[19]. Tổng chi phí điều trị suy tim ước tính tăng từ 31 tỷ đô la trong năm 2012 lên 70 tỷ đô la vào năm 2030[28]. Tỷ lệ tử vong vì suy tim trong 30 ngày, 1 năm và 5 năm sau khi nhập viện vì bệnh suy tim lần lượt là 10,4%, 22% và 42,3% [39].

Ước tính tần suất suy tim ở Châu Á dao động từ 1,26% đến 6,7% [19], ở các nước Đông Nam Á từ 4,5% - 6,7% [35].

Tỷ lệ suy tim ở Hàn Quốc được ước tính là 1,53% vào năm 2013. Đến năm 2040 sẽ có khoảng hơn 1,7 triệu người Hàn Quốc dự kiến sẽ mắc suy tim [37].

Tại Trung Quốc có 4,2 triệu người bệnh mắc suy tim và 500.000 trường hợp mới được chẩn đoán mỗi năm [29].

#### *1.1.7.2. Tình hình suy tim ở Việt Nam*

Qua nghiên cứu mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện tim mạch Việt Nam trong thời gian từ năm 2003-2007, suy tim là một trong năm nhóm bệnh lý tim mạch nhập viện nhiều nhất (chiếm 19,8%)[14]. Tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong do BKLN [3].

Tại Việt Nam, tuy chưa có một nghiên cứu chính thức về tỷ lệ mắc suy tim, song theo tần suất mắc bệnh của thế giới (0,4 - 2%)[52], thì ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người nước ta bị suy tim[15]. Chưa có thống kê trong cộng đồng nhưng theo thống kê trong bệnh viện, có tới trên 60% người bệnh nội trú trong các Khoa tim mạch bị suy tim ở các mức độ khác nhau [5].

### **1.2. TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TÍNH**

#### **1.2.1. Khái niệm**

##### *1.2.1.1. Tự chăm sóc*

Tổ chức Y tế Thế giới (1983) xác định tự chăm sóc là các hoạt động cá nhân, gia đình và cộng đồng thực hiện để tăng cường sức khỏe, ngăn ngừa bệnh tật, hạn chế dịch bệnh và phục hồi sức khỏe.

Theo Dorothea Orem (2001), tự chăm sóc là một chức năng điều tiết của con người mà dựa trên khả năng của bản thân để thực hiện chăm sóc của mình. Orem lưu ý rằng tự chăm sóc là hành vi được học và có thể được thực hiện bởi bản thân họ [42].

##### *1.2.1.2. Tự chăm sóc trong bệnh suy tim mạn [47]:*

Tự chăm sóc của người bệnh suy tim là các hành vi giúp người bệnh duy trì tình trạng thể chất, theo dõi dấu hiệu bệnh (duy trì chăm sóc), nhận biết và có cách xử lý phù hợp trước những biến đổi hay xuất hiện các triệu chứng của suy tim, đồng thời đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó (quản lý chăm sóc).

Duy trì chăm sóc gồm các hoạt động như uống thuốc, tập thể dục, chế độ ăn hạn chế muối, hạn chế chất lỏng, theo dõi cân nặng, phù, khó thở, hành vi phòng ngừa, khám định kỳ.

Quản lý chăm sóc được thực hiện khi có triệu chứng suy tim, gồm nhận biết triệu chứng (nhận ra sự thay đổi cân nặng, phù, khó thở) và có cách xử lý khi có triệu chứng của bệnh (hạn chế chất lỏng, ăn nhạt, dùng thêm thuốc lợi tiểu, gọi điện cho bác sỹ để được tư vấn đến hoặc cơ sở y tế khám bệnh), đồng thời đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó.

Tự chăm sóc được mô tả qua 5 giai đoạn: thực hiện hành vi tuân thủ điều trị và theo dõi triệu chứng, nhận biết triệu chứng, đánh giá triệu chứng, thực hiện các cách xử lý, đánh giá hiệu quả cách xử lý đó. Đây là một quá trình chủ động, có chủ ý, cần thiết ở người bệnh suy tim mạn.

Tự tin trong tự chăm sóc không phải là một phần của quá trình tự chăm sóc nhưng nó là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả của việc tự chăm sóc.

Theo Barbara Riegel và Victoria Vaughan Dickson (2008), tự quản lý là thuật ngữ được sử dụng nhất quán như một từ đồng nghĩa với việc tự chăm sóc [47].

Barbara Riegel và các cộng sự (2009) chỉ ra rằng: trong suy tim mạn, tự chăm sóc không đồng nghĩa với tuân thủ điều trị nhưng thay vào đó tuân thủ điều trị như một thành phần của tự chăm sóc [50].

### **1.2.2. Mục đích của tự chăm sóc trong suy tim mạn**

Tự chăm sóc được ủng hộ như là một phương pháp để tăng hiệu quả điều trị, là điều kiện tiên quyết trong việc nâng cao sức khỏe và giảm nguy cơ tái nhập viện ở người bệnh suy tim mạn[50]. Hầu hết các chi phí liên quan đến chăm sóc người bệnh suy tim mạn là kết quả của việc tái nhập viện vì sự trầm trọng của suy tim [38], rất nhiều trong số đó có thể là do tự chăm sóc bản thân kém, mà vấn đề này lại có thể phòng ngừa được[26].

Người bệnh chủ động tích cực tham gia vào việc tự chăm sóc sẽ cải thiện sự sống còn và giảm tái nhập viện. Người bệnh không tuân thủ các khuyến cáo điều trị suy tim không dùng thuốc thường có kết cục bất lợi [62]. Việc thiếu tuân thủ chế độ

điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc cũng như trì hoãn thời gian nhập viện khi các triệu chứng biến đổi tăng nặng sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh, tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh [36],[62].

Hiệp hội Tim mạch Châu Âu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tự chăm sóc như một phần của việc điều trị thành công. Nó có thể làm giảm các triệu chứng tăng nặng của bệnh, nâng cao sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống. Các hướng dẫn khuyến cáo rằng nhân viên y tế (NVYT) nên cung cấp chương trình giáo dục và tư vấn toàn diện về suy tim không chỉ tập trung vào kiến thức mà còn về các kỹ năng và hành vi [24].

Chương trình tự chăm sóc giúp người bệnh quản lý các triệu chứng, điều trị theo dõi các biến chứng, thay đổi lối sống phù hợp, nâng cao sự tuân thủ điều trị từ đó làm giảm tỷ lệ tái nhập viện và tử vong, giảm chi phí chăm sóc và sử dụng dịch vụ y tế [25], [31].

### ***1.2.3. Một số khuyến cáo tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn[11],[50],[64].***

Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Tim mạch học Việt Nam, khuyến cáo tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn (Phụ lục 4) gồm một số nội dung cơ bản:

#### ***1.2.3.1. Dùng thuốc đúng quy định:***

- Cần thực hiện đúng, đủ các thuốc mà bác sỹ kê về thời gian, liều lượng, cách dùng. Nếu chưa hiểu rõ, cần gặp bác sỹ để được giải thích chi tiết.
- Nếu quên uống thuốc thì cần uống ngay khi nhớ ra. Nên có hệ thống nhắc nhở giờ uống thuốc như nhờ người thân nhắc hoặc hẹn giờ báo uống thuốc.
- Không tự ý ngừng thuốc hoặc thay đổi liều lượng nếu không có chỉ dẫn của bác sỹ. Mang theo đơn thuốc đang điều trị trong mỗi lần tái khám.
- Hiểu biết về các tác dụng phụ của thuốc.

#### ***1.2.3.2. Chế độ ăn: hạn chế muối, hạn chế chất lỏng***

##### ***1/ Chế độ ăn hạn chế muối***

Thường chỉ giới hạn dưới 5 gam muối mỗi ngày. Cụ thể như sau:

- Suy tim giai đoạn 1,2: dưới 5 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 4 gam muối = 4 thìa cà phê nước mắm = 20 ml)

- Suy tim giai đoạn 3: dưới 4 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 3 gam muối = 3 thìa cà phê nước mắm = 15 ml)

- Suy tim giai đoạn 4: tùy tình trạng lâm sàng có thể:

Ăn nhạt tương đối dưới 3 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 2 gam muối = 2 thìa cà phê nước mắm = 10 ml). Ăn nhạt hoàn toàn: không cho muối, mỳ chính, mắm, bột nêm trong khi chế biến.

2/ Chế độ hạn chế chất lỏng: nếu không bị phù cần hạn chế chất lỏng, thường dưới 2 lít/ ngày. Để hạn chế chất lỏng ông/ bà nên:

- Chỉ uống nước khi cảm thấy khát.

- Khi uống nước cần uống từng ngụm nhỏ một, uống bằng cốc nhỏ sẽ tốt hơn uống bằng một cốc lớn.

- Khi người bệnh phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào thì có thể giảm cơn khát nước bằng cách nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng.

- Nên nhớ sữa, kem, sữa chua, cháo súp cũng chứa lượng chất lỏng vì vậy cần cân đối lượng chất lỏng đưa vào.

- Hạn chế đồ uống có cồn: như bia, rượu; hạn chế đồ uống có chứa caffein như cà phê, trà và một số đồ uống có ga.

### 1.2.3.3. Theo dõi và xử lý dấu hiệu của bệnh

1/ Người bệnh suy tim mạn cần theo dõi

- Cân nặng hàng ngày: để kiểm soát tình trạng bệnh. Việc kiểm soát trọng lượng cơ thể sẽ giúp cho người bệnh biết được cơ thể đang bị giữ nước hay không. Để theo dõi cân nặng có hiệu quả người bệnh cần chú ý:

+ Nên cân hàng ngày và ghi kết quả vào sổ theo dõi hàng ngày.

+ Cân vào buổi sáng ngay sau khi ngủ dậy, sau khi đi vệ sinh và chỉ nên mặc quần áo ngủ ban đêm để trọng lượng được chính xác.

+ Sử dụng trên cùng một chiếc cân.

+ Đi khám bệnh nếu tăng cân đột ngột (tăng 1 - 2kg trong 1-2 ngày chứng tỏ cơ thể đang thừa nước).

- Theo dõi triệu chứng:

- + Các triệu chứng do tích tụ chất lỏng: Khó thở, ho, kho khè, tăng cân, phù...
- + Các triệu chứng liên quan đến giảm lưu lượng máu đến các bộ phận cơ thể: mệt mỏi, chóng mặt, nhịp tim nhanh
- + Các triệu chứng khác: ăn mất ngon, đi tiểu nhiều về đêm, thay đổi tâm lý (cảm giác buồn chán như trầm cảm).

#### 2/ Cách xử lý khi bị phù/khó thở:

- Giảm muối trong chế độ ăn
- Giảm lượng nước uống vào
- Theo dõi nước tiểu trong 24 giờ để đảm bảo cân bằng lượng dịch vào ra, có thể hạn chế lượng nước uống vào theo công thức:

Lượng nước uống vào = lượng nước tiểu 24 giờ ngày hôm trước + lượng dịch mất do nôn hoặc sốt + 300 đến 500 tùy theo mùa.

- Gọi điện cho bác sỹ để được tư vấn.
- Nếu tình trạng không cải thiện hoặc nặng hơn thì nên đi đến cơ sở y tế để khám bệnh ngay lập tức.

#### 1.2.3.4. Duy trì lối sống tích cực

Thay đổi lối sống tích cực trong lĩnh vực tập thể dục, hạn chế thuốc lá, hạn chế rượu bia sẽ giúp cải thiện các triệu chứng, ngăn ngừa sự tiến triển của suy tim mạn và cải thiện chất lượng cuộc sống.

#### 1.2.3.5. Hành vi phòng ngừa

Người bệnh suy tim mạn cần cố gắng tránh bị ốm như tránh để cơ thể nhiễm lạnh, cần tiêm chủng phòng ngừa cúm hàng năm, tiêm phòng viêm phổi và khám định kỳ đúng lịch hẹn.

#### 1.2.4. Vai trò của giáo dục sức khỏe đối với tự chăm sóc ở người bệnh suy tim

Giáo dục sức khỏe là một quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến tình cảm và lý trí của con người nhằm làm thay đổi hành vi có hại thành hành vi có lợi cho sức khỏe. Giáo dục sức khỏe không thay thế được các dịch vụ y tế khác, nhưng nó rất cần thiết bởi giáo dục sức khỏe khuyến khích những hành vi có lợi, giúp người bệnh nâng cao kiến thức, kỹ năng để người bệnh có khả năng đưa ra và lựa chọn giải

pháp thích hợp nhất cho sức khỏe. Giáo dục sức khỏe (GDSK) tốt sẽ làm giảm tỉ lệ mắc bệnh, giảm tỉ lệ tàn tật, tỉ lệ tử vong do bệnh. Vì vậy, nếu làm tốt công tác giáo dục sức khỏe thì công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh sẽ đạt được hiệu quả. Giáo dục sức khỏe là một công tác khó làm, nhưng nếu làm tốt sẽ mang lại hiệu quả cao, chi phí lại thấp so với các dịch vụ y tế khác.

Trong điều trị nội trú, nhiều người bệnh và gia đình người bệnh không sẵn sàng để học hỏi vào thời điểm chẩn đoán bệnh (mới nhập viện). Vì vậy giáo dục sức khỏe đạt hiệu quả tốt hơn khi người bệnh đang trong tình trạng ổn định và đã thích nghi để sống với suy tim. Do đó nên tiến hành giáo dục sức khỏe cho người bệnh tối thiểu sau 48 giờ nhập viện và trong quá trình nằm viện tiếp theo [43].

Khi giáo dục sức khỏe cho người bệnh, nhân viên y tế cần phải đánh giá được tình hình riêng của mỗi người bệnh nhằm cung cấp những lời khuyên phù hợp với từng cá nhân. Cung cấp kiến thức cần dựa trên kiến thức của người bệnh, nên hỏi từng người bệnh về những gì họ muốn biết thêm [33]. Giáo dục sức khỏe theo nhóm giúp người bệnh suy tim mạn thể hiện sự hiểu biết và áp dụng các kỹ năng tự chăm sóc đã được hướng dẫn cho họ [55].

### ***1.2.5. Một số nghiên cứu tự chăm sóc ở người bệnh suy tim***

#### ***1.2.5.1 Trên thế giới***

Theo nghiên cứu so sánh các hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim tại 15 quốc gia trên thế giới (2013), có 5964 người bệnh tham gia nghiên cứu, Việt Nam có 126 người bệnh suy tim tham gia. Kết quả cho thấy: Việt Nam có 10% được báo cáo không sử dụng thuốc đúng quy định nhưng lại là một trong ba quốc gia có tỉ lệ người bệnh không tuân theo chế độ ăn hạn chế muối thấp nhất (với 22%). Có trên 50% số người bệnh trên toàn thế giới không tập thể dục thường xuyên, Việt Nam được báo cáo có khoảng hơn 40% người bệnh không thường xuyên luyện tập [30].

Một nghiên cứu tại Jordan (2017) cho thấy: điểm kiến thức trung bình của người bệnh tương đối thấp. Tự chăm sóc được đo bằng thang đo SCHFI với điểm số từ 70 điểm trở lên được xem là đạt khả năng tự chăm sóc, cho kết quả: các thang điểm tự chăm sóc trung bình đều thấp hơn ngưỡng điểm cắt là 70 điểm, đa số người tham

gia đều dưới 70 điểm trên tất cả ba thang đo, cụ thể: 66% người bệnh suy tim có điểm về duy trì chăm sóc dưới 70 điểm; 70% người bệnh suy tim có điểm về quản lý chăm sóc dưới 70 điểm và 77% người bệnh suy tim có điểm về sự tự tin dưới 70 điểm [58].

Trong nghiên cứu trên 202 người bệnh (2005) tại 3 bệnh viện ở Mỹ cho thấy việc tuân thủ các chiến lược tự chăm sóc được khuyến cáo là rất kém: chỉ 14% người bệnh tự cân nặng hàng ngày, 9% người bệnh được báo cáo theo dõi các triệu chứng, 31% không thể nhận ra bất kỳ triệu chứng tăng nặng nào và chỉ có 34% người bệnh dùng tất cả các loại thuốc theo đơn. Về việc tuân thủ chế độ ăn hạn chế Natri, có 20% người bệnh báo cáo rằng họ không nhận được hướng dẫn của bác sĩ để theo chế độ ăn hạn chế Natri[41].

Một nghiên cứu khác ở người bệnh suy tim tại các nước phát triển và đang phát triển (2009) thì tự chăm sóc của người bệnh là kém ở cả 4 quốc gia Hoa Kỳ, Australia, Thái Lan và Mexico: Điểm duy trì chăm sóc cao nhất trong mẫu ở Australia ( $73,35 \pm 1,14$  điểm) và thấp nhất trong mẫu ở Mexico ( $57,8 \pm 13,5$  điểm). Điểm quản lý chăm sóc cao nhất ở Hoa Kỳ ( $68,2 \pm 17,7$  điểm), thấp nhất ở Thái Lan ( $44,43 \pm 1,81$  điểm). Điểm tự tin trong tự chăm sóc cao nhất ở Mexico ( $77,0 \pm 19,1$  điểm), thấp nhất ở Thái Lan ( $54,93 \pm 1,78$  điểm). Tuy nhiên, sự tự chăm sóc được cho là đạt khi điểm số từ 70 điểm trở lên, thì tự chăm sóc cũng không đủ ở hầu hết các nhóm [48].

#### 1.2.5.2. Tại Việt Nam

Trong nghiên cứu mô tả cắt ngang của Kiều Thị Thu Hằng tại Khoa tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai (2011), có đến một nửa số người bệnh đã từng nhập viện vì suy tim có điểm tự chăm sóc ở mức thấp. Trong đó tự chăm sóc kém liên quan, đến không tuân thủ sử dụng thuốc là 37,5% và không thực hiện đúng về chế độ ăn giảm muối là 52,5% [7].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Tiến Dũng về “Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên” (2013), có tới 50,9% số người già suy tim có hành vi tự chăm sóc ở mức độ thấp [10].

Trong nghiên cứu “Dự báo các yếu tố về hành vi tự chăm sóc của người trưởng thành suy tim tại Việt Nam” của Phạm Thị Thu Hương nghiên cứu trên 200 người

bệnh suy tim ngoại trú, tại 10 bệnh viện từ 10 tỉnh - thành phố đồng bằng sông Hồng của Việt Nam (2015) cho kết quả; hầu hết đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có điểm kiến thức và điểm tự chăm sóc ở mức trung bình. Trong đó, hành vi tự chăm sóc được thực hiện thường xuyên nhất là uống thuốc theo đơn còn hành vi chăm sóc bản thân ít được thực hiện gồm: theo dõi lượng nước tiểu, theo dõi phù, theo dõi cân nặng, hạn chế uống rượu bia và tiêm phòng cúm [44].

Năm 2016, Trần Thị Ngọc Anh đã tiến hành nghiên cứu trên 200 người bệnh suy tim mạn tại Viện Tim mạch Việt Nam, kết quả thu được: người bệnh suy tim mạn có mức kiến thức tốt chiếm tỉ lệ rất thấp (chỉ 1%), còn lại người bệnh có kiến thức ở mức trung bình chiếm 44,5% và khá chiếm 54,0%, trong đó có đến 57% người bệnh hiểu không đúng và không biết về suy tim, chỉ có 40,5% người bệnh hiểu đúng về việc cần hạn chế uống nước, có tới 47,5% người bệnh lựa chọn không đúng các loại thực phẩm có chứa nhiều muối, chỉ có 18,0% người bệnh theo dõi cân nặng thường xuyên và hàng ngày, chỉ có 23% người bệnh thực hành ăn giảm muối ở mức độ thấp, số người thực hành đúng về chế độ luyện tập thể dục chiếm một tỷ lệ không nhiều (30,0%), có 4,0% thỉnh thoảng thậm chí là không uống thuốc theo đơn của bác sỹ[1].

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hải (2017) về Thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba - Đồng Hới - Quảng Bình, có đến 76% đối tượng nghiên cứu có kiến thức thấp về suy tim và có tới 82,6% đối tượng nghiên cứu có hành vi tự chăm sóc ở mức thấp, chỉ có 17,4% người bệnh có hành vi tự chăm sóc ở mức cao. Trong đó có hành vi tự chăm sóc “Tôi uống thuốc theo đơn của bác sỹ” được người bệnh thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 59,5% người bệnh đồng ý và 13,6% người bệnh rất đồng ý.

Gần đây nhất trên Tạp chí Khoa học Điều dưỡng năm 2019, trong nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung khi đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018 có đến 13,3% đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém, 41,1% đối tượng nghiên cứu có kiến thức trung bình về suy tim và 16% đối tượng nghiên cứu

đạt duy trì chăm sóc, 7,4% đối tượng nghiên cứu đạt quản lý chăm sóc, 16% đối tượng nghiên cứu đạt lĩnh vực tự tin trong chăm sóc.

#### *1.2.5.3 Một số nghiên cứu can thiệp tự chăm sóc cho người bệnh suy tim*

Với tình hình tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn như vậy, trên thế giới đã có một số nghiên cứu can thiệp nhằm nâng cao hiểu biết, thay đổi hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn. Có rất nhiều thông tin trong nhiều thử nghiệm cho thấy rằng can thiệp vào việc tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn có liên quan đến kết cục lâm sàng tốt hơn và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Theo nghiên cứu của tác giả Kato N.P tại một bệnh viện đại học ở Tokyo-Nhật Bản (2010) trong việc nâng cao khả năng tự chăm sóc cho người bệnh trước khi xuất viện bằng việc GDSK, kết quả chính là hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim. Sau can thiệp 1 tháng, nhóm can thiệp đã có cải thiện đáng kể về tự chăm sóc. Điểm số kiến thức của nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm chăm sóc thông thường. Tuy nhiên, nghiên cứu này có mặt hạn chế là thực hiện trên cỡ mẫu nhỏ (chỉ với 32 người bệnh) [32].

Trong nghiên cứu can thiệp tự quản lý để nâng cao tự chăm sóc tại Đài Loan (2011) dữ liệu thu thập ở thời điểm đánh giá ban đầu, 1 tháng và 2 tháng tiếp theo, so sánh trước- sau, có nhóm chứng (40 người bệnh trong nhóm can thiệp và 42 người bệnh trong nhóm kiểm soát). Kết quả sau một tháng và 2 tháng tiếp theo, người bệnh trong nhóm can thiệp cảm thấy có khả năng đối phó với các triệu chứng tốt hơn và có chất lượng cuộc sống tốt hơn so với những người không tham gia. Tuy nhiên, nghiên cứu lại chỉ lựa chọn người bệnh tại vùng nông thôn để nghiên cứu, đây chính là một hạn chế của nghiên cứu này [59].

### **1.3. Học thuyết Điều dưỡng**

#### ***1.3.1. Học thuyết về học tập xã hội của Albert Bandura***

Nghiên cứu áp dụng học thuyết về học tập xã hội của Albert Bandura (1925) [18].

Học thuyết học tập xã hội (Social cognitive theory) của Bandura giải thích hành vi sức khỏe dựa trên sự tương tác lẫn nhau được quyết định bởi một mối quan hệ 3 chiều giữa yếu tố nhận thức, ảnh hưởng môi trường và hành vi học tập tập.

Đó là một sự tương tác qua lại giữa các yếu tố lý thuyết học tập xã hội kết hợp với lý thuyết hành vi và nhận thức của người học sẽ cung cấp một mô hình toàn diện. Từ đó có thể giải thích được phạm vi rộng hơn các kinh nghiệm xảy ra trong cuộc sống.



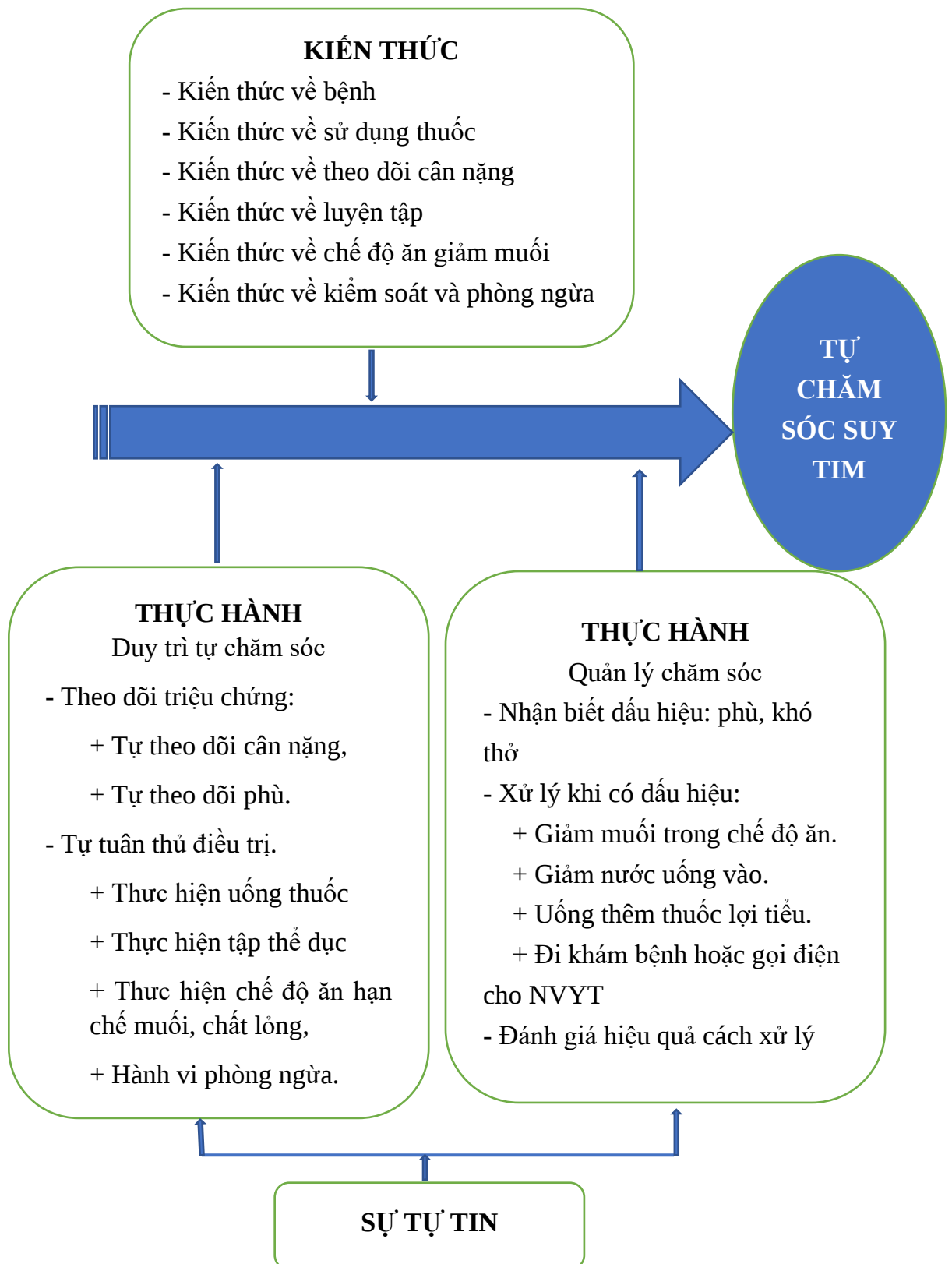
**Hình 1.1: Mô hình học tập xã hội về học tập xã hội của Albert Bandura ứng dụng vào nghiên cứu**

Mặt khác, niềm tin vào bản thân là khái niệm cốt lõi của học thuyết, Bandura đã định nghĩa niềm tin vào bản thân là sự tự tin của con người vào khả năng của họ tạo động lực để thực hiện một nhiệm vụ cụ thể trong một hoàn cảnh cụ thể nào đó do yếu tố nhận thức có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc điều chỉnh hành vi. Quá trình nhận thức tác động mạnh mẽ quyết định đến hành vi của con người thông qua 4 bước: gây sự chú ý đến vấn đề cần thay đổi, nhớ lại, thực hành lại, tạo niềm tin, động lực. Do vậy nghiên cứu này sẽ tập trung vào:

- + Yếu tố nhận thức của người bệnh về tự chăm sóc thông qua đánh giá kiến thức.
- + Yếu tố hành vi về tự chăm sóc thông qua đánh giá thực hành tự kiểm soát: duy trì tự chăm sóc, quản lý tự chăm sóc.
- + Sự tự tin

Sau đó tác giả thực hiện can thiệp giáo dục để thay đổi nhận thức và hành vi tự kiểm soát của đối tượng nghiên cứu.

### 1.3.2. Khung lý thuyết



Sơ đồ 1.2. Khung lý thuyết về tự chăm sóc suy tim mạn

#### **1.4. Một số thông tin về địa điểm nghiên cứu**

Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Quảng Ninh là bệnh viện hạng I trực thuộc tỉnh; có quy mô 1000 giường bệnh với 09 phòng chức năng, 24 khoa lâm sàng, 09 khoa cận lâm sàng, tổng số 846 nhân lực trong đó có 212 bác sĩ, 624 điều dưỡng.

Khoa Nội tim mạch - BVĐK tỉnh Quảng Ninh có 43 cán bộ gồm 19 bác sĩ, 23 điều dưỡng. Khoa có 91 giường bệnh, mô hình chăm sóc người bệnh theo đội.

Theo báo cáo thống kê của Phòng kế hoạch tổng hợp - BVĐK tỉnh Quảng Ninh, số người bệnh suy tim nằm điều trị nội trú tại khoa Khoa Nội Tim mạch hàng năm khá nhiều. Năm 2018 khoảng 560 lượt người bệnh; năm 2019 khoảng 675 lượt, trong 08 tháng năm 2020 có tới 478 lượt người bệnh nằm điều trị suy tim. Số ngày nằm viện điều trị trung bình của người bệnh suy tim mạn tại khoa khoảng 12 ngày.

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến hết tháng 5 năm 2021.

##### ❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn lần thứ 2 trở đi.
- Người bệnh suy tim mạn nằm viện điều trị từ ngày thứ 3 trở đi.
- Người bệnh có đủ năng lực trả lời phỏng vấn, biết chữ.
- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

##### ❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh trong tình trạng nặng hoặc có thêm các bệnh lý nặng đang phải điều trị tích cực.
- Người bệnh mắc bệnh mạn tính: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận...
- Người bệnh không tham gia đủ các hoạt động can thiệp giáo dục sức khỏe và các lần đánh giá trong nghiên cứu.
- Người bệnh đã từng tham gia một chương trình giáo dục có nội dung tương tự.

#### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

##### 2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2021 đến tháng 7/2021.

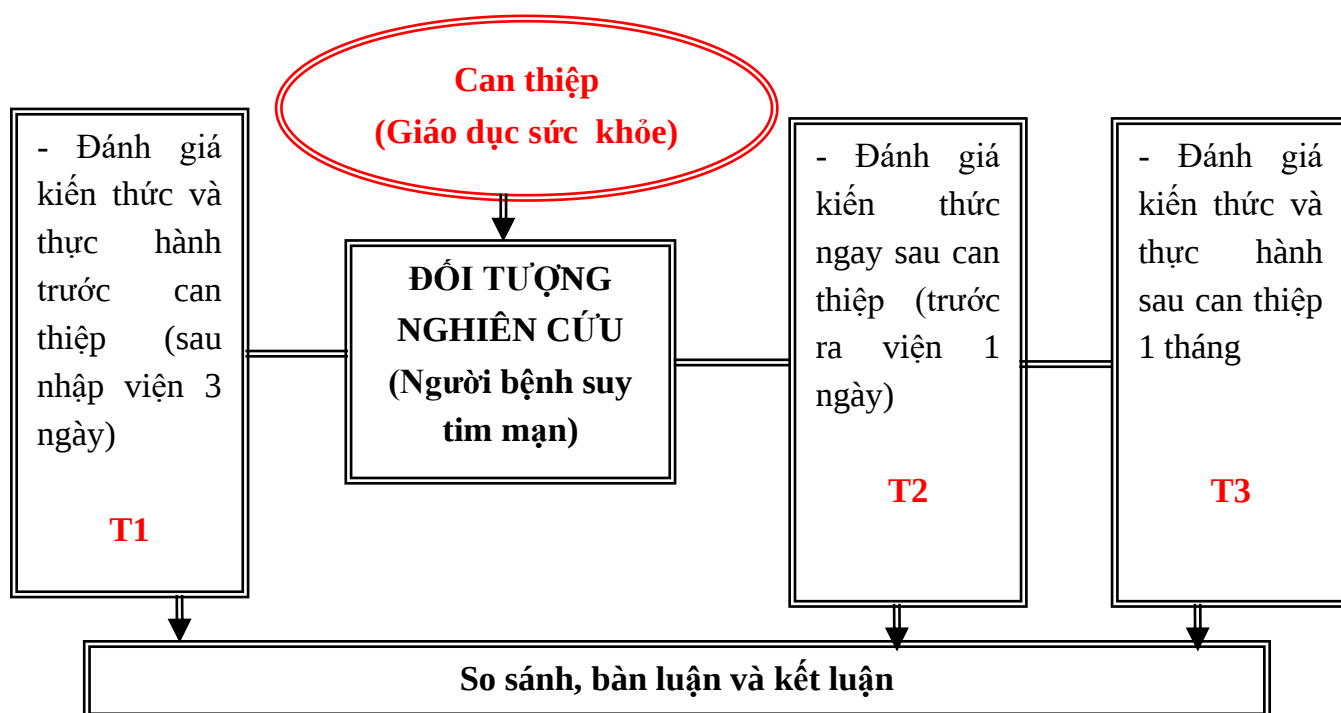
##### 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Đối với những người bệnh không đến khám lại theo đúng hẹn tại thời điểm đánh giá lại sau 1 tháng can thiệp (T3), sẽ được liên hệ hẹn gặp và đánh giá tại nhà

#### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe trên một nhóm (không nhóm chứng), có so sánh trước - sau can thiệp.



Hình 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu

## 2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

### 2.4.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{2s^2}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

s: Độ lệch chuẩn.

$\Delta$ : Sự khác biệt về giá trị trung bình trước và sau can thiệp

Theo nghiên cứu Tung H. H, Lin C. Y, Chen K. Y và các cộng sự nghiên cứu can thiệp tự quản lý để nâng cao tự chăm sóc của người bệnh suy tim tại Đài Loan. Kết quả nghiên cứu về thực hành duy trì chăm sóc: Độ lệch chuẩn  $s = 1,62$ ; sự khác biệt về giá trị trung bình thực hành duy trì chăm sóc trước can thiệp và sau can thiệp 4 tuần có  $\Delta = 2,92$  [59].

$\alpha$ : Mức sai lầm loại 1 cho phép;  $\alpha$  được chọn là 0,01

$\beta$ : Mức sai lầm loại 2 cho phép,  $\beta$  được chọn là 0,2.

Z: Giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị  $\alpha$ ,  $\beta$  được chọn là 11,7.

Áp dụng công thức ta tính được  $n = 84$  cộng thêm 15% nhằm đảm bảo hiệu lực mẫu và tránh nguy cơ mất mẫu thì tối thiểu  $n = 96$ .

#### **2.4.2. Phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện: Trong khoảng thời gian thu thập số liệu từ tháng 01/2021 đến hết tháng 5 năm 2021, nghiên cứu đã lựa chọn được 120 người bệnh suy tim mạn điều trị nội trú đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu (Phụ lục 7).

Người bệnh nằm viện từ ngày thứ 3 trở đi, khi tình trạng bệnh đã ổn định, những người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được giải thích kỹ về mục đích của nghiên cứu, trình tự các bước tham gia, việc đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc trước can thiệp được thực hiện sau khi người bệnh ký vào bản đồng thuận đồng ý tham gia nghiên cứu (Phụ lục 1).

Mỗi người bệnh chỉ được chọn 1 lần vào nghiên cứu trong khoảng thời gian thu thập số liệu để tránh trùng lặp đối tượng nghiên cứu.

### **2.5. Phương pháp và các bước thu thập số liệu**

#### **2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu:**

Phòng vấn trực tiếp người bệnh bằng phiếu điều tra được thiết kế sẵn (Phụ lục 2). Điều tra viên sẽ đọc từng câu hỏi cho đối tượng nghiên cứu, giải thích những từ ngữ mà đối tượng nghiên cứu chưa rõ. Điều tra viên chỉ giải thích câu hỏi, không gợi ý câu trả lời, đối tượng nghiên cứu trả lời câu hỏi và điều tra viên sẽ ghi chép lại vào phiếu điều tra thu thập số liệu.

#### **2.5.2. Các bước thu thập số liệu:**

Sử dụng bộ câu hỏi với cùng nội dung để phỏng vấn người bệnh ở 3 thời điểm (T1, T2, T3), gồm các bước sau:

- Bước 1: Lấy danh sách người bệnh, tham khảo hồ sơ bệnh án (HSBA) tại khoa, lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Vào buổi sáng, tại buồng bệnh, trước khi tiến hành phỏng vấn, người bệnh sẽ được điều tra viên giải thích về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, nội dung

các bước mà người bệnh tham gia (để tránh tình trạng sau 01 tháng người bệnh về nhà và không tham gia nữa) và thông báo với người bệnh sẽ bảo mật thông tin cá nhân, câu trả lời của người bệnh sẽ không ảnh hưởng gì tới quá trình chăm sóc, điều trị. Nếu người bệnh đồng ý thì ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

- Bước 3 (T1): Đánh giá thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu (đánh giá lần 1- T1) bằng phiếu điều tra đã chuẩn bị sẵn.

Thời lượng phỏng vấn kéo dài khoảng 20 phút bao gồm: tiếp xúc người bệnh, giải thích mục đích, trình tự tham gia nghiên cứu và phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

- Bước 4: Can thiệp giáo dục sức khỏe: Trong buổi chiều cùng ngày với đánh giá trước can thiệp, những người bệnh đã được đánh giá trước can thiệp ở buổi sáng sẽ được mời sang Phòng hành chính của khoa Nội tim mạch để được tư vấn trực tiếp về kiến thức và thực hành tự chăm sóc suy tim mạn (thường từ 3 - 5 người/buổi). Can thiệp có kèm tài liệu phát tay cho người bệnh, hình ảnh minh họa, tờ rơi (Phụ lục 4). Sau khi GDSK xong, sẽ hỏi người bệnh xem còn thắc mắc gì hay không để giải đáp. Thời gian can thiệp và trả lời thắc mắc của người bệnh khoảng 40 phút.

- Bước 5 (T2): Đánh giá lại kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu ngay sau can thiệp (đánh giá lần 2 - T2) sử dụng cùng nội dung đánh giá kiến thức như đánh giá trước can thiệp (T1). Thời lượng phỏng vấn khoảng 10 phút. Sau khi phỏng vấn, nếu người bệnh có kiến thức nào chưa đúng về tự chăm sóc thì điều tra viên sẽ bổ sung, nhắc nhở luôn cho người bệnh. Cảm ơn người bệnh và hẹn người bệnh ở lần đánh giá sau 1 tháng.

- Bước 6 (T3): Đánh giá lại kiến thức và thực hành tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp 1 tháng (đánh giá lần 3 - T3) bằng phiếu điều tra giống lần 1. Sau khi phỏng vấn, nếu người bệnh còn kiến thức và thực hành chưa đúng về tự chăm sóc thì điều tra viên sẽ bổ sung, nhắc nhở luôn cho người bệnh. Cảm ơn người bệnh và thông báo kết thúc điều tra.

## **2.6. Can thiệp giáo dục sức khỏe**

- Nội dung can thiệp: sử dụng Hướng dẫn tự chăm sóc trong suy tim mạn của Hội Tim mạch học Việt Nam và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (Phụ lục 4)[11][50][64].

Bao gồm:

- + Khái niệm suy tim
- + Một số biểu hiện thường gặp
- + Một số khuyến cáo tự chăm sóc cho người bệnh suy tim
- Phương pháp can thiệp: giáo dục sức khỏe trực tiếp cho nhóm nhỏ 3-5 người bệnh một buổi. Can thiệp có kèm tài liệu phát tay, tờ rơi phát cho người bệnh.

Để đảm bảo tính nhất quán trong các lần can thiệp, các buổi giáo dục sức khỏe trong tất cả các lần giáo dục sức khỏe nhóm nhỏ được học viên trực tiếp thực hiện. Cộng tác viên gồm: 03 giảng viên cơ hữu tại các khoa lâm sàng và 04 sinh viên trường Cao đẳng Y tế tỉnh Quảng Ninh, được tập huấn kỹ về mục đích của cuộc điều tra, nội dung các câu hỏi, kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng tiếp xúc với người bệnh và các nội dung can thiệp giáo dục sức khỏe. Cộng tác viên chỉ cộng tác trong việc thu thập số liệu và nhắc nhở bổ sung cho người bệnh những kiến thức và thực hành mà người bệnh nhận thức và thực hiện còn chưa đúng sau khi phỏng vấn đánh giá người bệnh ở thời điểm T2 và T3.

- Thời gian can thiệp: Làm vào buổi chiều, khoảng 40 phút.

## 2.7. Các biến số nghiên cứu

**Bảng 2.1: Các biến số nghiên cứu**

| STT | Tên biến    | Cách xác định                                                                                       | Phương pháp thu thập |
|-----|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1   | Tuổi        | Tính theo năm dương lịch Tuổi = 2021 - năm sinh.                                                    | Phỏng vấn<br>HSBA    |
| 2   | Giới        | Là giới tính của ĐTNCC theo giấy khai sinh, gồm: nam hoặc nữ                                        | Quan sát<br>HSBA     |
| 3   | Nghề nghiệp | Là công việc chính đáng làm ở thời điểm hiện tại hoặc mang lại thu nhập chủ yếu cho bản người bệnh. | Phỏng vấn            |

| STT | Tên biến                 | Cách xác định                                                                                                                                   | Phương pháp thu thập |
|-----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 4   | Hoàn cảnh sống           | Là tình trạng người bệnh sống một mình, sống với vợ (chồng) hay sống cùng với cả gia đình.                                                      | Phỏng vấn            |
| 5   | Nơi ở                    | Nơi hiện tại mà người bệnh đang sinh sống                                                                                                       | Phỏng vấn            |
| 6   | Trình độ học vấn         | Là cấp học cao nhất của ĐTNC tại thời điểm phỏng vấn                                                                                            | Phỏng vấn            |
| 7   | Số lần nằm viện          | Là số lần mà ĐTNC nằm viện điều trị suy tim, được chia thành 1 lần, từ 2 lần trở lên                                                            | Phỏng vấn            |
| 8   | Nguồn thông tin          | Là những nguồn cung cấp thông tin liên quan đến hướng dẫn về điều trị và chăm sóc suy tim mà người bệnh nhận được trước khi tham gia nghiên cứu | Phỏng vấn            |
| 9   | Kiến thức về tự chăm sóc | Là hiểu biết của ĐTNC về các lĩnh vực trong tự chăm sóc, được chia thành mức: kém, trung bình, khá, tốt                                         | Phỏng vấn            |
| 10  | Thực hành tự chăm sóc    | Là những hành động tự chăm sóc hàng ngày của ĐTNC, được chia thành mức đạt và không đạt                                                         | Phỏng vấn            |
| 11  | Duy trì chăm sóc         | Là những hành động tự theo dõi và tuân thủ điều trị của ĐTNC, được chia thành mức đạt và không đạt                                              | Phỏng vấn            |
| 12  | Quản lý chăm sóc         | Là những hành động tự nhận biết, xử lý các triệu chứng, đánh giá xử lý của ĐTNC, được chia thành mức đạt và không đạt                           | Phỏng vấn            |
| 13  | Sự tự tin                | Là mức độ tự tin của ĐTNC trong tự chăm sóc, được chia thành mức đạt và không đạt                                                               | Phỏng vấn            |

## **2.8. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá**

### **2.8.1. Các khái niệm**

Kiến thức tự chăm sóc là những hiểu biết của người bệnh về các lĩnh vực trong tự chăm sóc. Theo nghiên cứu của Artinian và cộng sự, kiến thức của người bệnh suy tim bao gồm: sự hiểu biết về suy tim và các triệu chứng, lí do của các triệu chứng, tình trạng triệu chứng xấu đi; chế độ ăn giảm muối; kiến thức về thuốc và cách sử dụng thuốc; kiến thức về chất lỏng; kiến thức về theo dõi cân nặng, tập thể dục thể thao hay kiểm soát triệu chứng [16].

Thực hành tự chăm sóc là các hành vi giúp người bệnh duy trì tình trạng thể chất, theo dõi dấu hiệu bệnh và tuân thủ điều trị (duy trì chăm sóc), nhận biết và có cách xử lý phù hợp trước những biến đổi hay xuất hiện các triệu chứng của suy tim, đồng thời đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó (quản lý chăm sóc).

+ Duy trì chăm sóc gồm các hoạt động như uống thuốc, tập thể dục, chế độ ăn hạn chế muối, chất lỏng, theo dõi cân nặng, phù, khó thở, hành vi phòng ngừa, khám định kỳ.

+ Quản lý chăm sóc gồm nhận biết triệu chứng (phù, khó thở) và có cách xử lý khi có triệu chứng của bệnh (hạn chế chất lỏng, ăn nhạt, dùng thêm thuốc lợi tiểu, đến cơ sở y tế khám bệnh hoặc gọi điện cho bác sĩ để được tư vấn).

+ Sự tự tin trong tự chăm sóc là quan trọng trong việc tạo ra và duy trì sự thay đổi chứ không phải là một thành phần rời rạc của quá trình tự chăm sóc [47, 40]

### **2.8.2. Bộ câu hỏi**

Trên cơ sở bộ câu hỏi gốc (bản tiếng Anh) về đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc trong suy tim thường được các tác giả nước ngoài sử dụng, bộ câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt và sử dụng bởi một số nghiên cứu trong nước [1],[7]. Hệ số Cronbach alpha cho cả phần kiến thức và thực hành của bộ công cụ đều đạt 0,80. Điều này cho thấy bộ công cụ thu thập số liệu đảm bảo độ tin cậy trước khi tiến hành điều tra chính thức trên mẫu nghiên cứu.

Bộ công cụ thu thập số liệu được chia ra làm 3 phần:

### **- Phần I: Thông tin chung của ĐTNC:**

Gồm 11 câu hỏi nhằm mục đích tìm hiểu các thông tin cá nhân của ĐTNC: họ tên, năm sinh, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi ở, hoàn cảnh sống, số lần nằm viện điều trị suy tim, nhận được hướng dẫn nào trong một số hướng dẫn tự chăm sóc cho người bệnh suy tim và nguồn thông tin nhận được.

### **- Phần II: Kiến thức tự chăm sóc**

Gồm các câu hỏi mô tả kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn. Sử dụng bộ câu hỏi Atlanta Heart Failure Knowledge Test (AHFKT - V2) [46]. Được phát triển bởi tác giả Carolyn Miller Reilly. Bộ câu hỏi chúng tôi sử dụng gồm 22 câu liên quan đến kiến thức về tự chăm sóc cho người bệnh suy tim. Đối tượng nghiên cứu sẽ đưa ra ý kiến hoặc quan điểm của mình bằng cách lựa chọn một ý trả lời.

### **- Phần III: Thực hành tự chăm sóc:**

Gồm các câu hỏi về thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn. Sử dụng bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc Self-care of heart failure index (SCHFI) [49]. Được phát triển bởi tác giả Riegel Barbara (2009) gồm 22 câu hỏi chia làm 3 lĩnh vực: duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin.

**Duy trì chăm sóc:** là việc lựa chọn các hành vi duy trì sự ổn định sinh lý, gồm 10 câu về các hành vi tự chăm sóc như theo dõi cân nặng, phù, ăn hạn chế muối, tập thể dục, khám bệnh định kỳ và dùng thuốc để ngăn ngừa diễn tiến xấu của suy tim.

**Quản lý chăm sóc:** là phản ứng với các triệu chứng khi nó xảy ra, gồm 6 câu để đo khả năng nhận biết các biến đổi, triệu chứng suy tim (phù, khó thở) và có cách xử lý khi gặp các dấu hiệu triệu chứng đó (như hạn chế chất lỏng, ăn hạn chế muối, uống thêm viên thuốc lợi tiểu, gọi điện cho bác sỹ để tư vấn hoặc đến cơ sở y tế khám bệnh) đồng thời đánh giá cách xử lý đó.

**Sự tự tin:** gồm 6 câu để đánh giá mức độ tự tin của người bệnh trong quá trình tự chăm sóc.

#### **2.8.3. Tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá**

**Đánh giá kiến thức:** với mỗi câu hỏi về kiến thức, người bệnh trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc bỏ trống câu trả lời tính 0 điểm (Phụ lục 3). Áp dụng

cách phân loại kiến thức theo bộ câu hỏi Atlanta Heart Eailure Knowledge Test (AHFKT) [46] và theo nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh tại Viện tim mạch Việt Nam [1] cụ thể như sau:

- + Từ 0 - 5 điểm: Kiến thức kém
- + Từ 6 -11 điểm: Kiến thức trung bình
- + Từ 12 - 17 điểm: Kiến thức khá
- + Từ 18 - 22 điểm: Kiến thức tốt

**Đánh giá thực hành:** Số điểm cho mỗi hành vi phụ thuộc vào sự lựa chọn của người bệnh với điểm cao nhất là 4. Mỗi lĩnh vực thực hành tự chăm sóc (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin) được tính riêng với phổ điểm từ 0 - 100 điểm (Phụ lục 3). Áp dụng cách phân loại thực hành tự chăm sóc theo bộ câu hỏi Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI)[49] cụ thể như sau:

- + <70 điểm: Thực hành tự chăm sóc không đạt
- + >=70 điểm: Thực hành tự chăm sóc đạt

## 2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Sau khi được làm sạch, số liệu sẽ được mã hóa, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 22.0

- Phương pháp tính tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình trước và sau can thiệp.

- Các kiểm định so sánh giá trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ được sử dụng để phân tích sự khác biệt trước và sau can thiệp.

## 2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh và cho phép của khoa Nội Tim mạch.

Tất cả người bệnh được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu, trình tự các bước mà người bệnh tham gia, mọi thông tin của người bệnh đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tên của đối tượng nghiên cứu được mã

hóa bằng số. Các thông tin trong phỏng vấn không ảnh hưởng tới quá trình điều trị và chăm sóc của người bệnh. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Người bệnh đồng ý tham gia thì ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, người bệnh có quyền từ chối và dừng tham gia bất cứ khi nào.

Can thiệp giáo dục sức khỏe, không thực hiện các thủ thuật xâm lấn nên không ảnh hưởng tới cơ thể hoặc gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Ngay sau các thời điểm đánh giá T2 và T3, nếu người bệnh có kiến thức và thực hành còn chưa đúng sẽ được điều tra viên bổ sung, nhắc nhở luôn.

Sau khi kết thúc nghiên cứu và báo cáo sẽ có phản hồi cho bệnh viện nhằm cung cấp thông tin để cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc, điều trị suy tim của bệnh viện.

### **2.11. Sai số và biện pháp khắc phục sai số**

- Sai số nhớ lại và chủ quan của người bệnh khi trả lời phỏng vấn có thể xảy ra ở một số câu hỏi và người bệnh có thể chưa quen với việc trả lời các câu hỏi liên quan đến lĩnh vực nghiên cứu. Cách khắc phục: sử dụng với các câu hỏi đơn giản, dễ hiểu, dễ trả lời, các nội dung được sắp xếp hợp lý để hạn chế sai số này.

- Sai số ngẫu nhiên: Do điều tra viên có thể giải thích chưa rõ câu hỏi dẫn đến người bệnh trả lời không đúng. Cách khắc phục: Tập huấn cho người thu thập số liệu, bố trí giám sát viên hỗ trợ quá trình thu thập số liệu.

Điều tra viên kiểm tra lại các bộ câu hỏi sau mỗi ngày điều tra. Những phiếu thông tin thu thập chưa đầy đủ hoặc không hợp lý thì được bổ sung đầy đủ hoặc sẽ hủy bỏ.

- Sai số do thời gian: Thời gian đánh giá lại lần 3 (T3) với 1 số người bệnh lâu hơn 1 tháng do người bệnh sinh sống và làm việc ở các huyện khác nhau và xa thành phố Hạ Long.

- Sai số trong quá trình nhập số liệu. Cách khắc phục: nhập số liệu 2 lần độc lập.

## Chương 3: KẾT QUẢ

### 3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

#### 3.1.1. Thông tin nhân khẩu học

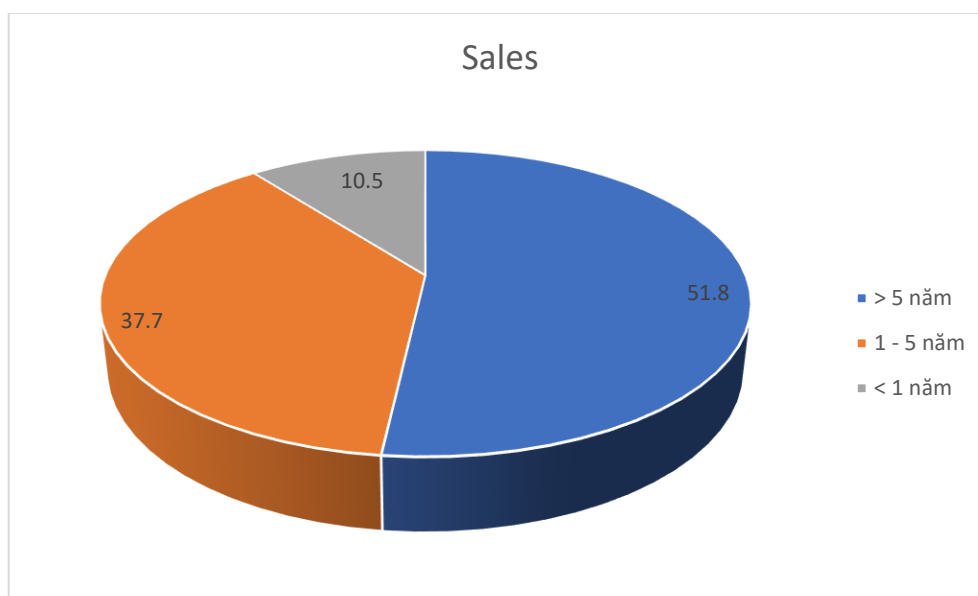
**Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học**

| Đặc điểm nhân khẩu học |                              | n                | Tỷ lệ % |
|------------------------|------------------------------|------------------|---------|
| Tuổi                   | <60 tuổi                     | 32               | 26,7    |
|                        | >=60 tuổi                    | 88               | 73,3    |
|                        | Cao nhất                     | 88               |         |
|                        | Thấp nhất                    | 22               |         |
|                        | Trung bình ( $X \pm SD$ )    | 65,4 $\pm$ 12,61 |         |
| Giới                   | Nam                          | 47               | 60,8    |
|                        | Nữ                           | 73               | 39,2    |
| Dân tộc                | Kinh                         | 114              | 95,0    |
|                        | Khác                         | 6                | 5,0     |
| Nơi ở                  | Thành phố                    | 89               | 74,2    |
|                        | Nông thôn                    | 8                | 6,7     |
|                        | Khác                         | 23               | 19,1    |
| Trình độ học vấn       | Tiểu học (cấp 1)             | 27               | 22,5    |
|                        | Trung học cơ sở (cấp 2)      | 54               | 45      |
|                        | Trung học phổ thông (cấp 3)  | 22               | 18,4    |
|                        | Trung cấp, Cao đẳng, Đại học | 17               | 14,2    |
| Nghề nghiệp            | Nông dân                     | 14               | 11,7    |
|                        | Công nhân, viên chức         | 36               | 30,0    |
|                        | Nghỉ hưu                     | 64               | 53,3    |
|                        | Tự do                        | 6                | 5,0     |
| Hoàn cảnh sống         | Sống một mình                | 2                | 1,7     |
|                        | Sống với vợ/ chồng           | 35               | 29,2    |
|                        | Sống với cả gia đình         | 83               | 69,1    |

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy đa số người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm 73,3%, tuổi trung bình của nhóm ĐTNC là 65,4 $\pm$ 12,61 tuổi. Về giới, người bệnh nam có tỷ lệ cao hơn với người bệnh nữ (60,8% và 39,2%). Trong số những ĐTNC thì

gần một nửa số người bệnh có trình độ trung học cơ sở (chiếm 45%) và đã nghỉ hưu không đi làm (chiếm 53,3%). 69,1% người bệnh sống cùng với gia đình.

**3.1.2. Thông tin về thời gian phát hiện bệnh, hướng dẫn chăm sóc mà người bệnh nhận được và nguồn thông tin người bệnh tiếp cận.**



**Biểu đồ 3.1: Phân bố người bệnh theo thời gian phát hiện bệnh suy tim**

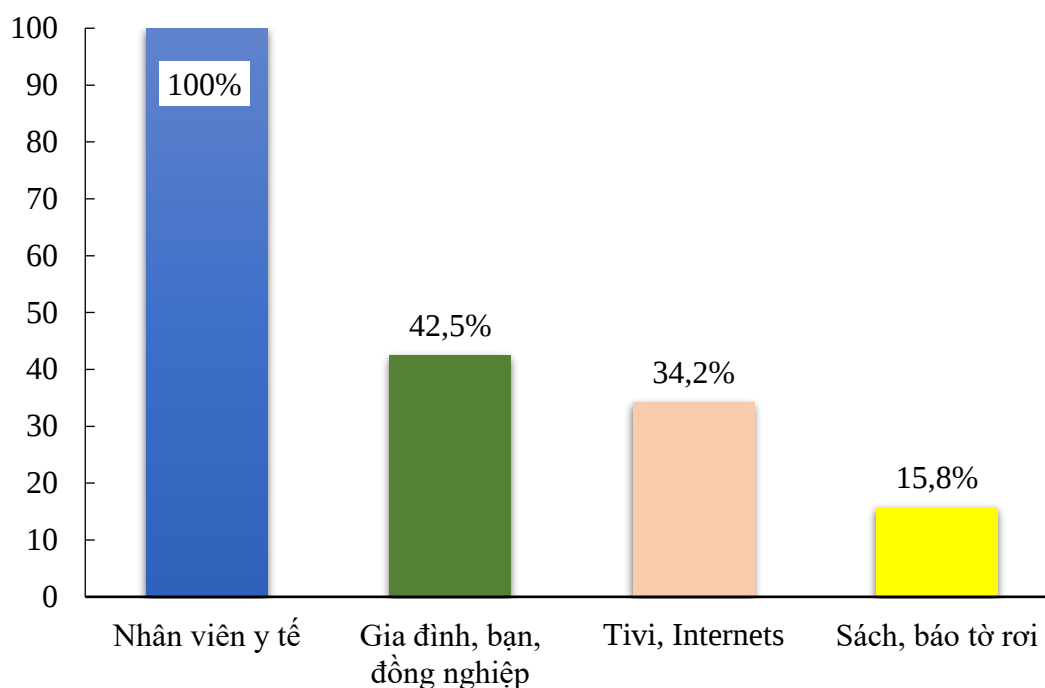
Nhận xét: Kết quả cho thấy người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian phát hiện bệnh suy tim trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (51,8%). Thời gian phát hiện dưới 1 năm chiếm 10,5%.

**Bảng 3.2: Một số hướng dẫn mà người bệnh đã nhận được**

| Hướng dẫn                                             | n   | Tỷ lệ % |
|-------------------------------------------------------|-----|---------|
| Sử dụng thuốc                                         | 120 | 100     |
| Chế độ ăn                                             | 102 | 85,0    |
| Lối sống                                              | 45  | 37,5    |
| Tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh | 13  | 10,8    |
| Hành vi phòng ngừa                                    | 0   | 0,0     |

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, người bệnh trước đó đã từng nằm viện điều trị suy tim đều cho biết họ đã nhận được một số hướng dẫn nhất định về điều trị và chăm sóc suy tim. Tuy nhiên, rất ít người (13 người) được hướng dẫn về cách tự theo dõi

biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến và đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim.



**Biểu đồ 3.2: Nguồn mà người bệnh nhận được những hướng dẫn về điều trị và chăm sóc suy tim.**

Nhận xét: Theo biểu đồ 3.2 trong số các nguồn thông tin mà người bệnh suy tim mạn tiếp cận, nguồn tin từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 100% sau đó đến nguồn từ gia đình, nguồn báo chí và nguồn ti vi, internet với tỷ lệ lần lượt là 42,5%; 34,2% và 15,8 %.

### **3.2. Thực trạng kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp.**

#### **3.2.1. Kết quả nghiên cứu chung dựa trên điểm đánh giá kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.**

**Bảng 3.3: Điểm kiến thức của người bệnh về tự chăm sóc trước và sau can thiệp**

| Thời điểm<br>đánh giá | Điểm đạt  |          |            |                  | p (t-test)   |
|-----------------------|-----------|----------|------------|------------------|--------------|
|                       | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Độ lệch<br>chuẩn |              |
| T1                    | 6         | 16       | 11,1       | 2,13             |              |
| T2                    | 10        | 21       | 16,4       | 2,64             | p(2-1)=0,000 |
| T3                    | 10        | 22       | 18,1       | 2,11             | p(3-1)=0,000 |

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy, trước can thiệp giáo dục, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu còn hạn chế với điểm trung bình kiến thức đạt  $11,1 \pm 2,13$  điểm. Ngay sau can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt điểm kiến thức với điểm trung bình đạt  $16,4 \pm 2,64$  điểm và còn duy trì ở mức khá cao sau can thiệp 1 tháng đạt  $18,1 \pm 2,11$  điểm so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ .

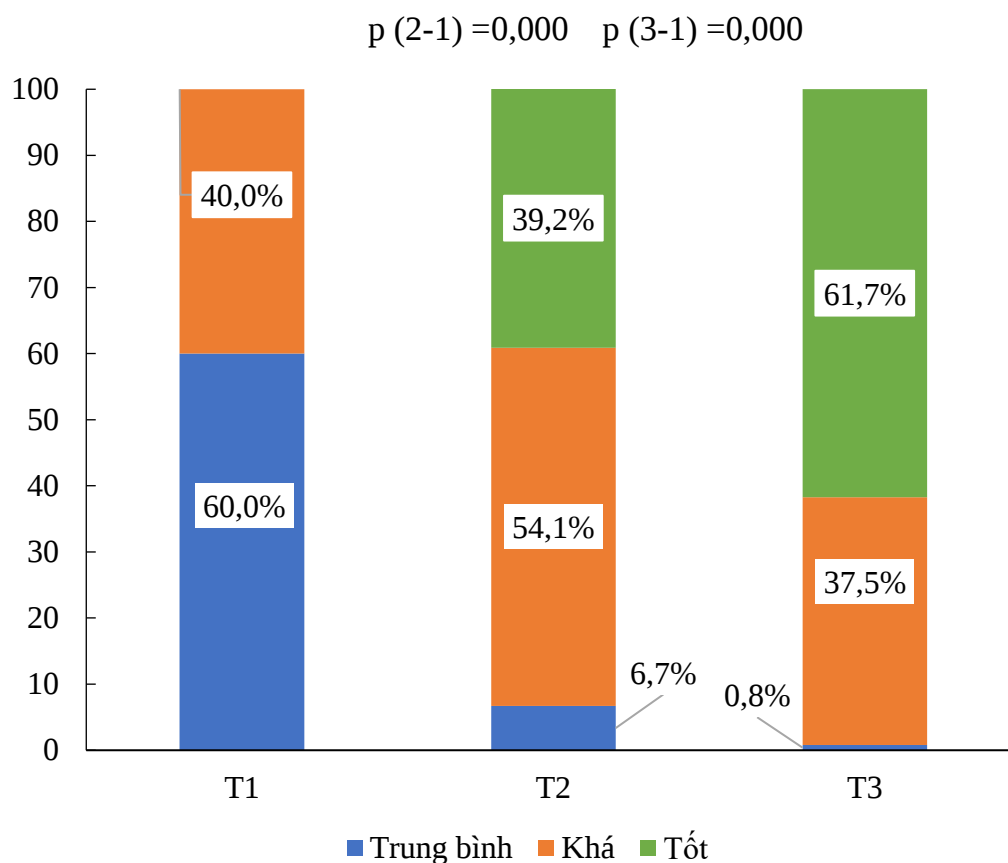
**Bảng 3.4: Điểm thực hành của người bệnh về tự chăm sóc trước và sau can thiệp**

| Lĩnh vực            | Thời điểm | Điểm đạt  |          |            |                  | p (t-test) |
|---------------------|-----------|-----------|----------|------------|------------------|------------|
|                     |           | Thấp nhất | Cao nhất | Trung bình | Độ lệch<br>chuẩn |            |
| Duy trì<br>chăm sóc | T1        | 13,33     | 83,33    | 43,36      | 16,22            | 0,000      |
|                     | T3        | 26,66     | 89,99    | 60,55      | 14,11            |            |
| Quản lý<br>chăm sóc | T1        | 10,0      | 85,0     | 49,38      | 19,75            | 0,000      |
|                     | T3        | 20,0      | 90,0     | 64,13      | 17,78            |            |
| Sự tự tin           | T1        | 16,68     | 88,96    | 51,06      | 19,51            | 0,000      |
|                     | T3        | 22,24     | 94,52    | 64,64      | 15,43            |            |

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy, trước can thiệp, điểm trung bình duy trì chăm sóc là  $43,36 \pm 16,22$  điểm, sau can thiệp đạt  $60,55 \pm 14,11$  điểm. Điểm trung bình quản lý chăm sóc trước can thiệp là  $49,38 \pm 19,75$  điểm, sau can thiệp tăng lên đạt  $64,13 \pm 17,78$ . Điểm trung bình sự tự tin trước can thiệp là  $51,06 \pm 19,51$  điểm, sau

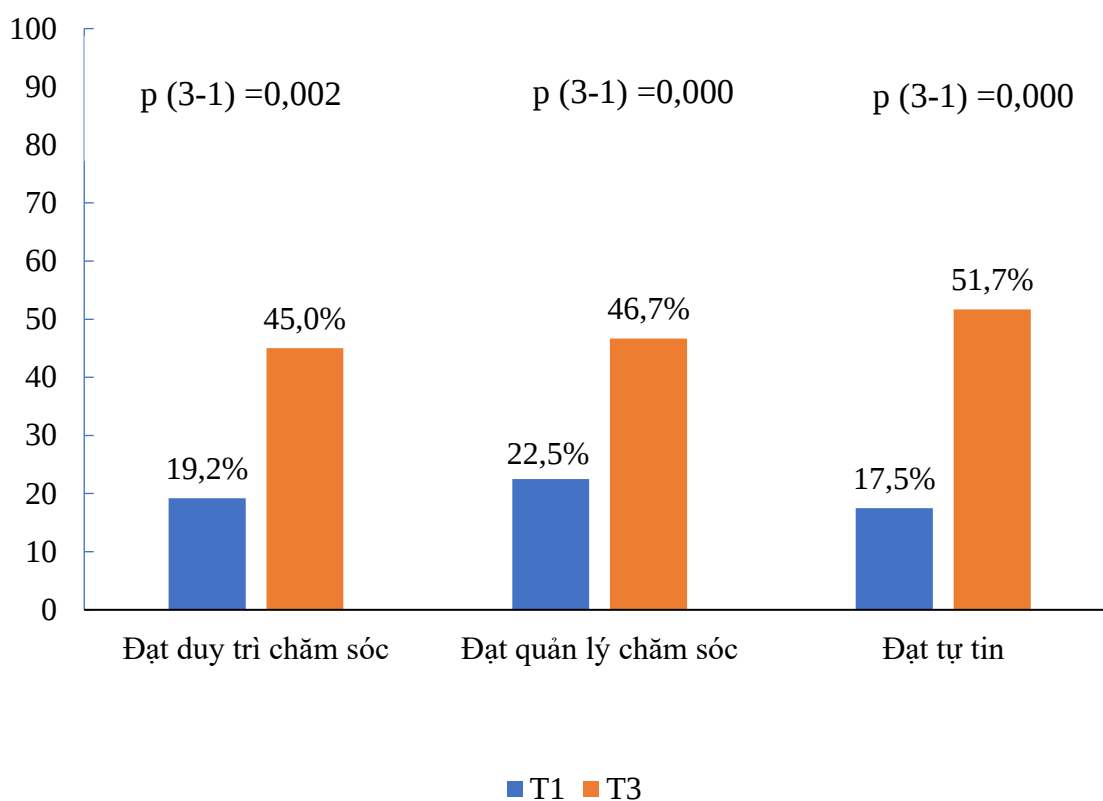
giáo dục sức khỏe điểm trung bình là  $64,64 \pm 15,43$  điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ .

### 3.2.2. Kết quả nghiên cứu dựa trên phân loại kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.



**Biểu đồ 3.3: Phân loại kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.**

Nhận xét: Biểu đồ 3.3 cho thấy, trước can thiệp có 60,0% người bệnh suy tim mạn có kiến thức về tự chăm sóc ở mức trung bình và 40,0% người bệnh có kiến thức ở mức khá. Ngay sau can thiệp, người bệnh có kiến thức ở mức tốt 39,2%, ở mức khá 54,1%. Sau can thiệp 1 tháng, người bệnh giữ được kiến thức ở mức tốt là 61,7%, số còn lại là mức khá. Sự cải thiện kiến thức của người bệnh ngay sau can thiệp và duy trì kiến thức sau can thiệp 1 tháng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ( $p < 0,0001$ ).



**Biểu đồ 3.4: Phân loại thực hành tự chăm sóc suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK**

Nhận xét: Biểu đồ 3.4 cho thấy, trước can thiệp, chỉ có 19,2% người bệnh đạt duy trì chăm sóc; 22,5% người bệnh đạt quản lý chăm sóc và 17,5% người bệnh đạt lĩnh vực tự tin trong tự chăm sóc.

Sau can thiệp giáo dục sức khỏe 1 tháng, tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc đã tăng lên, cụ thể: duy trì chăm sóc đạt là 45,0%; quản lý chăm sóc đạt 46,7% và sự tự tin đạt 51,7%.

Sự thay đổi tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

### **3.2.3. Kết quả nghiên cứu dựa trên các nội dung kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK.**

#### **3.2.3.1. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung kiến thức trước và sau can thiệp**

**Bảng 3.5. Kiến thức về bệnh suy tim của người bệnh (n=120)**

| Nội dung                             | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |    |         |
|--------------------------------------|----------|-----------|---------|----|---------|----|---------|
|                                      |          | T1        |         | T2 |         | T3 |         |
|                                      |          | n         | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % |
| Nhận thức về suy tim                 | Đúng     | 58        | 48,3    | 80 | 66,7    | 89 | 74,2    |
|                                      | Sai      | 62        | 51,7    | 40 | 33,3    | 31 | 25,8    |
| Nhận thức khả năng kiểm soát suy tim | Đúng     | 34        | 38,3    | 72 | 60,0    | 93 | 77,5    |
|                                      | Sai      | 86        | 61,7    | 48 | 40,0    | 27 | 22,5    |

Nhận xét: Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy, trước can thiệp nhiều người bệnh còn nhận thức chưa đúng về bệnh suy tim cũng như cho rằng suy tim là bệnh không thể kiểm soát được (51,7% và 61,7%). Những quan niệm này đã được cải thiện rõ rệt với tăng cao tỷ lệ người bệnh nhận thức đúng ngay sau can thiệp và còn duy trì nhận thức đúng ở tỷ lệ cao sau can thiệp 1 tháng (74,2% và 77,5%).

**Bảng 3.6: Kiến thức về sử dụng thuốc của người bệnh (n=120)**

| Nội dung                                                            | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |     |         |
|---------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|----|---------|-----|---------|
|                                                                     |          | T1        |         | T2 |         | T3  |         |
|                                                                     |          | n         | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % | n   | Tỷ lệ % |
| Nhận thức về tác dụng thuốc lợi tiểu.                               | Đúng     | 70        | 58,3    | 83 | 69,2    | 88  | 73,3    |
|                                                                     | Sai      | 50        | 41,7    | 37 | 30,8    | 32  | 26,7    |
| Nhận thức về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu cần bổ sung thêm Kali. | Đúng     | 63        | 52,5    | 92 | 76,7    | 96  | 80,0    |
|                                                                     | Sai      | 57        | 47,5    | 28 | 23,3    | 24  | 20,0    |
| Nhận thức về việc NB quên uống thuốc, cần uống ngay khi nhớ ra.     | Đúng     | 31        | 25,8    | 67 | 55,8    | 104 | 86,7    |
|                                                                     | Sai      | 89        | 74,2    | 53 | 44,2    | 16  | 13,3    |

**Nhận xét:** Theo bảng 3.6 cho thấy khi được hỏi về kiến thức sử dụng thuốc:

Trước can thiệp, chỉ có 58,3% người bệnh nhận thức đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu và 25,8% người bệnh nhận thức đúng khi người bệnh suy tim quên uống thuốc cần uống thuốc ngay khi nhớ ra.

Ngay sau can thiệp, tỷ lệ này đã có sự thay đổi đáng kể với tỷ lệ người bệnh nhận thức đúng các vấn đề trên lần lượt là 69,2% và 55,8%.

Sau can thiệp 1 tháng, các tỷ lệ này là 73,3% và 86,7% cao hơn so với trước can thiệp.

**Bảng 3.7: Kiến thức về theo dõi cân nặng của người bệnh (n=120)**

| Nội dung                                                 | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |    |         |
|----------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|----|---------|----|---------|
|                                                          |          | T1        |         | T2 |         | T3 |         |
|                                                          |          | n         | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % |
| Nhận thức về tăng cân nặng cơ thể.                       | Đúng     | 69        | 57,5    | 74 | 61,7    | 87 | 72,5    |
|                                                          | Sai      | 51        | 42,5    | 46 | 38,3    | 33 | 27,5    |
| Nhận thức về tự theo dõi cân nặng hàng ngày              | Đúng     | 47        | 39,2    | 68 | 56,7    | 75 | 62,5    |
|                                                          | Sai      | 73        | 60,8    | 52 | 43,3    | 45 | 37,5    |
| Nhận thức về thời gian tốt nhất để cân là vào buổi sáng. | Đúng     | 36        | 30,0    | 73 | 60,8    | 85 | 70,8    |
|                                                          | Sai      | 84        | 70,0    | 47 | 39,2    | 35 | 29,2    |

**Nhận xét:** Bảng 3.7 cho thấy kiến thức của người bệnh về tự theo dõi cân nặng:

Trước can thiệp, người bệnh có nhận thức đúng về tăng cân nặng cơ thể chiếm tỷ lệ thấp chỉ đạt 57,5%, người bệnh có nhận thức đúng tự theo dõi cân nặng hàng ngày chiếm 39,2%.

Ngay sau can thiệp, các tỷ lệ này đã có sự thay đổi người bệnh có kiến thức đúng về các vấn đề trên với tỷ lệ lần lượt là 61,7%; 56,7%.

Sau can thiệp 1 tháng, các tỷ lệ này lần lượt duy trì ở mức cao là 72,5%; 62,5%.

**Bảng 3.8: Kiến thức về chế độ luyện tập của người bệnh (n=120)**

| Nội dung                                         | Lựa chọn | Thời điểm |         |     |         |     |         |
|--------------------------------------------------|----------|-----------|---------|-----|---------|-----|---------|
|                                                  |          | T1        |         | T2  |         | T3  |         |
|                                                  |          | n         | Tỷ lệ % | n   | Tỷ lệ % | n   | Tỷ lệ % |
| Nhận thức về tập thể dục hàng ngày.              | Đúng     | 57        | 47,5    | 86  | 71,7    | 97  | 80,8    |
|                                                  | Sai      | 63        | 52,5    | 34  | 28,3    | 23  | 19,2    |
| Nhận thức về việc khi nào thì ngừng tập thể dục. | Đúng     | 102       | 85,0    | 120 | 100     | 120 | 100     |
|                                                  | Sai      | 18        | 15,0    | 0   | 0,0     | 0   | 0,0     |

Nhận xét: Trước can thiệp, người bệnh có nhận thức đúng về việc nên tập thể dục hàng ngày chiếm 47,7%. Ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ này tăng lên lần lượt 71,7%; 80,8%.

**Bảng 3.9: Kiến thức về chế độ ăn hạn chế muối của người bệnh (N=120)**

| Nội dung                                          | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |    |         |
|---------------------------------------------------|----------|-----------|---------|----|---------|----|---------|
|                                                   |          | T1        |         | T2 |         | T3 |         |
|                                                   |          | N         | Tỷ lệ % | N  | Tỷ lệ % | N  | Tỷ lệ % |
| Nhận thức về loại thức ăn có chứa nhiều muối.     | Đúng     | 38        | 31,7    | 69 | 57,5    | 85 | 70,8    |
|                                                   | Sai      | 82        | 68,3    | 51 | 42,5    | 35 | 29,2    |
| Nhận thức về loại thực phẩm có chứa ít muối nhất. | Đúng     | 65        | 54,2    | 82 | 68,3    | 94 | 78,3    |
|                                                   | Sai      | 55        | 45,8    | 38 | 31,7    | 26 | 21,7    |

Nhận xét: Trước can thiệp, người bệnh có kiến thức đúng về loại thức ăn có chứa nhiều muối chỉ đạt ở mức thấp 31,7% và người bệnh có kiến thức đúng về loại thực phẩm có chứa ít muối nhất đạt 54,2%. Tỷ lệ này đã có sự thay đổi, lên đến 70,8% và 78,3% ở thời điểm sau 1 tháng can thiệp.

**Bảng 3.10: Kiến thức về chế độ ăn hạn chế chất lỏng của người bệnh (n=120)**

| Nội dung                                                                                                   | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |    |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------|----|---------|----|---------|
|                                                                                                            |          | T1        |         | T2 |         | T3 |         |
|                                                                                                            |          | n         | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % |
| Phân loại chất lỏng                                                                                        | Đúng     | 41        | 34,2    | 76 | 63,3    | 85 | 70,8    |
|                                                                                                            | Sai      | 79        | 65,8    | 44 | 36,7    | 35 | 29,2    |
| Khi cần hạn chế chất lỏng, để giảm bớt cơn khát nước người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng. | Đúng     | 5         | 4,2     | 72 | 60,0    | 86 | 71,7    |
|                                                                                                            | Sai      | 115       | 95,8    | 48 | 40,0    | 34 | 28,3    |

Nhận xét: Trước can thiệp, kiến thức đúng về việc khi cần hạn chế chất lỏng, để giảm cơn khát nước, người bệnh suy tim có thể nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng đạt tỷ lệ rất thấp, chỉ chiếm 4,2%. Ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ này đã có sự cải thiện đáng kể với tỷ lệ 60,0% và 71,7%.

**Bảng 3.11: Kiến thức về hành vi phòng ngừa của người bệnh (n=120)**

| Nội dung            | Lựa chọn | Thời điểm |         |    |         |    |         |
|---------------------|----------|-----------|---------|----|---------|----|---------|
|                     |          | T1        |         | T2 |         | T3 |         |
|                     |          | n         | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % | n  | Tỷ lệ % |
| Phòng ngừa các bệnh | Đúng     | 18        | 15,0    | 90 | 75,0    | 94 | 78,3    |
|                     | Sai      | 102       | 85,0    | 30 | 25,0    | 26 | 21,7    |

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy, trước can thiệp, người bệnh có kiến thức đúng về phòng ngừa các bệnh có tỷ lệ thấp đạt 15%. Ngay sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng lên 75%. Sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về hành vi phòng ngừa cao hơn so với trước can thiệp 78,3%.

**Bảng 3.12: Kiến thức đúng về một số phương pháp tự điều trị của người bệnh**

| Nội dung                                                               | Thời điểm |         |     |         |     |         |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|-----|---------|-----|---------|
|                                                                        | T1        |         | T2  |         | T3  |         |
|                                                                        | n         | Tỷ lệ % | n   | Tỷ lệ % | n   | Tỷ lệ % |
| Hạn chế ăn muối                                                        | 109       | 90,8    | 120 | 100     | 120 | 100     |
| Hạn chế uống nhiều nước                                                | 38        | 31,7    | 120 | 100     | 119 | 99,2    |
| Không hút thuốc lá                                                     | 102       | 85,0    | 120 | 100     | 120 | 100     |
| Không uống rượu bia hàng ngày                                          | 89        | 74,2    | 117 | 97,5    | 119 | 99,2    |
| Không bỏ thuốc suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn                          | 64        | 53,3    | 119 | 99,2    | 120 | 100     |
| Biết khi nào nên gọi NVYT hoặc đi khám bệnh khi có triệu chứng suy tim | 114       | 95,0    | 120 | 100     | 120 | 100     |

Nhận xét: Trước can thiệp, đa số người bệnh có kiến thức đúng về một số phương pháp tự điều trị như hạn chế ăn muối, không hút thuốc lá, không uống rượu bia hàng ngày, biết khi nào nên đi khám bệnh hoặc gọi điện để được tư vấn là “Có lợi” cho người bệnh suy tim mạn. Tuy nhiên chỉ có ít người bệnh (31,7%) có kiến thức đúng về “Hạn chế uống nhiều nước”, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về “Không bỏ thuốc suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn” cũng chỉ chiếm 53,3%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về một số phương pháp tự điều trị đều tăng ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng.

3.2.3.2. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung thực hành trước và sau can thiệp

**Bảng 3.13: Kết quả thực hành Duy trì tự chăm sóc (theo dõi và tuân thủ điều trị) của người bệnh trước và sau can thiệp 1 tháng (n=120)**

| Duy trì<br>chăm sóc    | Lựa chọn            | Thời điểm đánh giá |            |    |            |
|------------------------|---------------------|--------------------|------------|----|------------|
|                        |                     | T1                 |            | T3 |            |
|                        |                     | n                  | Tỷ lệ<br>% | n  | Tỷ lệ<br>% |
| Theo dõi cân<br>nặng   | Không hoặc hiếm khi | 62                 | 51,7       | 14 | 11,7       |
|                        | Thỉnh thoảng        | 33                 | 27,5       | 59 | 49,2       |
|                        | Thường xuyên        | 23                 | 19,2       | 38 | 25,4       |
|                        | Hàng ngày           | 2                  | 1,7        | 9  | 7,5        |
| Theo dõi phù<br>chân   | Không hoặc hiếm khi | 59                 | 49,2       | 14 | 11,7       |
|                        | Thỉnh thoảng        | 32                 | 26,7       | 41 | 34,2       |
|                        | Thường xuyên        | 17                 | 14,2       | 37 | 30,8       |
|                        | Hàng ngày           | 12                 | 10,0       | 28 | 23,3       |
| Dự phòng<br>bệnh       | Không hoặc hiếm khi | 47                 | 39,2       | 16 | 13,3       |
|                        | Thỉnh thoảng        | 41                 | 34,2       | 51 | 42,5       |
|                        | Thường xuyên        | 25                 | 20,8       | 37 | 30,8       |
|                        | Luôn luôn           | 7                  | 5,8        | 16 | 13,3       |
| Hoạt động thể<br>lực   | Không hoặc hiếm khi | 11                 | 9,2        | 2  | 1,7        |
|                        | Thỉnh thoảng        | 36                 | 30,0       | 8  | 6,7        |
|                        | Thường xuyên        | 49                 | 40,8       | 71 | 59,2       |
|                        | Hàng ngày           | 24                 | 20,0       | 39 | 32,5       |
| Khám định kỳ           | Không hoặc hiếm khi | 13                 | 10,8       | 0  | 0,0        |
|                        | Thỉnh thoảng        | 36                 | 30,0       | 39 | 32,5       |
|                        | Thường xuyên        | 45                 | 37,5       | 62 | 51,7       |
|                        | Luôn luôn           | 26                 | 21,7       | 19 | 15,8       |
| Chế độ ăn<br>giảm muối | Không hoặc hiếm khi | 24                 | 20,0       | 2  | 1,6        |
|                        | Thỉnh thoảng        | 42                 | 35,0       | 6  | 5,0        |
|                        | Thường xuyên        | 36                 | 30,0       | 40 | 33,3       |
|                        | Hàng ngày           | 18                 | 15,0       | 72 | 60,0       |
| Tập thể dục<br>30 phút | Không hoặc hiếm khi | 4                  | 3,3        | 0  | 0,0        |
|                        | Thỉnh thoảng        | 35                 | 29,2       | 9  | 7,5        |
|                        | Thường xuyên        | 58                 | 48,3       | 73 | 60,8       |
|                        | Hàng ngày           | 23                 | 19,2       | 38 | 31,7       |

| Duy trì<br>chăm sóc                                           | Lựa chọn            | Thời điểm đánh giá |            |    |            |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|------------|----|------------|
|                                                               |                     | T1                 |            | T3 |            |
|                                                               |                     | n                  | Tỷ lệ<br>% | n  | Tỷ lệ<br>% |
| Quên uống 1<br>thuốc trong<br>trong đơn<br>thuốc hàng<br>ngày | Không hoặc hiếm khi | 20                 | 16,7       | 94 | 78,4       |
|                                                               | Thỉnh thoảng        | 68                 | 56,7       | 24 | 20,0       |
|                                                               | Thường xuyên        | 31                 | 25,8       | 2  | 1,6        |
|                                                               | Hàng ngày           | 1                  | 0,8        | 0  | 0          |
| Lưu ý giảm<br>muối khi ăn ở<br>nhà hàng                       | Không hoặc hiếm khi | 60                 | 50,0       | 34 | 28,3       |
|                                                               | Thỉnh thoảng        | 26                 | 21,7       | 39 | 32,5       |
|                                                               | Thường xuyên        | 22                 | 18,3       | 25 | 20,8       |
|                                                               | Luôn luôn           | 12                 | 10,0       | 22 | 18,3       |
| Có nhắc nhở<br>để uống thuốc                                  | Không hoặc hiếm khi | 45                 | 37,5       | 12 | 10,0       |
|                                                               | Thỉnh thoảng        | 34                 | 28,3       | 13 | 10,8       |
|                                                               | Thường xuyên        | 27                 | 22,5       | 54 | 45,0       |
|                                                               | Hàng ngày           | 14                 | 11,7       | 41 | 34,2       |

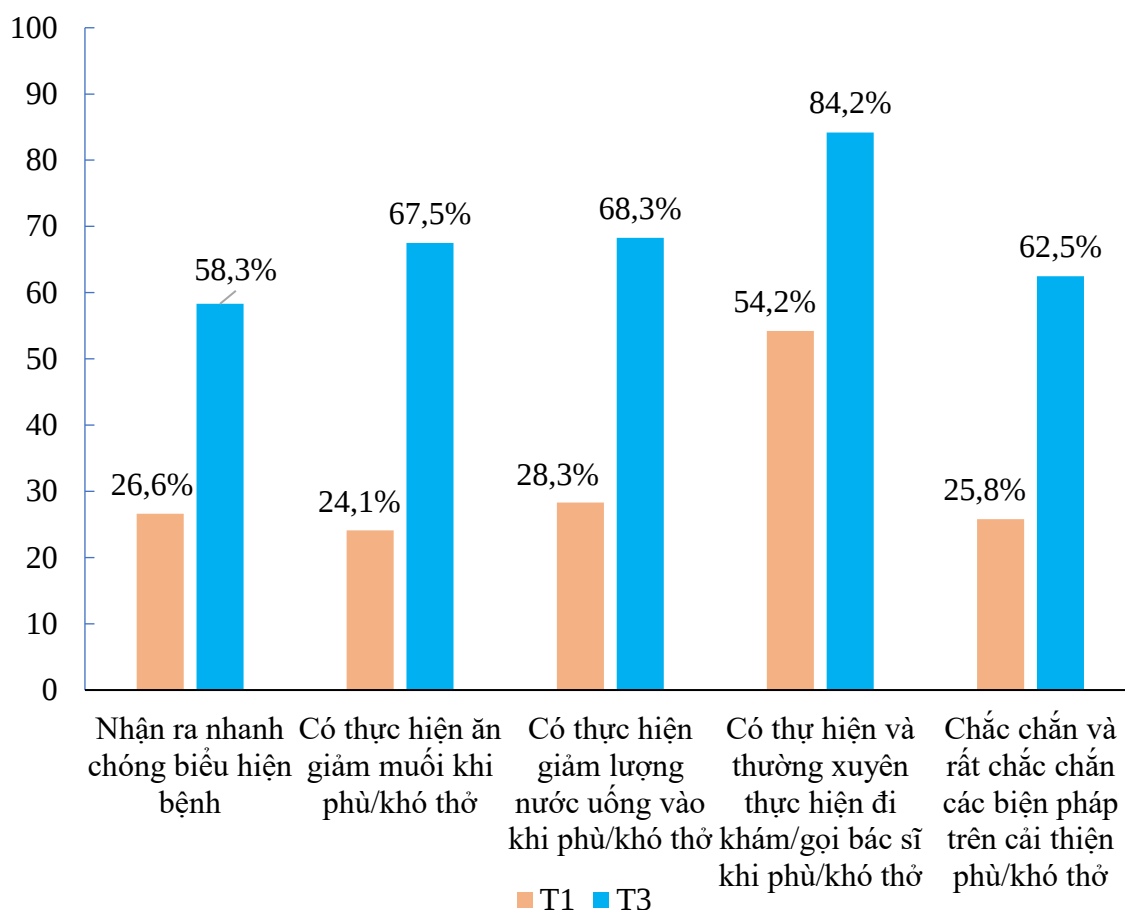
**Nhận xét:** Bảng 3.13 cho thấy sự thay đổi về thực hành duy trì tự chăm sóc bệnh suy tim mạn (theo dõi và tuân thủ điều trị) của người bệnh trước và sau can thiệp 1 tháng. Tỷ lệ đối tượng có thực hành duy trì chăm sóc bệnh suy tim mạn theo các mức độ thường xuyên và hàng ngày tăng lên sau can thiệp 1 tháng. Cụ thể:

Trước can thiệp, 51,7% người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng; sau can thiệp tỷ lệ này giảm còn 11,7%, tăng lên ở mức độ thường xuyên và hàng ngày. Tỷ lệ người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù là 49,2% trước can thiệp; sau can thiệp còn 11,7%, tăng lên ở mức độ thường xuyên và hàng ngày.

Hoạt động dự phòng, trước can thiệp mức độ không hoặc hiếm khi là 39,2%; sau can thiệp còn 13,3%, tăng lên ở mức độ thỉnh thoảng và thường xuyên.

Tần xuất thực hiện ăn giảm muối trước can thiệp mức độ hàng ngày là 15,0%, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên khá cao là 60,0%.

Tỷ lệ người bệnh không quên uống 1 thuốc trong trong đơn thuốc hàng ngày 16,7% trước can thiệp; sau can thiệp tăng lên 78,4% và không có người bệnh nào quên uống thuốc.



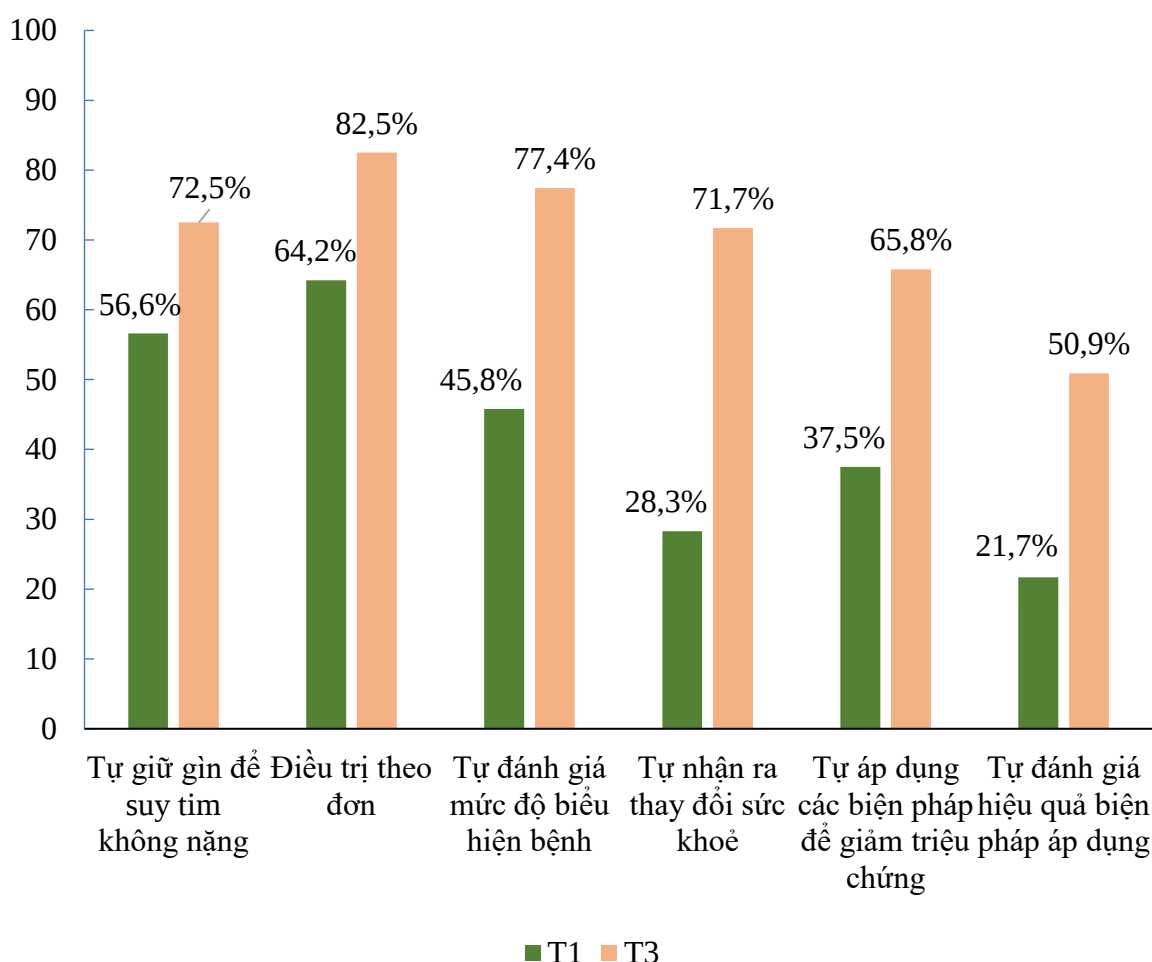
**Biểu đồ 3.5: Thực hành “Quản lý chăm sóc” của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK**

Nhận xét: Biểu đồ 3.5 cho thấy trước can thiệp, thực hành quản lý tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế. Sau can thiệp đã có sự thay đổi, cụ thể:

Thực hành tự chăm sóc trong việc nhận ra nhanh chóng các dấu hiệu của bệnh suy tim: trước can thiệp có 26,6%, sau can thiệp 1 tháng tăng lên 58,3%. Có thực hiện ăn giảm muối và giảm lượng nước uống vào khi phù/khó thở, sau can thiệp tỷ lệ này đã tăng 67,5% và 68,3%.

Người bệnh suy tim mạn có thực hiện và thường xuyên thực hiện đi khám/gọi bác sĩ khi gặp dấu hiệu phù/khó thở: trước can thiệp chỉ có 54,2% và tăng sau can thiệp 1 tháng 84,2%.

Người bệnh đánh giá thực hiện các biện pháp quản lý tự chăm sóc chắc chắn và rất chắc chắn hiệu quả giúp cải thiện tình trạng phù, khó thở cũng tăng sau can thiệp 1 tháng từ 25,8% lên đến 62,5%.



**Biểu đồ 3.6: Mức độ tự tin trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK**

Nhận xét: Kết quả biểu đồ 3.6 cho thấy đã có sự thay đổi về tự tin trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước và sau can thiệp, cụ thể như sau:

Người bệnh “Tự tin” trong việc tự giữ gìn để suy tim không nặng lên trước can thiệp là 56,6% đã tăng lên 72,5% sau can thiệp 1 tháng; người bệnh “Tự tin” trong việc đánh giá mức độ biểu hiện suy tim đã tăng từ 45,8% lên 77,4%; người bệnh “Tự tin” trong việc nhận ra các thay đổi về sức khỏe đã tăng từ 28,3% lên 71,7%; người bệnh “Tự tin” trong việc tự áp dụng các biện pháp để giảm triệu chứng đã tăng từ 37,5% lên 65,8%.

## Chương 4: BÀN LUẬN

Từ kết quả thu được sau thời gian nghiên cứu chúng tôi xin bàn luận một số vấn đề sau:

### 4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

#### 4.1.1. Về tuổi

Người bệnh có tuổi trung bình là  $65,4 \pm 12,61$  tuổi, người bệnh ít tuổi nhất là 22 tuổi và người bệnh nhiều tuổi nhất là 88 tuổi; tỷ lệ người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao (73,3%). Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh (2016) [1] với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là  $61,2 \pm 14,9$  tuổi, người ít tuổi nhất là 23 tuổi và cao tuổi nhất là 89 tuổi.

Qua nghiên cứu 90 người bệnh suy tim nhập viện tại Khoa tim mạch Bệnh viện BVĐK tỉnh Nam Định (2019) của Phạm Thị Hồng Nhung cũng cho kết quả tỷ lệ khá tương đồng của người bệnh suy tim ở độ tuổi  $65,59 \pm 10,77$  [12].

Những người cao tuổi phải đối mặt với tình trạng lão hóa và suy giảm chức năng của các cơ quan, hệ cơ quan trong đó có tim mạch. Đây cũng là yếu tố nguy cơ gây nên các bệnh tim mạch trong đó có suy tim. Có sự tương đồng này là do suy tim là một trong những bệnh tim mạch có tỷ lệ mắc và mắc mới tăng lên theo tuổi trên toàn thế giới [20].

#### 4.1.2. Về giới

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì người bệnh nam có tỷ lệ cao hơn với người bệnh nữ (60,8% và 39,2%), tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với gần 2/3 người bệnh là nam giới. Tuy nhiên, tỷ lệ này khác biệt với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung (2019) [12], Phạm Thị Thu Hương [44] người bệnh nam và người bệnh nữ có sự chênh lệch không đáng kể. Lý giải cho sự khác biệt giữa 2 nghiên cứu này có thể là do cỡ mẫu khác nhau, địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau.

#### **4.1.3. Về nơi ở**

Hiện tại các bệnh viện tuyến huyện tại Tỉnh Quảng Ninh do được đầu tư nâng cao trình độ chuyên môn nên đã thu dung, điều trị cơ bản người bệnh suy tim. Địa điểm lấy mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là BVĐK Tỉnh nên đa phần người bệnh sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ 74,2% chủ yếu tại thành phố Hạ Long, thành phố Móng Cái, thị xã Cẩm Phả, thị xã Quảng Yên; vùng núi, hải đảo 19,1%; vùng nông thôn chiếm 6,7%.

#### **4.1.4. Về trình độ học vấn**

Trong nghiên cứu này, suy tim có mặt ở tất cả các trình độ học vấn. Người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (45%); trình độ đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,2%). Điều này có điểm chung với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung (2019) [12] Trần Thị Ngọc Anh (2016) [1] với người bệnh có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt 51,1 và 41,0%.

Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có trình độ học vấn cao thì tỷ lệ mắc suy tim của họ sẽ thấp hơn so với những người có trình độ học vấn thấp. Điều này có thể lý giải là do những người có học vấn cao thì họ có kiến thức về dự phòng các bệnh lý về tim mạch và thường xuyên đi kiểm tra sức khỏe hơn, nên họ có thể phát hiện các bệnh lý về tim mạch sớm, không để các bệnh đó phát triển thành suy tim. Ngược lại, những người học vấn thấp thì thường thiếu kiến thức về dự phòng các bệnh lý trong đó có tim mạch và không có điều kiện kinh tế để kiểm tra sức khỏe thường xuyên. Theo nghiên cứu của Ông Thị Mai Thương [13], khảo sát 208 hộ nghèo với 582 nhân khẩu thì chỉ có 28 người được khám sức khỏe định kỳ hàng năm, 72 người khám định kỳ không thường xuyên, còn lại phần lớn người dân không được tiếp cận dịch vụ này.

#### **4.1.5. Về nghề nghiệp**

Đa phần đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã nghỉ hưu làm chiếm 53,3%. Điều này là phù hợp với 73,3% ĐTNC là người cao tuổi. Với nghiên cứu Trần Thị Ngọc Anh [1] có 32,5% ĐTNC đã nghỉ hưu thì nghiên cứu của chúng tôi. Lý giải cho

điều này, do địa điểm nghiên cứu của trong nghiên cứu của chúng tôi tại một bệnh viện tuyến tỉnh và ĐTNC tập trung chủ yếu tại thành phố (74,2%).

#### **4.1.6. Về hoàn cảnh sống**

Trong nghiên cứu của chúng tôi hơn 2/3 người bệnh sống cùng với gia đình. Lý giải điều này có thể do phong tục tập quán của người Việt Nam là sống cùng gia đình. Hơn nữa những người bệnh suy tim đa phần là người cao tuổi nên họ gặp nhiều khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày và chăm sóc bản thân. Họ cần có gia đình, người thân chung tay giúp đỡ để có thể kiểm soát bệnh tật, hòa nhập cộng đồng từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống. Kết quả này cũng khá tương đồng với tỷ lệ người bệnh suy tim sống cùng gia đình trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền là 77,8% [10].

#### **4.1.7. Về thời gian phát hiện bệnh**

Trong nghiên cứu đa phần ĐTNC được phát hiện suy tim trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 51,8% . Điều này cho thấy một thực tế suy tim mạn là tình trạng bệnh nặng có tỷ lệ tái nhập viện cao[23] ảnh hưởng lớn đến hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Rất cần lưu ý đến nhóm ĐTNC này vì nguy cơ tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau mắc lên tới khoảng 50% [19]

#### **4.1.8. Thông tin về việc người bệnh nhận được một số hướng dẫn về tự chăm sóc**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 120 người bệnh trước đó từng nằm viện điều trị suy tim đều cho biết họ đã nhận được một số hướng dẫn nhất định về điều trị và chăm sóc suy tim. Tuy nhiên, rất ít người (10,8%) người bệnh được hướng dẫn về cách tự theo dõi biểu hiện bệnh và biện pháp xử lý phù hợp khi bệnh diễn biến. Đặc biệt không có người bệnh nào nhận được những hướng dẫn về hành vi phòng ngừa trong suy tim. Điều đó cho thấy việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim mạn còn chưa thật sự đầy đủ các lĩnh vực. Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy phần lớn người bệnh mong muốn được biết các thông tin về điều trị và chăm sóc sau điều trị như điều trị bằng thuốc, chế độ ăn uống, biến chứng... Các yếu tố dự phòng như yếu tố nguy cơ, duy trì lối sống tích cực, hành vi phòng ngừa .., chưa được người bệnh đánh giá đúng tầm quan trọng trong điều trị bệnh. Thể hiện ở tỷ lệ phần trăm của các yếu tố dự phòng trong nghiên cứu ở mức thấp. Thậm chí trong nghiên cứu

của chúng tôi, không có người bệnh nào được nhận được hướng dẫn về hành vi phòng ngừa. Để đảm bảo nguyên tắc “phòng bệnh hơn chữa bệnh” công tác chăm sóc sức khỏe cần nâng cao nhận thức của người dân về vai trò của các biện pháp phòng bệnh, sàng lọc và phát hiện bệnh sớm thông qua truyền thông, giáo dục sức khỏe.

#### ***4.1.9. Về nguồn thông tin giáo dục sức khỏe***

Nguồn tin từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 100% sau đó đến nguồn từ gia đình, nguồn báo chí và nguồn ti vi, internet với tỷ lệ lần lượt là 42,5%; 34,2% và 15,8 %. Kết quả này có nhiều điểm chung với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung [12] Trần Thị Ngọc Anh [1] lần lượt là 100% và 93,6% người bệnh có được kiến thức về bệnh là thông qua NVYT. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của NVYT trong công tác truyền thông GDSK cho người bệnh, NVYT luôn là người bạn đồng hành với người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc. Họ hiểu được tình trạng bệnh của từng người bệnh nên những lời khuyên, lời chỉ dẫn của họ luôn phù hợp với từng người bệnh và được người bệnh, người nhà ghi nhớ và thực hiện.

### **4.2. Thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp giáo dục sức khỏe**

#### ***4.2.1. Thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp giáo dục sức khỏe***

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đánh giá kiến thức tự chăm sóc của người bệnh tại 3 thời điểm: trước can thiệp, ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng với mục đích đánh giá tác động và hiệu quả của giáo dục sức khỏe lên kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn.

Trong nghiên cứu này đa phần kiến thức của người bệnh cải thiện rõ rệt sau khi được giáo dục sức khỏe và còn duy trì ở mức khá cao sau can thiệp 1 tháng.

##### ***4.2.1.1. Kiến thức về tự chăm sóc***

#### **Theo điểm kiến thức chung:**

Trước can thiệp, kiến thức chung của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế với điểm trung bình kiến thức đạt  $11,1 \pm 2,13$  điểm. Ngay sau can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt điểm kiến thức với điểm trung bình đạt  $16,4 \pm 2,64$  điểm và còn duy trì ở mức

khá cao sau can thiệp 1 tháng đạt  $18,1 \pm 2,11$  điểm so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ .

Kết quả này có điểm tương đồng với một nghiên cứu can thiệp về kiến thức và thực hành tự chăm sóc tại Nhật Bản [32] được thực hiện trên 32 người bệnh suy tim tại 3 thời điểm. Thời điểm ban đầu thì điểm kiến thức trung bình của nhóm can thiệp cao hơn một ít so với nhóm chứng ( $10,6 \pm 3,2$  điểm so với  $8,1 \pm 3,6$  điểm). Sau 1 tháng can thiệp GDSK thì điểm kiến thức trung bình của nhóm can thiệp cao hơn đáng kể so với nhóm chứng. Sau 6 tháng thì điểm kiến thức của nhóm can thiệp có giảm nhẹ nhưng vẫn cao hơn nhóm chứng. Nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12], thực hiện trên 90 người bệnh suy tim tại 3 thời điểm. Trước can thiệp, kiến thức chung của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế. Điểm trung bình kiến thức chỉ đạt  $10,41 \pm 3,54$  điểm trên tổng số 22 điểm. Ngay sau can thiệp đã có sự cải thiện rõ rệt đạt  $19,38 \pm 2,16$  điểm và sau 1 tháng điểm kiến thức có giảm đạt  $17,92 \pm 2,52$  điểm.

#### **Theo phân loại kiến thức:**

GDSK cho người bệnh suy tim đã giúp người bệnh có được hiểu biết đáng kể về suy tim và tự chăm sóc trong suy tim, người bệnh có thể tuân thủ điều trị tốt hơn khi họ có kiến thức tốt hơn. Do đó, cung cấp kiến thức cũng được xem như là một biện pháp cơ bản trong chương trình quản lý suy tim [61]. Mặc dù trước can thiệp, nhiều người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đã nhận được một số hướng dẫn nhất định về tự chăm sóc nhưng chưa được đầy đủ và điểm kiến thức trước can thiệp vẫn còn hạn chế ( $11,1 \pm 2,13$ , điểm thấp nhất 6, điểm cao nhất 16). Điều này có thể do người bệnh quên và có thể do các hướng dẫn trước đây chưa đầy đủ chưa hệ thống hoặc phương pháp hướng dẫn còn chưa phù hợp. Can thiệp GDSK theo nhóm nhỏ của chúng tôi đã giúp người bệnh suy tim mạn tham gia vào nghiên cứu có được những thay đổi kiến thức nhất định.

Trước can thiệp không có người bệnh nào có kiến thức ở mức tốt, sau can thiệp một thời gian ngắn và một tháng thì phân loại kiến thức theo mức độ tốt đều tăng (39,2% lên 61,7%). Sự cải thiện kiến thức của người bệnh có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ( $p < 0,0001$ ).

Với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] trước can thiệp không có người bệnh nào có kiến thức ở mức độ tốt, ngay sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 77,8% và

sau can thiệp 1 tháng mức độ tốt giảm xuống còn 53,3%. Về phân loại kiến thức, so với nghiên cứu này thì nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt rõ. Điều này thể hiện năng lực của nhóm nghiên cứu trong tư vấn, GDSK và can thiệp kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn là có ý nghĩa.

**So sánh với nghiên cứu tại Nhật Bản và Phạm Thị Hồng Nhung:** Về kiến thức của người bệnh suy tim tính theo điểm hay theo phân loại thì nghiên cứu tại Nhật Bản và Phạm Thị Hồng Nhung giống với nghiên cứu của chúng tôi ở điểm sau khi can thiệp GDSK một thời gian ngắn thì điểm kiến thức và phân loại kiến thức đều tăng rõ rệt. Tuy nhiên sau một thời gian thì 2 nghiên cứu trên giảm nhẹ còn nghiên cứu của chúng tôi kiến thức của người bệnh vẫn tăng ở mức cao. Lý giải cho điều này có thể là do tại thời điểm nghiên cứu dịch bệnh Covid 19 diễn ra trên toàn quốc nói chung và đặc biệt là tâm dịch Quảng Ninh nói riêng. Toàn tỉnh thực hiện giãn cách xã hội, nhiều địa phương lệnh phong tỏa như Hạ Long, Vân Đồn, Đông Triều. Đây có thể là yếu tố tác động đến tâm lý thúc đẩy nhận thức của người bệnh trong việc trang bị đầy đủ kiến thức về bệnh suy tim của bản thân nhằm nâng cao sức khỏe phòng lây nhiễm Covid 19. Như vậy, mặc dù tuổi ĐTNC chủ yếu là người cao tuổi nhưng trong thời điểm nghiên cứu được tác động tâm lý thường xuyên thì bản thân người bệnh sẽ tự cập nhật kiến thức mà họ mong muốn để thực hiện chăm sóc bản thân.

#### *4.2.1.2. Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung kiến thức*

Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra được kiến thức suy tim là yếu tố ảnh hưởng đến sự thực hiện hành vi tự chăm sóc bản thân[1], [6], [46]. Để có thể tự chăm sóc tốt, trước hết người suy tim mạn nên hiểu được một số kiến thức cơ bản sau:

**Kiến thức về bệnh suy tim:** Trước can thiệp nhiều người bệnh nhận thức đúng về bệnh suy tim cũng như cho rằng suy tim là bệnh không thể kiểm soát được (48,3% và 38,3%). Với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] có 41,1% người bệnh hiểu đúng về khái niệm bệnh suy tim và 31,1% người bệnh hiểu đúng về việc suy tim có thể kiểm soát được. Như vậy kết quả của chúng tôi khả quan hơn giải thích cho điều này có thể trong quá trình chọn ĐTNC nhóm nghiên cứu đã loại trừ ĐTNC là người bệnh suy tim mạn lần đầu còn trong nghiên cứu so sánh có 09 ĐTNC này.

Đây là nhóm đối tượng lần đầu được chẩn đoán suy tim mạn nên việc tiếp cận kiến thức qua các kênh chưa được nhiều đặc biệt kiến thức mang tính chất khái niệm.

Tuy nhiên thực trạng cho thấy số ĐTNC hiểu đúng về kiến thức bệnh suy tim chưa cao (chưa vượt quá 50%) kể cả với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] 43% đối tượng hiểu đúng về khái niệm suy tim và 32,5% đối tượng hiểu đúng về suy tim có thể kiểm soát được. Do người bệnh chủ yếu tìm hiểu các thông tin qua nhân viên y tế (100%), mà thực trạng của các bệnh viện hiện nay đang gặp quá tải, số lượng người bệnh đến khám và chữa bệnh ngày càng lớn. Điều này khiến các NVYT không thể giải thích cặn kẽ hết về bệnh cho người bệnh. Mặt khác tỷ lệ người bệnh chủ động tìm kiếm thông tin về bệnh chưa cao như nguồn gia đình, nguồn báo chí và nguồn tivi, internet, sách báo tờ rơi với tỷ lệ lần lượt là 42,5%; 34,2% và 15,8 %. Điều này dẫn đến trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 43,2% người bệnh nghĩ là một người suy tim không thể sống một cuộc sống bình thường, thậm chí có 2,4% người bệnh nghĩ là suy tim có nghĩa là tim ngừng đập.

Ngay sau can thiệp, quan niệm trên đã được cải thiện rõ rệt với tăng cao tỷ lệ người bệnh nhận thức đúng (66,7%; 60,0%) và vẫn duy trì nhận thức đúng ở tỷ lệ cao sau can thiệp 1 tháng lần lượt là 74,2% và 77,5%. So với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] sau can thiệp 1 tháng cho tỷ lệ này (75,6%; 78,9%) với nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng.

**Kiến thức về sử dụng thuốc của người bệnh tham gia nghiên cứu:** dùng thuốc đúng có vai trò quan trọng trong hiệu quả điều trị suy tim mạn. người bệnh suy tim mạn dùng thuốc không chỉ là tuân thủ theo đơn của bác sĩ mà còn cần biết tác dụng, tác dụng phụ của thuốc và luôn mang đơn thuốc điều trị trong mỗi lần tái khám vì suy tim là bệnh mạn tính, điều trị lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù 100% người bệnh đều trả lời là đã được hướng dẫn về sử dụng thuốc nhưng tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về thuốc và sử dụng thuốc trước can thiệp chưa cao. Cụ thể là chỉ có 58,3% người bệnh hiểu đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu, 52,5% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng

thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali và chỉ có 25,8% người bệnh nhận thức đúng khi quên uống thuốc thì cần uống thuốc ngay khi nhớ ra

Nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] có 37,8% người bệnh hiểu đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu, 20% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali. Ở nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] thì tỷ lệ này là 27,5% người bệnh hiểu đúng về việc khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali. Như vậy thực trạng kiến thức sử dụng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi khả quan hơn so với 2 nghiên cứu trên. Có sự khác biệt này theo nghiên cứu của chúng tôi, của Trần Thị Ngọc Anh, của Phạm Thị Hồng Nhung về nghề nghiệp của ĐTNC là công chức, viên chức, nghỉ hưu lần lượt (83,3%; 39%; 70,1%). Tuy nhiên, tỷ lệ hiểu biết về tác dụng của thuốc lợi tiểu của nghiên cứu Wal M.H và cộng sự [60] thì cao hơn nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều (84%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực trạng gần 50% người bệnh uống thuốc một cách bị động, thuốc được bác sỹ kê thế nào thì người bệnh uống thế đó chứ không biết đến tác dụng của thuốc hay làm thế nào để uống thuốc đạt hiệu quả nhất trong điều trị đặc biệt còn gần 2/3 số người bệnh hiểu sai về việc quên uống thuốc, cần uống ngay khi nhớ ra. Tuy nhiên bằng việc cung cấp kiến thức, tỷ lệ người bệnh hiểu đúng về tác dụng của thuốc lợi tiểu đã tăng từ 58,3% lên 69,2% và tăng tiếp sau 1 tháng can thiệp là 73,3%. Tỷ lệ người bệnh trả lời đúng khi sử dụng thuốc lợi tiểu phải bổ sung thêm Kali đã tăng so với thời điểm ban đầu (từ 52,5% lên 76,7%) và tăng nhẹ sau 1 tháng can thiệp đạt 80,0%. Đặc biệt tỷ lệ người bệnh suy tim nếu không may quên uống thuốc thì cần uống ngay khi nhớ ra có sự thay đổi rõ rệt sau can thiệp với tỷ lệ lần lượt ở thời điểm ban đầu và sau 1 tháng là 25,8% và 86,7%. Với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng thấp hơn ngay sau can thiệp có tỷ lệ lần lượt là (64,4%; 77,8%; 82,2%). Như vậy nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức sử dụng thuốc so với nghiên cứu này có sự khác biệt

**Kiến thức về theo dõi cân nặng:** không chỉ cần biết sử dụng thuốc đúng mà người bệnh suy tim mạn còn cần theo dõi cân nặng hàng ngày. Việc theo dõi cân nặng giúp người bệnh biết được cơ thể có giữ nước không. Nếu người bệnh tăng cân đột

ngột đồng nghĩa cơ thể đang tích tụ nước và tình trạng bệnh đang nặng lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiến thức của người bệnh về theo dõi cân nặng còn rất hạn chế. Cụ thể:

Trước can thiệp, người bệnh có nhận thức đúng về tăng cân nặng cơ thể chiếm tỷ lệ thấp chỉ đạt 57,5%, người bệnh có nhận thức đúng tự theo dõi cân nặng hàng ngày chiếm 39,2% và người bệnh có nhận thức đúng về thời gian tốt nhất để cân vào buổi sáng chỉ chiếm 30,0%. Cùng với vấn đề này ở nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] lần lượt là ( 33,3%; 15,6%; 41,1%). Nghiên cứu Trần Thị Ngọc Anh [1] với 19% người bệnh có kiến thức đúng về tự theo dõi cân nặng và 46 % người bệnh có kiến thức đúng về thời gian tốt nhất để cân là vào buổi sáng.

Kết quả 3 nghiên cứu này cho thấy kiến thức về theo dõi cân nặng còn thấp nhìn chung chưa vượt quá 50% cho thấy việc tư vấn GDSK về theo dõi cân nặng ở Việt Nam chưa được thật sự chú trọng. Người bệnh chưa được hiểu rõ về lý do phải theo dõi cân nặng hàng ngày, chưa được hướng dẫn cách theo dõi cân nặng đúng cách. Do đó, NVYT nói chung và điều dưỡng nói riêng phải giải thích và hướng dẫn cho người bệnh hiểu lý do, tầm quan trọng và cách theo dõi cân nặng sao cho đúng. Hiểu được vấn đề này, nhóm nghiên cứu đã cung cấp kiến thức cho người bệnh và đã có hiệu quả nhất định với tỷ lệ người bệnh hiểu đúng về kiến thức tự theo dõi cân nặng đã tăng từ 15,6% lên 72,2% và duy trì sau can thiệp 1 tháng là 67,8%; kiến thức đúng về thời gian tốt nhất để cân nặng là vào buổi sáng tăng từ 41,1% lên 72,2% và vẫn duy trì sau 1 tháng can thiệp là 66,7%.

**Kiến thức về chế độ luyện tập:** việc tập thể dục vừa phải rất có lợi cho người bệnh suy tim mạn. Nó giúp cải thiện chức năng cơ thể và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Người bệnh có kiến thức đúng về việc tập thể dục hàng ngày chiếm 47,5% và việc nên ngừng tập thể dục nếu có các dấu hiệu khó thở, đau ngực, hoa mắt, chóng mặt chiếm 85%. Kết quả này có nét tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với 2 tỷ lệ trên lần lượt là (58%; 87%) và nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] với tỷ lệ (43,3%; 84,4%). Tuy vậy, so với nước ngoài tỷ lệ kiến thức của người

bệnh Việt Nam vẫn ở mức thấp. Trong nghiên cứu của Wal MH và cộng sự [60] có tới 80% đối tượng thấy được tầm quan trọng của việc tập thể dục hàng ngày và 99% đối tượng biết phải khi nào phải ngừng tập thể dục.

Sau khi tiếp nhận GDSK của nhóm nghiên cứu, kiến thức về chế độ luyện tập được nâng cao rõ rệt với 100% người bệnh trả lời đúng về việc khi nào thì cần ngừng tập thể dục. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] với 100% người bệnh suy tim nhận thức được khi nào thì ngừng tập thể dục. Kết quả này cho thấy người bệnh suy tim có ý thức tốt về luyện tập thể dục thể thao và họ biết tập luyện sao cho phù hợp với thể chất của bản thân. Điều này khiến cho việc tập thể dục trở nên hiệu quả và an toàn hơn với người bệnh suy tim.

**Kiến thức về chế độ ăn hạn chế muối:** chế độ ăn giảm muối giúp người bệnh giảm khả năng giữ nước trong cơ thể. Tùy vào mức độ suy tim mà người bệnh sẽ có chế độ ăn giảm muối phù hợp.

Trước can thiệp, kiến thức về chế độ ăn giảm muối của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi còn chưa tốt. Cụ thể là người bệnh có kiến thức đúng về loại thức ăn có chứa nhiều muối và loại thực phẩm có chứa ít muối nhất chiếm (31,7%; 54,2%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với 2 tỷ lệ trên (52,5%; 88,5%). Lý giải cho sự khác biệt giữa hai nghiên cứu này có thể là do cỡ mẫu khác nhau (120 - 200), địa điểm nghiên cứu khác nhau và trình độ học vấn của người bệnh khác nhau trong 2 nghiên cứu.

Việc phân biệt thức ăn nhiều muối và ít muối đóng vai trò quan trọng trong việc người bệnh có thực hiện chế độ ăn ít muối. Do đó, nhóm nghiên cứu đã tư vấn, GDSK cho người bệnh về vấn đề này để người bệnh có thể lựa chọn những thực phẩm phù hợp với tình trạng bệnh của họ và sẽ tránh được những sai lầm về hàm lượng muối của các loại thực phẩm. Kết quả sau GDSK, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về thức ăn chứa nhiều muối cách tăng đáng kể từ 31,7% lên 57,5% và tiếp tục tăng ở mức 70,8% sau can thiệp 1 tháng. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về thực phẩm chứa ít muối đã tăng từ 54,2% lên 68,3% ngay sau can thiệp và đạt 78,3% sau can

thiếp 1 tháng. Tương đồng với can thiệp sau 1 tháng của Phạm Thị Hồng Nhung [12] cho kiến thức về chế độ ăn giảm muối cho 2 tỷ lệ này là 70,0% và 81,1%.

**Kiến thức về hạn chế chất lỏng:** trong suy tim, nhiều chất lỏng sẽ làm tăng lượng chất lỏng trong máu và tim sẽ phải làm việc nhiều hơn để đẩy lượng máu tăng lên đi khắp cơ thể do đó càng làm tim suy yếu hơn.

Kiến thức về hạn chế chất lỏng của người bệnh trong nghiên cứu này còn chưa tốt. Có đến trên 50% người bệnh chưa có kiến thức đúng về phân biệt chất lỏng và hầu hết người bệnh (95,8%) không biết kiến thức về “người bệnh suy tim đang phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào, để giảm cơn khát nước người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng”. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với kết quả lần lượt hai vấn đề trên là (47,5%; 96%) và Phạm Thị Hồng Nhung [12] với tỷ lệ ( 34,4%; 66,7%). Như vậy qua kết quả 3 nghiên cứu tại địa dư Quảng Ninh, Hà Nội, Nam Định chúng tôi thấy được thực trạng chung của người bệnh suy tim về kiến thức hạn chế chất lỏng là rất thiếu.

GDSK cho người bệnh về vấn đề này đã làm giảm đáng kể tỷ lệ người bệnh có kiến thức sai. Thể hiện ở tỷ lệ sai về kiến thức “người bệnh suy tim đang phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào, để giảm cơn khát nước, người bệnh có thể nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng” là 95,8% giảm xuống đáng kể còn 40,0%. Sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ trả lời sai có giảm xuống so với ngay sau can thiệp chiếm 28,3%. Tương tự với tỷ lệ người bệnh trả lời sai về phân loại chất lỏng tại 3 thời điểm cũng có sự thay đổi tốt lần lượt là 65,8%; 36,7% và 29,2%. Điều này là cần thiết vì khi người bệnh có kiến thức đúng về chất lỏng thì sẽ tốt hơn trong việc kiểm soát lượng dịch trong cơ thể người bệnh. Từ đó sẽ gia tăng hiệu quả điều trị bệnh.

**Kiến thức về hành vi phòng ngừa:** trước can thiệp, người bệnh có kiến thức đúng về phòng ngừa các bệnh có tỷ lệ thấp đạt 15%. Điều này phù hợp với kết quả không có người bệnh nào trong nghiên cứu của chúng tôi nhận được hướng dẫn về hành vi phòng ngừa như tiêm phòng cúm, phế cầu. Sau can thiệp, đã có 3/4 người bệnh (75,%) có kiến thức đúng về hành vi phòng ngừa và sau can thiệp 1 tháng ở mức 78,3% người bệnh có kiến thức đúng.

**Kiến thức đúng về một số phương pháp tự điều trị:** ngoài các kiến thức nói trên, người bệnh suy tim mạn cũng cần có kiến thức về một số phương pháp tự điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết người bệnh có kiến thức về một số phương pháp tự điều trị đạt mức tốt. Cụ thể có 90,8% người bệnh có kiến thức đúng về “Hạn chế ăn muối”; 85,0% người bệnh có kiến thức đúng về “Không hút thuốc lá”; 74,2% người bệnh có kiến thức đúng về “Không uống rượu bia hàng ngày”. Tuy nhiên, chỉ có 31,7% người bệnh có kiến thức đúng về “Hạn chế uống nhiều nước” và 53,3% người bệnh có kiến thức đúng về “không bỏ thuốc suy tim khi thấy bệnh khỏe hơn”. Kết quả không tốt này khá phù hợp với kết quả về phân loại chất lỏng và sử dụng thuốc với 65,8% người bệnh không phân biệt được chất lỏng và 74,2% người bệnh không hiểu đúng về việc quên uống thuốc cần uống ngay khi nhớ ra. Ngoài ra, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh [1] với 93,0% người bệnh có kiến thức đúng về “không nên hút thuốc lá”; 93,5% người bệnh có kiến thức đúng về “hạn chế muối trong chế độ ăn”<sup>5</sup> và có tới 97,5% người bệnh có kiến thức đúng về “không được uống rượu bia hàng ngày”. Bên cạnh đó, chỉ có 40,5% người bệnh có kiến thức đúng về “hạn chế uống nhiều nước”.

Chúng tôi đã tiến hành tư vấn giáo dục sức khỏe cho từng nhóm nhỏ người bệnh về 1 số phương pháp tự điều trị. Ngay sau can thiệp giáo dục và sau can thiệp giáo dục 1 tháng, kiến thức của toàn bộ nhóm nghiên cứu được nâng cao hơn gần 100% với bằng chứng là tất cả mọi người bệnh đều có kiến thức về “hạn chế ăn muối”, “hạn chế uống nước<sup>5</sup>” và “không hút thuốc lá” là “có lợi” cho người bệnh suy tim trong cả 2 thời điểm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12]. Điều này cho thấy người bệnh suy tim rất quan tâm đến phương pháp tự điều trị để cải thiện các triệu chứng của bệnh.

Học thuyết học tập xã hội (Social cognitive theory) của Bandura giải thích hành vi tự chăm sóc sức khỏe dựa trên sự tương tác lẫn nhau được quyết định bởi một mối quan hệ 3 chiều giữa yếu tố nhận thức, ảnh hưởng môi trường và hành vi học tập tập. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào yếu tố nhận thức của người bệnh về tự

chăm sóc thông qua đánh giá kiến thức. Thực tế cho thấy kiến thức là sức mạnh để có thể thực hiện được hành vi tự chăm sóc [18].

#### **4.2.2. Thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp GDSK**

##### **4.2.2.1. Kết quả chung về thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp GDSK**

**Kết quả thực hành tự chăm sóc theo điểm:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nghiên cứu đã tiến hành GDSK cho từng nhóm nhỏ (3 - 5) người bệnh suy tim mạn nằm nội trú về kiến thức và thực hành tự chăm sóc có kèm tài liệu và tờ rơi được xây dựng trước với thời gian can thiệp khoảng 40 phút. Sau can thiệp giáo dục 1 tháng, không chỉ có sự thay đổi về kiến thức mà thực hành của người bệnh cũng đã có sự thay đổi. Điều này thể hiện qua sự thay đổi điểm trung bình thực hành trong 3 lĩnh vực tự chăm sóc (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin) của người bệnh. Trước can thiệp điểm trung bình của 3 lĩnh vực trong tự chăm sóc còn thấp, sau can thiệp đã có sự thay đổi, cụ thể như sau: Về lĩnh vực duy trì chăm sóc: điểm trung bình trước can thiệp chỉ là  $43,36 \pm 16,22$  điểm trên tổng số điểm 100; Điểm này đã tăng lên sau can thiệp 1 tháng đạt  $60,55 \pm 14,11$  điểm; Điểm quản lý chăm sóc từ  $49,38 \pm 19,75$  điểm lên  $64,13 \pm 17,78$  điểm và điểm sự tự tin từ  $51,06 \pm 19,51$  điểm lên  $64,64 \pm 15,43$  điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.0001$ .

Nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] điểm trung bình cho ba lĩnh vực trên tại thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp lần lượt là ( $41,52 \pm 20,51$  lên  $52,85 \pm 19,40$  điểm), ( $35,56 \pm 15,21$  lên  $54,53 \pm 14,61$  điểm), ( $50,45 \pm 16,11$  lên  $61,35 \pm 18,40$  điểm). Theo một nghiên cứu can thiệp nâng cao tự chăm sóc cho người bệnh suy tim ở Nhật Bản (2016) [32] bằng việc điều dưỡng GDSK cho người bệnh suy tim mạn nằm điều trị nội trú với các tài liệu đã được chuẩn bị từ trước kèm theo tờ rơi mô tả hành vi chăm sóc. Nghiên cứu này cho kết quả đã có sự cải thiện trong hành vi tự chăm sóc của người bệnh sau can thiệp 1 tháng. Nghiên cứu này theo dõi người bệnh trong 2 năm và có kết quả phân tích hồi quy đơn biến hay đa biến đều cho thấy việc giáo dục sức khỏe đã làm giảm tỷ lệ tái nhập viện và tử vong do suy tim.

Như vậy, so với 2 nghiên cứu can thiệp tại Nhật Bản và Phạm Thị Hồng Nhung có điểm giống với nghiên cứu của chúng tôi là sau can thiệp người bệnh đều có sự

cải thiện trong hành vi tự chăm sóc. Tuy nhiên, với nghiên cứu của chúng tôi, việc cải thiện trong hành vi tốt hơn với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung thể hiện ở điểm trung bình sau can thiệp ở cả ba lĩnh vực đều cao hơn. Lý giải cho điểm khác nhau này có thể do điều kiện sống, đa phần người bệnh sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ 74,2% chủ yếu tại thành phố Hạ Long, thành phố Móng Cái, thị xã Cẩm Phả, thị xã Quảng Yên được tiếp cận với dịch vụ y tế tốt hơn. Quan trọng hơn là do thời điểm nghiên cứu (từ tháng 1 - hết 3/2021) dịch Covid 19 bùng phát tại Quảng Ninh, ĐTNCC đều có thể bị nhiễm bệnh thì việc thực hiện tự chăm sóc bản thân càng trở nên cấp thiết hơn để bảo vệ bản thân, nâng cao sức khỏe, tránh nhập viện và phơi nhiễm. Do đó, không những điểm trung bình tăng lên mà kết quả thực hành theo phân loại cũng rất khả quan so với các nghiên cứu khác.

### **Kết quả thực hành tự chăm sóc theo phân loại**

Trước can thiệp, chỉ có 19,2% người bệnh đạt duy trì chăm sóc; 22,5% người bệnh đạt quản lý chăm sóc và 17,5% người bệnh đạt lĩnh vực tự tin trong tự chăm sóc.

Nhận thức được việc thay đổi hành vi tự chăm sóc mang lại lợi ích được chứng minh cải thiện sức khỏe qua đó giảm tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống. Do đó, sau can thiệp giáo dục sức khỏe 1 tháng, tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc đã tăng lên, cụ thể: duy trì chăm sóc đạt là 45,0% (tăng 25,8% so với trước can thiệp); quản lý chăm sóc đạt 46,7% (tăng 24,2% so với trước can thiệp) và sự tự tin đạt 51,7% (tăng 33,2% so với trước can thiệp). Sự thay đổi tỷ lệ người bệnh đạt thực hành tự chăm sóc suy tim mạn trước và sau can thiệp GDSK có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Tuy nhiên, cải thiện hành vi được chứng minh là khó hơn nhiều so với thay đổi nhận thức, bên cạnh đó khả năng thực hiện các hành vi có lợi cho kiểm soát bệnh còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thói quen, điều kiện sống .... Điều này lý giải cho việc trong nghiên cứu của chúng tôi và 1 số nghiên cứu can thiệp khác, có những người bệnh đã đạt điểm thực hành sau can thiệp  $> 70$  điểm cho mỗi lĩnh vực nhưng tỷ lệ người bệnh đạt trong thực hành còn khiêm tốn. Nhưng với  $p < 0,01$  đã cho thấy rằng con số có ý nghĩa thống kê và vừa có ý nghĩa thực tiễn và đặc biệt điều này cho

thấy, trong thực hành chăm sóc điều dưỡng, việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh cần phải được thực hiện thường xuyên, đây cũng chính là một trong những nhiệm vụ quan trọng của người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh.

#### 4.2.2.2. *Kết quả nghiên cứu theo từng nội dung thực hành*

**1/ Trong thực hành duy trì chăm sóc:** Sự thay đổi về thực hành duy trì tự chăm sóc bệnh suy tim mạn (theo dõi và tuân thủ điều trị) của người bệnh trước và sau can thiệp 1 tháng tăng lên ở mức độ thường xuyên và hàng ngày. Cụ thể:

- **Về hành vi tự theo dõi cân nặng:** Tại thời điểm ban đầu, thực hành của người bệnh về tự theo dõi cân nặng chưa tốt với trên một nửa số người bệnh (51,7%) không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng và chỉ có 02 người bệnh (1,7%) theo dõi cân nặng hàng ngày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hải (2017)[5] với 45,5% người bệnh “không đồng ý” cân nặng hàng ngày và 2,5% người bệnh “rất đồng ý” cân nặng hàng ngày. Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh theo dõi cân nặng hàng ngày ở nước ngoài cao hơn Việt Nam khá nhiều. Cụ thể là theo nghiên cứu của WalMH và cộng sự [60] có tới 35,0% người bệnh theo dõi cân nặng hàng ngày. Lý giải cho sự khác biệt này có lẽ do người dân Việt Nam nói chung và người bệnh suy tim mạn ở Việt Nam nói riêng đều ít khi theo dõi cân nặng của mình. Sau khi được nhóm nghiên cứu GDSK thì hành vi tự theo dõi cân nặng đã có sự thay đổi. Thể hiện ở tỷ lệ người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi cân nặng đã giảm từ 51,7% xuống 11,7%; số người bệnh thỉnh thoảng tự theo dõi cân nặng đã tăng từ 27,5% lên 49,2%. Đặc biệt số người bệnh thường xuyên theo dõi cân nặng từ 19,2% tăng lên 25,4%. Qua đó cho thấy sau GDSK, phần lớn người bệnh đã hiểu được tầm quan trọng của việc theo dõi cân nặng đối với tình trạng bệnh suy tim của họ.

- **Về hành vi theo dõi phù chân:** trước can thiệp có 49,2% người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù chân. Có 10,0% người bệnh thực hiện theo dõi phù hàng ngày, tỷ lệ này cho thấy sự tương ứng giữa thông tin người bệnh nhận được khi nằm viện về tự theo dõi và xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh chỉ có 10,8% người. Sau GDSK 1 tháng, tỷ lệ người bệnh không hoặc hiếm khi theo dõi phù chân giảm đi

còn 11,7% và hành vi này của người bệnh tăng lên ở lựa chọn thường xuyên, hàng ngày lần lượt là 30,8% và 23,3%.

- **Về hành vi khám định kỳ:** trước can thiệp có 10,8% người bệnh không hoặc hiếm khi đi khám định kỳ. Sau GDSK 1 tháng, tỷ lệ người bệnh ở lựa chọn này về 0%, tăng lên ở lựa chọn thỉnh thoảng và thường xuyên đi khám bệnh định kỳ đạt 84,2%. Tỷ lệ người bệnh khám định kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung [12] là 83,2%. Giải thích cho việc tỷ lệ này khá cao có thể là do những người bệnh tham gia trong nghiên cứu của chúng tôi được hẹn tái khám và được gọi điện để nhắc tái khám nên cũng có thể ảnh hưởng tới kết quả này.

- **Về hành vi ăn giảm muối:** trước can thiệp chỉ có 45,0% người bệnh thực hiện ăn giảm muối thường xuyên và hằng ngày. Kết quả này khá tương đồng kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hải [6] với tỷ lệ người bệnh đồng ý “Tôi ăn nhạt” là 43%. Tỷ lệ người bệnh thỉnh thoảng và hiếm khi ăn giảm muối là 55% cao hơn trong nghiên cứu của Kiều Thị Thu Hằng (2011) nghiên cứu trên 120 người bệnh suy tim vào điều trị nội trú tại Viện Tim Mạch Việt Nam có kết quả 43% người bệnh không thực hiện đúng về chế độ ăn giảm muối và trong nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Nhung [12] tỷ lệ này là 42%. Sự khác biệt này được lý giải có thể do điều kiện, môi trường sống của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi sống tại khu vực vùng biển nên đảm bảo duy trì thường xuyên hành vi ăn nhạt tương đối là khó khăn.

Tuy nhiên, sau khi được GDSK về tác dụng của chế độ ăn giảm, lượng muối mà người bệnh suy tim nên dùng hàng ngày, các thực phẩm nhiều muối, ít muối thì tỷ lệ người bệnh thực hiện ăn giảm muối hàng ngày đã tăng từ 15,0 % lên 60%, người bệnh thường xuyên ăn giảm muối hàng ngày đạt 33,3%.

- **Về hành vi quên uống một thuốc trong đơn thuốc hàng ngày:** trước can thiệp chỉ có ít người bệnh (16,7%) không quên uống thuốc, thậm chí có đến hơn một nửa số người bệnh (56,7%) thỉnh thoảng quên uống thuốc. Lý giải cho điều này, nghiên cứu định tính về “Những khó khăn trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định” của tác giả Nguyễn Thị Thu Hương [9] đã chỉ

ra rằng: việc uống thuốc cũng gây khó khăn cho người bệnh. Do tác dụng của thuốc lợi tiểu “đêm dậy đi tiểu chục lần”, cũng ảnh hưởng đến giấc ngủ của người bệnh rồi có người bệnh “về nhà không uống thuốc nữa” hoặc “sau khi ra viện, uống hết đơn thấy bình thường thì thôi”. Can thiệp GDSK của chúng tôi đã nhấn mạnh việc uống thuốc đầy đủ, đúng giờ là một trong những yêu cầu đối với người bệnh suy tim mạn, đặc biệt trong giai đoạn dịch Covid 19, vì vậy sau can thiệp đã có sự thay đổi rõ rệt với tỷ lệ người bệnh không quên uống thuốc hàng ngày đã lên tới 78,4%.

## **2/ Về thực hành quản lý chăm sóc:**

Thực hành quản lý chăm sóc trong suy tim là phản ứng với các triệu chứng khi nó xảy ra, là khả năng nhận biết các biến đổi, triệu chứng suy tim (phù, khó thở) và có cách xử lý khi gặp các dấu hiệu triệu chứng đó (như hạn chế chất lỏng, ăn hạn chế muối, uống thêm viên thuốc lợi tiểu, gọi điện cho bác sỹ để tư vấn hoặc đến cơ sở y tế khám bệnh) đồng thời đánh giá cách xử lý đó. Vì vậy người bệnh và người chăm sóc phải chú ý đến bất kỳ thay đổi nào trong các biểu hiện và phải có cách xử lý phù hợp. Việc trì hoãn nhập viện khi có triệu chứng tăng nặng sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh, tăng nguy cơ tử vong ở người bệnh.

- **Thực hành nhận biết triệu chứng phù/ khó thở:** Trước can thiệp, chỉ có ít người bệnh (26,6%) nhận ra nhanh chóng điều phù/khó thở là biểu hiện của bệnh suy tim. Sau can thiệp 1 tháng, đã có sự thay đổi đáng kể khi tỷ lệ người bệnh “nhận ra nhanh chóng” đã tăng lên gấp đôi đạt 58,3%. Nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] cho nhận biết biểu hiện này sau can thiệp 1 tháng là 50%. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi khả quan hơn nhưng vẫn còn hơn 40,0% người bệnh chưa nhận ra hoặc nhận ra chậm triệu chứng chỉ điểm của suy tim. Lý giải cho điều này chúng tôi dựa theo nghiên cứu định tính của Phạm Thị Thu Hương: cũng có những người bệnh không thể nhận ra các triệu chứng dù đã bị bệnh nhiều năm, người bệnh nhầm lẫn với bệnh thận, đi khám mới biết là tim thậm chí có người bệnh cho rằng dấu hiệu nặng mặt là do ngủ nhiều [9]. Mặt khác có thể do người bệnh thỉnh thoảng hoặc không duy trì hành vi theo dõi phù (bảng 3.13) 45,9% nên khi có triệu chứng xuất hiện ít có kinh

nghiệm phát hiện nhanh. Người bệnh suy tim nhận ra càng sớm các dấu hiệu này sẽ giúp người bệnh có các cách xử lý khi gặp phù/ khó thở hiệu quả hơn.

**- Các cách xử lý khi gặp phù/khó thở:**

*Xử lý bằng việc thực hiện ăn giảm muối:* ở người bệnh suy tim trước và sau can thiệp đã có sự cải thiện, thể hiện ở tỷ lệ người bệnh có thực hiện ăn giảm muối tăng từ 24,1% lên 67,5% sau can thiệp. Tỷ lệ này phù hợp với những người bệnh đã duy trì được thói quen thực hiện hành vi ăn giảm muối hàng ngày sau can thiệp 72,5% (bảng 3.13).

*Xử lý bằng việc thực hiện giảm lượng nước uống vào:* Tỷ lệ người bệnh có thực hiện giảm lượng nước uống vào tăng từ 28,3% lên 68,3%. So với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] tỷ lệ này sau can thiệp khá tương đồng 67,1%. Tuy nhiên, với nghiên cứu của chúng tôi khi phỏng vấn sâu hơn về cách thực hiện để giảm cơn khát người bệnh đã đưa ra các bằng chứng như: “chỉ uống nước khi khát”, “ngậm kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng”. Để đạt được tỷ lệ trên (68,3%) đã có 71,7% người bệnh có kiến thức đúng về chế độ ăn hạn chế chất lỏng (bảng 3.10) chính kiến thức đó có thể đã tạo cho người bệnh nền tảng để xử lý khi có triệu chứng phù xảy ra.

*Xử lý bằng việc thực hiện việc uống thêm thuốc lợi tiểu và gọi nhân viên y tế để được hỗ trợ:* Việc uống thuốc phải theo đơn của bác sỹ nên hầu hết người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều không tự uống thêm thuốc lợi tiểu khi bị phù. Tuy nhiên tỷ lệ người bệnh khi bị phù/khó thở lựa chọn “có thực hiện” và “thường xuyên thực hiện” việc đi khám bệnh hoặc gọi điện thoại cho bác sỹ để tư vấn đã từ 54,2% trước can thiệp lên 84,3% sau can thiệp.

**- Đánh giá cách xử lý**

Không chỉ thực hiện các biện pháp xử lý mà đánh giá hiệu quả của các biện pháp đó cũng quan trọng đối với người bệnh suy tim. Sau GDSK 1 tháng, tỷ lệ người bệnh “Chắc chắn” và “Rất chắc chắn” các biện pháp trên cải thiện được tình trạng phù/khó thở đã tăng từ 25,8% lên 62,5%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] can thiệp sau 1 tháng có 56,2% người bệnh “Chắc chắn” và “Rất chắc chắn” các biện pháp trên cải thiện được tình trạng

bệnh. Điều này cho thấy sau GDSK, người bệnh tham gia vào nghiên cứu can thiệp của chúng tôi đã tiếp thu kiến thức và đã có niềm tin vào việc thực hiện kiến thức đó. Chứng minh cho điều này chính là tỷ lệ người bệnh đạt quản lý chăm sóc trước can thiệp chỉ đạt 22,5% và sau can thiệp 1 tháng tỷ lệ này đã tăng lên và đạt 46,7% (biểu đồ 3.4). Sự khác biệt về tỷ lệ người bệnh đạt quản lý chăm sóc trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa về mặt lâm sàng đồng thời cũng khích lệ người điều dưỡng trong việc kiên trì tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim mạn.

### **3/ Về sự tự tin**

Bandura đã định nghĩa niềm tin vào bản thân là sự tự tin của con người vào khả năng của họ tạo động lực để thực hiện một nhiệm vụ cụ thể trong một hoàn cảnh cụ thể nào đó [18]. Như vậy nhiệm vụ cụ thể đặt ra cho người bệnh suy tim mạn trong hoàn cảnh dịch Covid 19 bùng phát tại địa phương là dựa vào kiến thức đã được GDSK phải thực hiện tự chăm sóc bản thân để giảm thiểu các triệu chứng của bệnh dựa vào sự tự tin của bản thân. Chính vì vậy, người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi sự tự tin trong cả quá trình duy trì chăm sóc và quản lý chăm sóc cụ thể:

Trước can thiệp: người bệnh tự tin trong tự giữ gìn để suy tim không nặng là 56,6%; Tự tin điều trị theo đơn là 64,2%: người bệnh tự tin trong việc nhận ra thay đổi sức khỏe là 28,3%. Trong nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] sự tự tin của người bệnh cho 3 tỷ lệ trên lần lượt là 50,6%; 55,6%; 37,0%.

So sánh kết quả với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung thì sự tự tin của người bệnh trước can thiệp có điểm tương đồng nhau và sự tự tin của người bệnh ở cả 2 nghiên cứu còn thấp. Lý giải điều này cho nghiên cứu của chúng tôi có thể do thông tin kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh đã được tiếp cận nhưng chưa được đồng nhất (từ gia đình, nguồn báo chí và nguồn ti vi, internet với tỷ lệ lần lượt là 42,5%; 34,2% và 15,8 % - Biểu đồ 3.2); việc tự theo dõi và xử trí khi xuất hiện triệu chứng bệnh chỉ có 10,8% người bệnh được hướng dẫn. Vì vậy, người bệnh chưa đủ tự tin để thực hành tự chăm sóc bản thân một cách ưu việt nhất.

Hiểu được sự tự tin chỉ được tạo ra khi người bệnh được GDSK tốt về kiến thức và thực hành. Vậy nên, sau can thiệp có sự thay đổi thể hiện bằng tăng tỷ lệ

người bệnh tự tin trong tự chăm sóc tương đối khả quan. Người bệnh tự tin trong tự giữ gìn để suy tim không nặng lên tăng từ 56,6% lên 72,5%; Tự tin điều trị theo đơn tăng từ 64,2% lên 82,5%; người bệnh tự tin trong việc nhận ra thay đổi sức khỏe tăng từ 28,3% lên 71,7%.

Kết quả sau can thiệp của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu Phạm Thị Hồng Nhung [12] (sau can thiệp tỷ lệ đó lần lượt tăng lên là: 65,6%; 65,6%; 46,7%). Giải thích cho điều này: một là do môi trường sống khác nhau (bản thân người bệnh sống tại thành phố 74,2%) và nghề nghiệp công chức, viên chức, hưu trí là 83,3%; hai là do sau can thiệp kiến thức và thực hành tự chăm sóc tốt (kiến thức 61,7% đạt >18/22 điểm, thực hành gần 50% người bệnh đạt >70/100 điểm).

GDSK đầy đủ các lĩnh vực về tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn sẽ giúp người bệnh tăng sự tự tin mà tự tin lại một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả của việc tự chăm sóc và cần được làm thường xuyên. Người bệnh có sự tự tin cao về khả năng tự chăm sóc, xét về mặt tích cực, sẽ thuận lợi hơn cho người điều dưỡng khi tư vấn GDSK cho người bệnh. Điều này được thể hiện ở tỷ lệ người bệnh đạt sự tự tin trong tự chăm sóc tại thời điểm ban đầu chỉ là 17,5%, sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ này đã tăng thêm 34,2% (đạt 51,7%). Qua đó chứng minh được tầm quan trọng của tư vấn thường xuyên, cụ thể và đặc biệt là vai trò của người điều dưỡng trong việc giúp người bệnh tự tin để thực hiện các hành vi tự chăm sóc có lợi cho sức khỏe.

Như vậy, sau can thiệp GDSK của chúng tôi, mặc dù có tính khả thi cao và sau can thiệp cả 3 lĩnh vực trong tự chăm sóc đều có sự cải thiện nhưng tỷ lệ đạt vẫn chưa cao. Điều này cũng tương tự với 1 số nghiên cứu can thiệp đã thực hiện ở nước ngoài. Lý giải cho điều này có thể là do đã có nhiều nghiên cứu chứng minh tự chăm sóc là kém ở người bệnh suy tim mạn và việc áp dụng kỹ năng tự chăm sóc, tuân thủ các phác đồ điều trị là khá phức tạp và thay đổi hành vi càng khó khăn hơn[53]. Dù người bệnh có kinh nghiệm và đã được tư vấn về bệnh và cách chăm sóc xong việc đưa ra các quyết định tự chăm sóc phù hợp không phải là dễ dàng. Kết quả nghiên cứu giúp khẳng định thêm việc giáo dục người bệnh cần phải kiên trì, tiến hành thường xuyên như là một chiến lược lâu dài, bền vững.

Tóm lại, GDSK cho người bệnh nói chung, trong đó có giáo dục nhằm cải thiện khả năng tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn nói riêng giữ vai trò quan trọng và là một trong những nhiệm vụ của điều dưỡng trong công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện. Điều dưỡng nên GDSK trực tiếp theo nhóm nhỏ cho người bệnh sẽ giúp người bệnh suy tim mạn có được sự hiểu biết và áp dụng các kỹ năng tự chăm sóc đã được hướng dẫn cho họ [55]. GDSK đạt hiệu quả tốt hơn khi người bệnh đang trong tình trạng ổn định và đã thích nghi để sống với suy tim. Do đó nên tiến hành GDSK cho người bệnh tối thiểu sau 48 giờ nhập viện và trong quá trình nằm viện tiếp theo [43]. Hơn nữa, các hướng dẫn mới nhất về quản lý suy tim từ Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ công nhận tầm quan trọng của giáo dục và đề nghị người bệnh nhận tài liệu giáo dục như là một phần của hướng dẫn cho việc xuất viện của người bệnh. Các tài liệu này nên đề cập đến chế độ ăn hạn chế muối, chế độ dùng thuốc, chế độ tập luyện, hẹn tái khám, theo dõi cân nặng và cần phải làm gì nếu các dấu hiệu/ triệu chứng tăng nặng bệnh [27], Nhóm nghiên cứu cũng đã thiết kế tờ rơi về hướng dẫn tự chăm sóc theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Tim mạch học Việt Nam để phát cho người bệnh và GDSK trực tiếp theo nhóm nhỏ cho người bệnh trong khoảng thời gian người bệnh nằm viện từ ngày thứ 2 trở đi để tăng cường nhận thức của người bệnh qua đó cải thiện tự chăm sóc cho người bệnh. Mặc dù kết quả về kiến thức có thay đổi rõ rệt nhưng về thực hành mặc dù có sự thay đổi xong điểm trung bình và tỷ lệ người bệnh đạt về thực hành vẫn chưa cao. Tuy nhiên, kết quả này cũng đáng được khích lệ bởi lẽ chỉ đơn thuần là tăng kiến thức của người bệnh nhưng không phải lúc nào cũng góp phần làm thay đổi hành vi của họ. Vì vậy, GDSK cần phải thực hiện liên tục và nên tập trung vào các kỹ năng tự chăm sóc để người bệnh có thể biến kiến thức thành thực hành.

#### **4.3. Những hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn được thực hiện lần đầu tiên tại Quảng Ninh. Trước đó chưa có nhiều nghiên cứu về kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn.

- Mặc dù nghiên cứu nhận được sự ủng hộ của Bệnh viện, sự giúp đỡ của các bác sỹ, điều dưỡng trong việc hẹn và khám bệnh cho người bệnh tới tái khám sau can thiệp 1 tháng và sự tự nguyện nhiệt tình tham gia đầy đủ các hoạt động can thiệp và đánh giá của người bệnh nhưng đây là nghiên cứu can thiệp một nhóm, không nhóm chứng, trên 120 người bệnh được chọn mẫu thuận tiện, khoảng thời gian để đánh giá lại ngắn chỉ sau 1 tháng do khuôn khổ của một đề tài luận văn thạc sỹ, dù kết quả có sự cải thiện về kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh nhưng đây chỉ là hiệu quả bước đầu, chưa thể ngoại suy, cũng như chưa đánh giá được tính hiệu quả của can thiệp giáo dục.

- Mặc dù đánh giá thực hành chăm sóc dựa trên báo cáo lại hành vi tự chăm sóc của người bệnh trước đó là phương pháp thường được áp dụng và có nhiều ưu điểm. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có hạn chế bởi không quan sát được trực tiếp hành vi tự chăm sóc của người bệnh và phụ thuộc vào khả năng nhớ lại của ĐTNC.

- Hạn chế về địa bàn nghiên cứu: việc thu thập số liệu lần 3 (T3 - khoảng thời gian từ cuối tháng 1 đến hết tháng 2) gặp nhiều khó khăn do một số ĐTNC ở vùng phong toả (Đông Triều, Cao Xanh, Vân Đồn) nên chúng tôi sử dụng phương án gọi điện thoại. Mặc khác với một số nhóm ĐTNC hẹn khám lại tại phòng khám, trong khoảng thời gian này nhóm ĐTV tham gia chống dịch tại địa phương nên phương án được sử dụng liên hệ với ĐDV tại 2 phòng khám Nội 1, Nội 2 để thu thập số liệu. Vì vậy khoảng thời gian kể từ khi can thiệp giáo dục sức khỏe đến khi đánh giá lại có thể ảnh hưởng tới kết quả của nghiên cứu.

- Nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở cỡ mẫu 120 người bệnh suy tim ở Bệnh viện tuyến tỉnh, nên kết quả chưa đại diện cho cả tỉnh nhất là ở các bệnh viện khu vực và tuyến dưới tại Quảng Ninh.

## KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau :

### 1. Thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn

Trước can thiệp giáo dục, kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn còn hạn chế:

- Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước can thiệp với điểm trung bình kiến thức là  $11,1 \pm 2,13$  điểm trên tổng điểm 22 điểm thấp nhất là 6 điểm, cao nhất là 16 điểm, Trong đó:

- + Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức tốt là 0%
- + Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức khá là 40,0%
- + Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức trung bình là 60,0%
- + Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức kém là 0%

- Thực hành tự chăm sóc cũng hạn chế ở cả 3 lĩnh vực, cụ thể:

+ Thực hành về duy trì chăm sóc chỉ đạt  $51,06 \pm 19,51$  điểm trên tổng điểm 100 và chỉ có 19,20% người bệnh đạt duy trì chăm sóc  $> 70/100$  điểm.

+ Thực hành về quản lý chăm sóc chỉ đạt  $49,38 \pm 19,75$  điểm trên tổng điểm 100 và chỉ có 22,5% người bệnh đạt quản lý chăm sóc  $> 70/100$  điểm).

+ Thực hành về sự tự tin đạt  $50,45 \pm 16,11$  điểm trên tổng điểm 100 và chỉ có 17,5% người bệnh đạt tự tin trong tự chăm sóc  $> 70/100$  điểm).

### 2. Thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Can thiệp giáo dục sức khỏe đã thay đổi đáng kể kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn, cụ thể:

- Điểm trung bình kiến thức tự chăm sóc đã tăng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), đạt  $16,44 \pm 2,64$  điểm trên tổng điểm 22 điểm ở thời điểm ngay sau can thiệp và tăng nhẹ sau can thiệp 1 tháng đạt  $18,1 \pm 2,11$  điểm so với trước can thiệp. Trong đó:

+ Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt đạt 39,2% ngay sau can thiệp và tăng ở tỷ lệ 61,7% sau can thiệp 1 tháng.

+ Tỷ lệ người bệnh có kiến thức khá đạt 54,1% ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng đạt 37,5%.

+ Tỷ lệ người bệnh có kiến thức ở mức trung bình tại thời điểm ngay sau can thiệp 6,7% và chỉ còn 0,8% người bệnh có mức kiến thức trung bình sau 1 tháng.

+ Không còn người bệnh ở mức kiến thức kém ở thời điểm ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng.

Sự khác biệt về mức độ kiến thức trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

- Điểm trung bình thực hành tự chăm sóc cũng tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Sau can thiệp 1 tháng với điểm trung bình duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin lần lượt là  $60,55 \pm 14,11$  điểm ;  $64,13 \pm 17,78$  điểm và  $64,64 \pm 15,43$  điểm trên tổng điểm 100. Trong đó:

+ Tỷ lệ người bệnh đạt duy trì chăm sóc là 45,0% (so với 19,2% trước can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$

+ Tỷ lệ người bệnh đạt quản lý chăm sóc là 46,7% (so với 22,5% trước can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

+ Tỷ lệ người bệnh đạt sự tự tin là 51,7% (so với 17,5% trước can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

## **KHUYẾN NGHỊ**

Từ kết quả của nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số khuyến nghị sau:

### **1. Xây dựng gói tư vấn giáo dục tự chăm sóc suy tim để có thể thực hiện thường quy cho người bệnh.**

Kiến thức và thực hành về tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tham gia nghiên cứu trước can thiệp còn rất hạn chế. Điều dưỡng nói chung và điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh nói riêng cần chủ động và thường xuyên thực hiện GDSK cho người bệnh suy tim mạn cả về kiến thức và thực hành tự chăm sóc, giúp người bệnh có thể duy trì tự chăm sóc, quản lý hoạt động tự chăm sóc của bản thân và tự tin hơn trong tự chăm sóc. Đây cũng là một trong những chức năng và nhiệm vụ của người điều dưỡng trong công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

- Nội dung GDSK tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn gồm: kiến thức, thực hành (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và tự tin trong thực hiện các hành vi tự chăm sóc).

- Hình thức GDSK trực tiếp nhóm nhỏ theo phòng quản lý hoặc lồng ghép trong các buổi sinh hoạt của hội đồng người bệnh cấp khoa 1 tuần/lần; cần cung cấp tài liệu phát tay, tờ rơi có hình ảnh minh họa để người bệnh dễ nhớ, dễ tiếp thu; gọi điện nhắc lại...

### **2. Nâng cao kỹ năng truyền thông GDSK cho điều dưỡng viên.**

Nâng cao trình độ, nghiệp vụ cho điều dưỡng làm công tác quản lý khoa, phòng đến điều dưỡng viên trực tiếp tham gia điều trị và chăm sóc người bệnh.

Định kỳ hàng tháng, mở các lớp tập huấn về kỹ năng giao tiếp ứng xử, kỹ năng truyền thông cho đối tượng điều dưỡng viên nói riêng và nhân viên y tế nói chung.

Triển khai ứng dụng mạng xã hội cho lĩnh vực truyền thông giáo dục sức khỏe. Thường xuyên truyền thông qua video tại những nơi người bệnh ngồi tập trung như khu khám bệnh, cận lâm sàng, hành lang khu điều trị bệnh suy tim....tuyên truyền các mô hình bệnh tật trực tiếp đến người bệnh và người nhà bệnh nhân kết hợp với việc giải đáp những kiến thức y học cần biết của người bệnh.

### **3. Đối với nghiên cứu**

Cần mở rộng phạm vi nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu, thời gian nghiên cứu và nghiên cứu có nhóm chứng để có cơ sở cho đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục cũng như có những điều chỉnh thích hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng việt

1. Trần Thị Ngọc Anh (2016). *Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tính tại viện Tim Mạch Việt Nam*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2011), Thông tư 07/2011/TT-BYT: Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, <http://vbpl.vn/boyte/Pages/vbpbq-van-ban-goc.aspx?ItemID=26185>, truy cập ngày 28/7/2020.
3. Bộ Y Tế Việt Nam (2015). *Tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
4. Bộ Y Tế Việt Nam (2020), Quyết định số 1762/QĐ-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính, < <https://kcb.vn/van-ban>> truy cập ngày 08/7/2020.
5. Ngô Quý Châu và các cộng sự (2012): Suy tim, *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 202-226.
6. Nguyễn Thị Hồng Hải (2017). *Thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba - Đồng Hới - Quảng Bình*, Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
7. Kiều Thị Thu Hằng (2011). *Bước đầu ứng dụng thang điểm SCHFI đánh giá vấn đề tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim được điều trị tại viện Tim mạch Việt Nam*, Cử nhân y khoa, Trường Đại học y Hà Nội.
8. Ngô Huy Hoàng (2016). Chăm sóc người bệnh suy tim, *Chăm sóc người lớn bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 83-89.
9. Phạm Thị Thu Hương và các cộng sự (2018). Những khó khăn trong tự chăm sóc ở người bệnh suy tim tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí khoa học Điều dưỡng*, 01 (01), tr. 53-60.
10. Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Tiến Dũng (2013). Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam*, 64(88), tr. 26-33.

11. Hội Tim mạch học Việt Nam (2015). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim năm 2015, < [http://vnha.org.vn/cate.asp?cate\\_id=168](http://vnha.org.vn/cate.asp?cate_id=168) >, truy cập ngày 14/8/2020

12. Phạm Thị Hồng Nhung (2019). Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 2, tr. 22-27.

13. Ông Thị Mai Thương (2016). Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế của hộ nghèo ở thành thị. *Tạp chí Khoa học – Công nghệ Nghệ An*, 9, tr.21 – 26.

14. Nguyễn Lâm Việt và các cộng sự (2010). Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003 - 2007. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 52, tr. 16.

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

### **Tiếng Anh**

16. Artinian N. T, Morris M, Michelle S et al (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31 (3), pp.161-172.

17. Ausili D, Masotto M, Dall'Ora C et al (2014). A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. *Prof Inferm*, 67(3), pp. 180-189.

18. Bandura Albert (2006), "Toward a psychology of human agency", *Perspectives on psychological science*. 1(2), tr. 164-180.

19. Benjamin E. J, Blaha M. J, Chiuve S. E et al (2018), Heart Disease and Stroke Statistics - 2018 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation*, pp. e146-e603.

20. Bui A. L, Horwich T. B, Fonarow G. C (2011). Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol*, 8(1), pp.30-41.

21. Clark A. P, McDougal G, Riegel B et al (2015). Health Status and Self-care Outcomes After an Education-support Intervention for People With Chronic Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs*, 30(4 Suppl 1), pp.S3-13.
22. Conceicao A. P. D, Santos M, A, D, Santos B. D et al (2015). Self-care in heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem*, 23(4), pp. 578-586.
23. Cowie M. R, Fox K. F, Wood D. a et al (2002). Hospitalization of patients with heart failure: a population-based study. *Eur Heart J*, 23(11), pp. 877-885.
24. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail*, 10(10), pp. 933-989.
25. Ditewig J. B, Blok H, Havers J et al (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 78(3), pp. 297-315
26. Formiga F, Chivite F, Manito N et al (2007). Hospitalization due to acute heart failure. Role of the precipitating factors. *Int J Cardiol*, 120(2), pp. 237 - 241
27. Heart failure society of America (2006). Execitive summary: HFSA 2006 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *J Card Fail*, 12(1), pp. 10-38
28. Heidenreich P. A, Albert N. M, Allen L. A et al (2013). Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail*, 6(3), pp. 606-619.
29. Hu S. S Kong L. Z, Gao R. L et al (2012). Outline of the report on cardiovascular disease in China, 2010. *Biomed Environ Sci*, 25(3), pp. 251-256.
30. Jaarsma T, Stroberg A, Ben Gal T et al (2013). Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*, 92(1), pp. 114-120.

31. Jovicic A, Holroyd-Leduc J. M, Straus S. E (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*, 6, p. 43.
32. Kato N. P, Kinugawa K, Sano M et al (2016). How effective is an in-hospital heart failure self-care program in a Japanese setting? Lessons from a randomizes controlled pilot study. *Patient Prefer Adherence*, 10, pp. 171-181.
33. Lainscak M, Blue L, Clark A. L et al (2011). Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*, 13(2), pp. 115-126.
34. Lainscak M, Cleland J. G, Lenzen M. J et al (2007). Nonpharmacologic measures and drug compliance in patients with heart failure: data from the EuroHeart Failure Survey. *Am J Cardiol*, 99(6B), pp. 31D-37D.
35. Lam C. S. P (2015). Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. *ESC Heart Fail*, 2(2), pp. 46-49.
36. Lee C. S, Moser D. K, Lennie T. A et al (2011). Event-free survival in adults with heart failure who engage in self-care management. *Heart Lung*, 40(1), pp.12-20
37. Lee J. H, Lim N. K, Cho M. C et al (2016). Epidemiology of Heart Failure in KoreaL: Present and Future. *Korean Circ J*, 46(5), pp. 658-664.
38. Liao L, Anstrom K. J, Gottdiener J. S et al (2007). Long-term costs and resource use in elderly participants with congestive heart failure in the Cardiovascular Health Study. *Am Heart J*, 153(2), pp. 245-252.
39. Loehr L. R, Rosamond W. D, Chang P. P et al (2008). Heart failure incidence and survival (from the Atherosclerosis Risk in Communities study). *Am J Cardiol*, 101(7), pp. 1016-1022.
40. Massouh, A., et al. (2020), "Self-care confidence mediates self-care maintenance and management in patients with heart failure", *Heart Lung*. 49(1), pp. 30-35.

41. Moser D. K, Doering L. V, Chung M. L (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *Am Heart J*, 150(5), p. 984
42. Orem D.E (2001). *Nursing: Concept of Practice*, 6th, ed, St. Louis, MO: C. V. Mosby.
43. Paul S (2008). Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence? *Critical Care Nurse*, 28(2), pp. 66-82.
44. Pham T. T. H (2015), *Predicting factors of self care behaviors in VietNameese adults with heart failure*, Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Chulalongkorn University.
45. Ponikowski P, Anker S. D, AlHabib K. F et al (2014). Heart failure: preventing disease and death worlwide. *ESC Heart Fail*, 1(1), p. 1-25.
46. Reilly C, Butts B et al. (2018), "The Third Time's A Charm: Psychometric Testing and Update of the Atlanta Heart Failure Knowledge Test", *The Journal of cardiovascular nursing*. 33(1), p. 13
47. Riegel B, Dickson V. V (2008). A Situation Specific Theory of Heart Failure Self care. *Jounrnal of Cardiovascular Nursing*, 23 (3), pp. 190-196.
48. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J et al (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries. *J Card Fail*, 15(6), pp. 508-516
49. Riegel B, Lee C. S, Dickson V. V et al (2009). An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*, 24(6), pp. 485-497.
50. Riegel B, Moser D. K, Anker S. D et al (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12), pp. 1141-1163.
51. Riles E. M, Jain A. V, Fendrick A. M (2004). Medication adherence and heart failure. *Curr Cardiol Rep*, 16(3), p. 458.
52. Roger V. R. L, Weston S. A, Redfield M. M et al (2004). Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA*, July 21, 292(3), pp. 344-350.

53. Rosamond W, Flegal K, Friday G et al (2007). Heart disease and stroke statistics-2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 115(5), pp. e69-171
54. Ross J. S, Chen J, Lin Z. Q et al (2009). Recent National Trends in Readmission Rates after Heart Failure Hospitalization. *Circulation: Heart Failure*, 3(1), pp. 97-103.
55. Rucker-Whitaker C, Flynn K.J, Kravitz G et al (2006), Understanding African-American participation in a behavioral intervention: results from focus groups. *Contemp Clin Trials*, 27(3), pp.274-286.
56. Shahrababaki P. M, Farokhzadian J, Hasanabadi Z (2012). Effect of Self-care Education on Patient's Knowledge and Performance with Heart Failure. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31, pp.918-922.
57. Spies C. D, Sander M, Stangl K et al (2001). Effects of alcohol on the heart *Current Opinion in Critical Care*, 7, pp. 337-343.
58. Tawalbeh L. I, Qadire M. A, Ahmad M. M et al (2017). Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Res Nurs Health*, 40(4), pp. 350-359.
59. Tung H. H, Lin C. Y, Chen K. Y et al (2013). Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congest Heart Fail*, 19(4), pp. E9-E16.
60. Wal M. H. L. V. D, Jaarsma T, Moser D. K et al (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*, 27(4), pp. 434-440.
61. Wal M. H. L. V. D, Jaarsma T, Moser D. K et al (2005). Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4(4), pp. 273-277.
62. Wal M. H. L. V. D, Veldhuisen D. J. V, Veeger N. J. G. M et al (2010). Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J*, 31(12), pp. 1486-1493.

63. Webber D, Guo Z, Mann S (2013). Self-Care in Health: We Can define it, but should we also measure it?, 4(5), pp. 101-106.

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

## KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

| STT | Nội dung                                     | Thời gian              | Địa điểm             | Người thực hiện                        | Kinh phí |
|-----|----------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------------|----------|
| 1   | Viết đề cương                                | 05/10-15/11/2020       | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |
| 2   | Nộp đề cương                                 | 15/11-20/11/2020       | Trường ĐHDD Nam Định | HV: Đào Thị Phương                     |          |
| 3   | Thông qua đề cương                           | 25/11-30/11/2020       | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |
| 4   | Chỉnh sửa đề cương và nộp lưu chiểu đề cương | 01/12-15/12/2020       | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |
| 5   | Thu thập số liệu                             | 01/01/2021 - 31/5/2021 | BVĐK Quảng Ninh      | HV: Đào Thị Phương                     |          |
| 6   | Phân tích và xử lý số liệu                   | 01/6 - 15/6/2021       | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |
| 7   | Viết luận văn                                | 16/6 – 31/7/2021       | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |
| 8   | Báo cáo đề tài                               | 1/8 - 31/8/2021        | Trường ĐHDD Nam Định | TS Trần An Dương<br>HV: Đào Thị Phương |          |

## **PHỤ LỤC**

### **Phụ lục 1: Bản đồng thuận tham gia nghiên cứu**

#### **BẢN ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

Trong quá trình điều trị và chăm sóc cho người bệnh suy tim, kiến thức và thực hành tự chăm sóc đóng vai trò quan trọng trong hiệu quả điều trị, giảm tải nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mạn tại Khoa Nội tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh. Quảng Ninh” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021.

2. Đánh giá sự thay đổi kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

Với mục tiêu đó, chúng tôi xin phỏng vấn Ông/Bà về 1 số thông tin chung, về kiến thức và thực hành tự chăm sóc. Sau đó sẽ tiến hành giáo dục sức khỏe để thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn.

Các bước mà Ông/Bà tham gia gồm: trả lời phỏng vấn lần 1 trong thời gian nằm viện từ ngày thứ 3 trở đi. Sau đó sẽ tham dự 01 buổi giáo dục sức khỏe và trả lời phỏng vấn sau buổi giáo dục sức khỏe. Cuối cùng sẽ trả lời phỏng vấn sau buổi giáo dục sức khỏe 01 tháng.

Việc tham gia vào nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện.

Chúng tôi xin cam kết mọi thông tin và câu trả lời của Ông/Bà sẽ được giữ bí mật và không ảnh hưởng tới việc chăm sóc và điều trị của Ông/Bà.

Nếu Ông/Bà muốn biết thêm thông tin hoặc có câu hỏi gì liên quan đến nghiên cứu, Ông/Bà có thể hỏi tôi ngay bây giờ hoặc liên hệ với nghiên cứu viên: Đào Thị Phương, số điện thoại: 0904.262.559

Nếu Ông/Bà đồng ý tham gia vào nghiên cứu hãy cho chúng tôi xin chữ ký vào bản đồng thuận này.

Chân thành cảm ơn sự giúp đỡ của Ông/Bà cho nghiên cứu.

*Quảng Ninh, ngày tháng năm 2021*

**Điều tra viên**

**Quyết định đồng ý tham gia nghiên cứu của người bệnh**

## **Phụ lục 2: Phiếu đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc**

### **PHIẾU ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC (DÀNH CHO NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN)**

Lần thứ:.....Số phiếu:.....Ngày điều tra: .....

**A. PHẦN I: THÔNG TIN CHUNG:** Xin Ông/Bà vui lòng cho biết một số thông tin sau:

**Họ và tên:** .....

**A1. Năm sinh** (theo dương lịch):.....

**A2. Giới tính:** 1. Nam 2. Nữ

**A3. Dân tộc:** .....

**A4. Trình độ học vấn của Ông/Bà**

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| 1. Tiểu học (cấp 1)            | 4. Trung cấp, Cao đẳng |
| 2. Trung học cơ sở (cấp 2)     | 5. ≥ Đại học           |
| 3. Trung học phổ thông (cấp 3) |                        |

**A5. Nghề nghiệp của Ông/Bà:**

- |              |                           |
|--------------|---------------------------|
| 1. Nông dân  | 4. Nghỉ hưu/ Không đi làm |
| 2. Công nhân | 5. Tự do                  |
| 3. Viên chức | 6. Nghề khác (ghi rõ):    |

**A6. Ông/Bà thuộc dân tộc nào**

- |         |                  |
|---------|------------------|
| 1. Kinh | 2. Khác (ghi rõ) |
|---------|------------------|

**A7. Nơi ở hiện tại:**

- |              |              |                  |
|--------------|--------------|------------------|
| 1. Thành thị | 2. Nông thôn | 3. Khác (ghi rõ) |
|--------------|--------------|------------------|

**A8. Hiện nay Ông/Bà sống cùng ai?**

- |                  |                        |                              |
|------------------|------------------------|------------------------------|
| 1. Sống một mình | 2. Sống với vợ (chồng) | 3. Sống cùng với cả gia đình |
|------------------|------------------------|------------------------------|

**A9. Thời gian ông /bà phát hiện bệnh suy tim ?**

- |            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| 1. < 1 năm | 2. 1- 5 năm | 3. > 5 năm |
|------------|-------------|------------|

**A10. Trong một số hướng dẫn về tự chăm sóc cho người bệnh suy tim sau đây, Ông/Bà đã nhận được hướng dẫn nào? (được lựa chọn nhiều ý)**

1. Sử dụng thuốc
2. Chế độ ăn giảm muối, hạn chế chất lỏng.
3. Duy trì lối sống tích cực: Tập thể dục, hạn chế bia rượu, thuốc lá...
4. Theo dõi và có cách xử lý khi xuất hiện biểu hiện của bệnh.
5. Hành vi phòng ngừa: tiêm phòng cúm, viêm phổi...

**A11. Ông/Bà nhận được một số hướng dẫn về tự chăm sóc cho người bệnh suy tim từ đâu? (được lựa chọn nhiều ý)**

1. Nhân viên y tế
2. Báo chí, sách, tạp chí, tờ rơi
3. Gia đình, bạn bè và đồng nghiệp.
4. Tivi, Internet.

**B. PHẦN II: KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC**

Sau đây là một số câu hỏi về kiến thức tự chăm sóc, Ông/Bà hãy chọn 1 trong 4 đáp án cho những câu hỏi sau:

| TT | Nhận thức                                                                      | Lựa chọn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B1 | Suy tim là một tình trạng bệnh lý trong đó:                                    | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Có quá nhiều máu trong cơ thể</li><li>2. Tim không thể bơm đủ máu.</li><li>3. Các mạch máu đi ra khỏi tim bị cản trở</li><li>4. Tim bỏ nhịp.</li></ol>                                                                                                                         |
| B2 | Theo Ông/Bà, ý nào sau đây về suy tim là đúng?                                 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Suy tim có thể được chữa khỏi bằng thuốc và các phương pháp điều trị khác.</li><li>2. Một người bị suy tim không thể sống một cuộc sống bình thường.</li><li>3. Suy tim không thể chữa trị nhưng có thể được kiểm soát.</li><li>4. Suy tim có nghĩa là tim ngừng đập</li></ol> |
| B3 | Người bệnh suy tim dùng thuốc lợi tiểu (như Vinxix, Verospiron, Furocemid) để: | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Thận thải nhiều nước tiểu hơn</li><li>2. Tim đập ổn định hơn</li><li>3. Mạch máu giãn ra</li><li>4. Tim bơm máu khỏe hơn</li></ol>                                                                                                                                             |
| B4 | Người bệnh suy tim đang dùng thuốc lợi tiểu cần biết:                          | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sử dụng thêm Kali cùng với thuốc lợi tiểu</li><li>2. Dùng thuốc lợi tiểu sau 3-4 giờ chiều trong ngày.</li><li>3. Không cần lo lắng về biểu hiện mất nước</li><li>4. Uống nhiều nước để bù lượng nước thải ra</li></ol>                                                        |
| B5 | Người bệnh suy tim nếu không may quên uống thuốc thì cần:                      | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Uống thuốc như thường lệ vào ngày hôm sau</li><li>2. Uống ngay khi nhớ ra</li><li>3. Uống liều gấp đôi vào ngày hôm sau</li><li>4. Đi khám bệnh ngay lập tức</li></ol>                                                                                                         |

|     |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B6  | Nếu người bệnh suy tim tăng 1 đến 2 cân trong 1 hoặc 2 ngày thì thường có nghĩa là người bệnh:                            | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ăn các thức ăn có quá nhiều calo nên tăng cân.</li> <li>2. Thừa nước trong cơ thể</li> <li>3. Cần uống thêm nước</li> <li>4. Cần phải tập thể dục nhiều hơn để đốt cháy calo.</li> </ol>            |
| B7  | Người bệnh suy tim cần tự theo dõi cân nặng bao lâu một lần:                                                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hàng ngày</li> <li>2. Hàng tuần</li> <li>3. Hàng tháng</li> <li>4. Lúc nào cũng được</li> </ol>                                                                                                     |
| B8  | Thời gian tốt nhất để cân trong ngày là:                                                                                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vào giờ đi ngủ</li> <li>2. Sau khi thức dậy vào buổi sáng</li> <li>3. Trong khoảng thời gian nghỉ trưa</li> <li>4. Khi nào nhớ thì cân</li> </ol>                                                   |
| B9  | Người bệnh suy tim nên tập thể dục:                                                                                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hàng tuần</li> <li>2. Hàng ngày</li> <li>3. Vài lần một ngày</li> <li>4. 2-3 lần một tuần</li> </ol>                                                                                                |
| B10 | Người bệnh suy tim nên ngừng tập thể dục nếu có biểu hiện:                                                                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Khó thở</li> <li>2. Đau ngực</li> <li>3. Hoa mắt, chóng mặt</li> <li>4. Tất cả các biểu hiện trên</li> </ol>                                                                                        |
| B11 | Loại thức ăn nào sau đây có chứa nhiều muối?                                                                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thực phẩm chế biến sẵn (xúc xích, cá kho, thịt kho sẵn...)</li> <li>2. Thịt đã qua chế biến, xử lý (như thịt hun khói, thịt hộp...)</li> <li>3. Muối ăn</li> <li>4. Tất cả các loại trên</li> </ol> |
| B12 | Loại thực phẩm nào sau đây chứa ít muối nhất?                                                                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trái cây tươi</li> <li>2. Rau củ chế biến sẵn (dưa muối, cà muối...)</li> <li>3. Cháo, súp ít muối</li> <li>4. Đồ đông lạnh</li> </ol>                                                              |
| B13 | Một số người bệnh suy tim được bác sĩ khuyên nên ăn uống hạn chế chất lỏng. Những loại nào sau đây được coi là chất lỏng? | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nước và đồ uống trong suốt</li> <li>2. Sữa, kem và sữa chua</li> <li>3. Cháo, súp</li> <li>4. Tất cả các loại trên.</li> </ol>                                                                      |

|     |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B14 | Người bệnh suy tim đang phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào, để giảm cơn khát nước, người bệnh có thể:        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng.</li> <li>2. Giảm uống thuốc.</li> <li>3. Uống một ít nước sau mỗi 30-60 phút để tránh khát.</li> <li>4. Uống nước ấm</li> </ol> |
| B15 | Người bệnh suy tim nên đi khám bệnh hoặc gọi điện thoại cho nhân viên y tế để được tư vấn nếu có biểu hiện nào sau đây? | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tăng 1 - 2 cân trong 1-2 ngày</li> <li>2. Bị phù ở chân, sưng bụng.</li> <li>3. Khó thở nhiều hơn</li> <li>4. Tất cả các biểu hiện trên</li> </ol>                  |
| B16 | Điều quan trọng đối với người bệnh suy tim là:                                                                          | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiêm chủng để phòng cúm hàng năm.</li> <li>2. Tiêm chủng để phòng ngừa viêm phổi.</li> <li>3. Khám bác sỹ định kỳ</li> <li>4. Tất cả những điều trên.</li> </ol>    |

Ông/Bà vui lòng xác định các hành động sau đây là có lợi hay gây hại cho tim!

| Câu | Hành động                                                                                                               | Có lợi | Gây hại |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
| B17 | Hạn chế ăn muối                                                                                                         |        |         |
| B18 | Uống nhiều nước                                                                                                         |        |         |
| B19 | Ngừng hút thuốc lá                                                                                                      |        |         |
| B20 | Uống rượu, bia hàng ngày                                                                                                |        |         |
| B21 | Bỏ các thuốc điều trị suy tim khi thấy khỏe hơn                                                                         |        |         |
| B22 | Biết rõ khi nào cần đi khám bệnh hoặc gọi điện thoại cho nhân viên y tế để được tư vấn khi có các biểu hiện của suy tim |        |         |

### C. PHẦN III: THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC

#### I. Duy trì tự chăm sóc:

Ông/Bà đã thực hiện các việc sau như thế nào?

| Câu hỏi                                                                                                                                               | Không<br>hoặc<br>hiếm<br>khi (1) | Thỉnh<br>thoảng<br>(2) | Thường<br>xuyên<br>(3) | Luôn<br>luôn<br>hoặc<br>hàng<br>ngày (4) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------------|
| C1. Tự theo dõi cân nặng?                                                                                                                             |                                  |                        |                        |                                          |
| C2. Kiểm tra chân có bị phù không?                                                                                                                    |                                  |                        |                        |                                          |
| C3. Cố gắng để tránh bị ốm (như tiêm phòng bệnh cúm hàng năm, tránh tiếp xúc với người bị bệnh...)?                                                   |                                  |                        |                        |                                          |
| C4. Tập thể dục hoặc làm một vài hoạt động về thể lực?                                                                                                |                                  |                        |                        |                                          |
| C5. Đi khám định kỳ?                                                                                                                                  |                                  |                        |                        |                                          |
| C6. Có chế độ ăn giảm muối?                                                                                                                           |                                  |                        |                        |                                          |
| C7. Tập thể dục trong 30 phút?                                                                                                                        |                                  |                        |                        |                                          |
| C8. Quên uống một thuốc trong đơn thuốc hàng ngày?                                                                                                    |                                  |                        |                        |                                          |
| C9. Yêu cầu cho ít muối hơn người khác khi đi ăn ở bên ngoài?                                                                                         |                                  |                        |                        |                                          |
| C10. Sử dụng một hệ thống (hộp đựng thuốc, giấy nhắc, nhờ người thân nhắc, báo thức...) để giúp Ông/Bà nhớ và uống các loại thuốc cần uống hàng ngày? |                                  |                        |                        |                                          |

## II. Quản lý chăm sóc

Ông/Bà có bị khó thở hoặc bị phù chân không?

1. Không → **Chuyển sang phần \* Sự tự tin (C17)**

2. Có

Ông/Bà vui lòng cho biết:

|                                                                                          | <b>Không<br/>nhận<br/>ra<br/>(0)</b> | <b>Nhận ra<br/>chậm<br/>(1)</b> | <b>Nhận ra<br/>khá<br/>nhanh<br/>(2)</b> | <b>Nhận ra<br/>nhanh<br/>(3)</b> | <b>Nhận<br/>ra rất<br/>nhanh<br/>(4)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| C11. Ông/Bà có nhanh chóng nhận ra biểu hiện khó thở, phù chân là biểu hiện của suy tim? |                                      |                                 |                                          |                                  |                                          |

Dưới đây là một số cách xử lý khi người bệnh suy tim bị khó thở, phù.

Ông/bà vui lòng cho biết mức độ thực hiện các cách xử lý sau như thế nào?

| <b>Cách xử lý</b>                                                          | <b>Không<br/>thực<br/>hiện<br/>(1)</b> | <b>Có thể<br/>thực<br/>hiện<br/>(2)</b> | <b>Có<br/>thực<br/>hiện<br/>(3)</b> | <b>Thực<br/>hiện<br/>thường<br/>xuyên<br/>(4)</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| C12. Giảm muối trong chế độ ăn                                             |                                        |                                         |                                     |                                                   |
| C13. Giảm lượng nước uống vào                                              |                                        |                                         |                                     |                                                   |
| C14. Uống thêm 1 viên thuốc lợi tiểu                                       |                                        |                                         |                                     |                                                   |
| C15. Đi khám bệnh hoặc gọi điện thoại cho nhân viên y tế để được hướng dẫn |                                        |                                         |                                     |                                                   |

Xin Ông/Bà hãy cho biết:

|                                                                                               | <b>Tôi đã không<br/>thử bất kỳ biện<br/>pháp nào<br/>(0)</b> | <b>Không<br/>chắc<br/>chắn<br/>(1)</b> | <b>Hơi<br/>chắc<br/>chắn<br/>(2)</b> | <b>Chắc<br/>chắn<br/>(3)</b> | <b>Rất<br/>chắc<br/>chắn<br/>(4)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| C16. Ông/Bà có chắc chắn rằng các cách xử lý trên giúp cải thiện được tình trạng phù, khó thở |                                                              |                                        |                                      |                              |                                      |

### III. Sự tự tin

Ông/Bà vui lòng cho biết mức độ tự tin của Ông/Bà về các vấn đề sau:

|                                                                                                 | <b>Không<br/>tự tin<br/>(1)</b> | <b>Hơi tự<br/>tin<br/>(2)</b> | <b>Tự<br/>tin<br/>(3)</b> | <b>Rất tự<br/>tin (4)</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| C17. Tự giữ gìn để không bị các biểu hiện nặng lên của bệnh suy tim                             |                                 |                               |                           |                           |
| C18. Điều trị theo đơn, tuân thủ các lời khuyên về điều trị.                                    |                                 |                               |                           |                           |
| C19. Tự đánh giá mức độ các biểu hiện suy tim của Ông/Bà                                        |                                 |                               |                           |                           |
| C20. Nhận ra được những thay đổi về sức khỏe của Ông/Bà nếu có.                                 |                                 |                               |                           |                           |
| C21. Áp dụng biện pháp đã được hướng dẫn để cải thiện và giảm nhẹ tình trạng suy tim của Ông/Bà |                                 |                               |                           |                           |
| C22. Đánh giá được hiệu quả các biện pháp mà Ông/Bà áp dụng để điều trị.                        |                                 |                               |                           |                           |

**Xin cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!**

**Giám sát viên**

**Điều tra viên**

**Phụ lục 3: Thang điểm đánh giá kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim**

**\* Đánh giá kiến thức:**

| STT | Câu trả lời | Điểm |
|-----|-------------|------|
| B1  | Chọn 2      | 1    |
|     | Chọn 1,3,4  | 0    |
| B2  | Chọn 3      | 1    |
|     | Chọn 1,2,4  | 0    |
| B3  | Chọn 1      | 1    |
|     | Chọn 2,3,4  | 0    |
| B4  | Chọn 1      | 1    |
|     | Chọn 2,3,4  | 0    |
| B5  | Chọn 2      | 1    |
|     | Chọn 1,3,4  | 0    |
| B6  | Chọn 2      | 1    |
|     | Chọn 1,3,4  | 0    |
| B7  | Chọn 1      | 1    |
|     | Chọn 2,3,4  | 0    |
| B8  | Chọn 2      | 1    |
|     | Chọn 2,3,4  | 0    |
| B9  | Chọn 2      | 1    |
|     | Chọn 1,3,4  | 0    |
| B10 | Chọn 4      | 1    |
|     | Chọn 1,2,3  | 0    |
| B11 | Chọn 4      | 1    |
|     | Chọn 1,2,3  | 0    |

| STT | Câu trả lời  | Điểm |
|-----|--------------|------|
| B12 | Chọn 1       | 1    |
|     | Chọn 2,3,4   | 0    |
| B13 | Chọn 4       | 1    |
|     | Chọn 1,2,3   | 0    |
| B14 | Chọn 1       | 1    |
|     | Chọn 2,3,4   | 0    |
| B15 | Chọn 4       | 1    |
|     | Chọn 1,2,3   | 0    |
| B16 | Chọn 4       | 1    |
|     | Chọn 1,2,3   | 0    |
| B17 | Chọn có lợi  | 1    |
|     | Chọn gây hại | 0    |
| B18 | Chọn có lợi  | 0    |
|     | Chọn gây hại | 1    |
| B19 | Chọn có lợi  | 1    |
|     | Chọn gây hại | 0    |
| B20 | Chọn có lợi  | 0    |
|     | Chọn gây hại | 1    |
| B21 | Chọn có lợi  | 0    |
|     | Chọn gây hại | 1    |
| B22 | Chọn có lợi  | 1    |
|     | Chọn gây hại | 0    |

### ***Đánh giá thực hành:***

Theo cách tính điểm của bộ câu hỏi Self - Care of Heart Failure Index (SCHFI). Thang đo này không tính tổng số điểm cho cả bộ câu hỏi mà tính điểm riêng cho từng phần (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin). Để tính các điểm cho từng phần, mỗi thang điểm được chuẩn hóa từ 0 đến 100 điểm. Tổng điểm > 70 điểm được cho là đạt đối với từng phần và < 70 điểm là không đạt.

Phần Duy trì tự chăm sóc: Thang đo này sử dụng định dạng trả lời 1-4 tương ứng với 1 - 4 điểm cho mỗi câu trả lời: 1 (không bao giờ hoặc hiếm khi), 2 (thỉnh thoảng), 3 (thường xuyên), 4 (luôn luôn hoặc hàng ngày). Trong thang này có mục 8 là mục ghi được đảo ngược điểm. Sau khi mã hóa ngược, điểm số thô thấp nhất là 10, cao nhất là 40 điểm. Tính điểm chuẩn hóa cho phần duy trì chăm sóc theo công thức:

$$\text{Điểm duy trì tự chăm sóc} = (\text{tổng điểm của mục duy trì chăm sóc} - 10) \times 3.333$$

Phần Quản lý tự chăm sóc: Chỉ tính điểm khi người bệnh có khó thở hoặc phù trong khoảng thời gian trước đó. Nếu người bệnh không có dấu hiệu phù/ khó thở thì bỏ qua, không phải trả lời mục này.

Trong thang đo này, câu 11 và câu 16 được mã hóa từ 0 - 4 tương ứng với 0 - 4 điểm cho mỗi câu trả lời. Các câu từ 12 -15 được mã hóa từ 1- 4 tương ứng với 1 - 4 điểm cho mỗi câu trả lời. Tổng điểm số thô thấp nhất là 4 điểm, điểm số thô cao nhất là 24 điểm. Tính điểm chuẩn hóa cho phần quản lý chăm sóc theo công thức sau:

$$\text{Điểm quản lý chăm sóc} = (\text{tổng điểm các mục quản lý chăm sóc} - 4) \times 5.$$

Phần Sự tự tin: Thang đo này sử dụng định dạng trả lời 1 - 4 tương ứng với 1 - 4 điểm cho mỗi câu trả lời: 1 (không tự tin), 2 (hơi tự tin), 3 (tự tin), 4 (rất tự tin). Điểm số thô thấp nhất là 6 điểm, điểm số thô cao nhất là 24 điểm. Tính điểm chuẩn hóa cho phần sự tự tin theo công thức:

$$\text{Điểm sự tự tin} = (\text{tổng điểm các mục sự tự tin} - 6) \times 5.56.$$

## **Phụ lục 4: Công cụ can thiệp**

### **NỘI DUNG**

#### **HƯỚNG DẪN TỰ CHĂM SÓC CHO NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN (Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Tim mạch học Việt Nam)**

Ông/bà có chẩn đoán bị suy tim, nhưng Ông/bà đừng quá lo lắng! Vì với những tiến bộ trong điều trị, Ông/bà vẫn có thể sống lâu hơn và hưởng một cuộc sống chất lượng tốt bằng cách thực hiện tốt việc tự chăm sóc trong suy tim! Để làm được điều này trước tiên ông/ bà cần biết 1 số vấn đề sau:

##### **1. Thế nào là suy tim**

Suy tim là một tình trạng bệnh lý, với sự bất thường về chức năng, tim không đủ khả năng bơm để cung cấp máu đảm bảo cho các nhu cầu hoạt động của cơ thể về mặt ô-xy.

##### **2. Biểu hiện thường gặp của suy tim**

- Khó thở: Lúc đầu khó thở khi gắng sức, sau khó thở thường xuyên hơn, nằm cũng khó thở nên phải ngồi dậy để thở.

- Ho: có thể xảy ra vào ban đêm hoặc khi gắng sức.

- Phù: thường thấy ở chân, điển hình là ờ mắt cá chân.

- Cảm giác mệt mỏi, chóng mặt

- Hồi hộp trống ngực, tim đập nhanh

- Đi tiểu về đêm và tiểu ít.

Suy tim không thể chữa khỏi hẳn nhưng có thể được kiểm soát bằng cách thực hiện tốt tự chăm sóc.

Thực hiện tự chăm sóc bản thân tốt sẽ tăng hiệu quả điều trị, giảm tải nhập viện, giảm tỷ lệ tử vong và có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

##### **3. Một số khuyến cáo tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn**

###### **3.1. Dùng thuốc đúng quy định:**

Nguyên tắc cơ bản của điều trị suy tim đó là điều trị căn nguyên gây suy tim nếu có thể làm được. Tuy vậy, nhiều trường hợp không thể tìm thấy hoặc không điều trị được căn nguyên gây suy tim, khi đó các bác sỹ sẽ cho ông/ bà dùng một hay nhiều loại thuốc nhằm làm giảm diễn tiến xấu đi của bệnh. Vì vậy việc người bệnh tuân thủ điều trị về thuốc là vô cùng quan trọng.

Người bệnh suy tim mạn cần lưu ý những vấn đề khi dùng thuốc như sau:

- Cần thực hiện đúng, đủ các thuốc mà bác sỹ kê về thời gian, liều lượng, cách dùng. Nếu chưa hiểu rõ, cần gặp bác sỹ ngay để được giải thích chi tiết.

- Nếu quên uống thuốc thì cần uống ngay khi nhớ ra.

- Nên có các cách nhắc nhở giờ uống thuốc như nhờ người thân nhắc, hẹn giờ báo uống thuốc.

- Không tự ý ngừng thuốc hoặc thay đổi liều lượng nếu không có chỉ dẫn của bác sỹ. Người bệnh suy tim cần phải hiểu rằng các thuốc chữa suy tim không phải là thuốc bổ, không thể tự ý thay đổi liều. Rất nhiều người bệnh tự ý ngừng một loại thuốc chỉ vì khó uống (như gói muối Kali) hoặc tự tăng liều vì nghĩ đó là thuốc trợ tim (như thuốc Digoxin) mà không biết rằng bác sỹ đã phối hợp các thuốc với liều tối ưu để tránh biến chứng. Nhiều người bệnh đã tử vong vì những sự tự ý như vậy.

- Mang theo đơn thuốc đang điều trị mỗi lần tái khám.

- Hiểu biết về các tác dụng phụ của thuốc:

+ Thuốc trợ tim (như Digoxin) nếu dùng liều cao sẽ gây ngộ độc dẫn đến làm gia tăng tỷ lệ tử vong, vì vậy phải dùng đúng liều và cần theo dõi mạch trong khi dùng thuốc vì thuốc gây giảm nhịp tim.

+ Thuốc lợi tiểu (như Furoemid, Vinzic...) có xu hướng loại bỏ Kali ra khỏi cơ thể, làm hạ K<sup>+</sup> máu, hạ Na<sup>+</sup> máu. Vì vậy nên bổ sung KaLi khi dùng thuốc lợi tiểu và ăn thực phẩm nhiều Kali như: chuối, cam, đậu nành, khoai tây..., cần đi khám định kỳ đúng lịch hẹn để xét nghiệm điện giải trong máu khi điều trị bằng thuốc này.

+ Một số nhóm thuốc ức chế men chuyển (như Coversyl) có thể có tác dụng phụ như ho, nổi ban, tụt huyết áp vì vậy cần theo dõi huyết áp khi dùng.

### **3.2. Chế độ ăn hạn chế muối, hạn chế chất lỏng**

Chế độ ăn hạn chế muối

Thường chỉ giới hạn dưới 5 gam muối mỗi ngày. Cụ thể như sau:

- Suy tim giai đoạn 1, 2: dưới 5 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 4 gam muối = 4 thìa cà phê nước mắm = 20 ml)

- Suy tim giai đoạn 3: dưới 4 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 3 gam muối = 3 thìa cà phê nước mắm = 15 ml)

- Suy tim giai đoạn 4: tùy tình trạng lâm sàng có thể

+ Ăn nhạt tương đối: dưới 3 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 2 gam muối = 2 thìa cà phê nước mắm = 10 ml)

+ Ăn nhạt hoàn toàn: không cho muối, mỳ chính, mắm, bột nêm khi chế biến.

Ngay cả khi ông/bà không có triệu chứng phù hoặc đang dùng thuốc lợi tiểu thì việc giảm lượng muối ăn vào cũng sẽ làm cho việc điều trị được tốt hơn. Để thực hiện chế độ ăn hạn chế muối ông/ bà nên:

- Yêu cầu người nhà phối hợp trong việc nấu ăn giảm muối.
- Không để muối, nước mắm trên bàn ăn để tránh cám dỗ.
- Tránh các loại thực phẩm chế biến có hàm lượng muối cao chẳng hạn như các món ăn chế biến sẵn, cà muối, dưa muối, thịt hun khói, thịt hộp, cá thịt kho sẵn đông lạnh, giăm bông, pho mát, xúc xích, bánh mì...
- Khi đi ăn ở bên ngoài nên yêu cầu thực phẩm ít muối, mỳ chính
- Nên đọc nhãn thực phẩm để biết hàm lượng muối trong đó.

#### ◆ **Chế độ hạn chế chất lỏng:**

Uống nhiều nước sẽ làm tăng gánh nặng cho tim. Việc giữ nước và muối làm tăng lượng chất lỏng trong máu, tim sẽ phải làm việc nhiều hơn để đẩy lượng máu tăng lên đi khắp cơ thể. Vì vậy người bệnh suy tim mạn nếu không bị phù cần hạn chế chất lỏng, thường dưới 2 lít/ ngày. Để hạn chế chất lỏng ông/ bà nên:

- Chỉ uống nước khi thấy khát. Khi uống nước thì uống từng ngụm nhỏ một và dùng cốc nhỏ để uống sẽ tốt hơn uống bằng một cốc lớn.
- Khi phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào thì có thể giảm cơn khát nước bằng cách nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng.
- Hạn chế thức uống có chứa caffeine (bao gồm cà phê, trà) và một số đồ uống có ga), đồ uống có cồn: như bia, rượu.
- Nên nhớ sữa, kem, sữa chua, cháo súp cũng chứa lượng chất lỏng vì vậy cần cân đối lượng chất lỏng đưa vào.

### **3.3. Theo dõi và xử lý dấu hiệu của bệnh**

#### ◆ **Người bệnh suy tim cần theo dõi:**

- *Cân nặng hàng ngày:*

Việc cân nặng hàng ngày sẽ giúp cho ông/bà biết được cơ thể đang bị giữ nước hay không. Nếu ông/bà tăng cân đột ngột (tăng 1-2 kg trong 1-2 ngày) có nghĩa là cơ thể đang tích tụ nước và chứng tỏ tình trạng suy tim của ông/bà đang gia tăng. Theo dõi cân nặng sẽ giúp ông/bà kiểm soát tình trạng suy tim của mình. Để theo dõi cân nặng có hiệu quả ông/bà cần chú ý:

- + Nên cân hàng ngày và ghi kết quả vào sổ theo dõi hàng ngày.
- + Cân vào buổi sáng ngay sau khi ngủ dậy, đi vệ sinh và chỉ nên mặc quần áo ngủ để trọng lượng được chính xác.

- + Sử dụng trên cùng một chiếc cân.
- + Đến khám khi tăng cân đột ngột (vì tăng 1-2kg trong 1-2 ngày chứng tỏ cơ thể đang thừa nước).
- Theo dõi các triệu chứng sau:
  - + Triệu chứng do tích tụ chất lỏng; Phù, khó thở, ho, kho khè, tăng cân...
  - + Triệu chứng liên quan đến giảm lưu lượng máu đến các bộ phận cơ thể: mệt mỏi, chóng mặt, nhịp tim nhanh.
  - + Các triệu chứng khác: ăn mất ngon, đi tiểu nhiều về đêm, thay đổi tâm lý (cảm giác buồn chán như trầm cảm).

◆ ***Các cách xử lý khi bị phù/ khó thở***

- Giảm muối trong chế độ ăn
- Giảm lượng nước uống vào

Khi cần hạn chế chất lỏng thì ông/bà nên theo dõi lượng nước tiểu trong 24 giờ để cân bằng lượng dịch vào - ra và có thể hạn chế lượng nước ăn/ uống vào trong ngày theo công thức:

Lượng nước uống vào = lượng nước tiểu 24 giờ ngày hôm trước + lượng dịch mất do nôn hoặc sốt + 300 đến 500 tùy theo mùa.

- Gọi điện cho bác sỹ điều trị để được tư vấn
- Nếu tình trạng không cải thiện hoặc nặng hơn thì nên đi đến cơ sở y tế để khám bệnh ngay lập tức. Việc trì hoãn nhập viện khi có triệu chứng tăng nặng sẽ làm nặng thêm tình trạng bệnh và tăng nguy cơ tử vong.

**3.4. Duy trì lối sống tích cực: tập thể dục, hạn chế rượu, bia, thuốc lá:**

Thay đổi lối sống theo hướng tích cực trong lĩnh vực tập thể dục, hạn chế rượu, bia, thuốc lá sẽ giúp cải thiện các triệu chứng của ông/bà, ngăn ngừa sự tiến triển của suy tim và cải thiện chất lượng cuộc sống.

◆ ***Chế độ tập thể dục***

Người bệnh suy tim cần giảm hoặc bỏ hẳn hoạt động gắng sức tuy nhiên vẫn được khuyến khích tập thể dục đều đặn hàng ngày trong khả năng cho phép vì hoạt động thể chất nhẹ có lợi cho hầu hết những người bị suy tim. Tuy nhiên trong trường hợp suy tim nặng thì phải nghỉ tại giường theo tư thế nửa nằm nửa ngồi. Trường hợp suy tim mà người bệnh phải nằm điều trị lâu ngày thì khi hoàn cảnh cho phép, khuyến khích người bệnh xoa bóp, lúc đầu là thụ động, sau đó là chủ động ở các chi, nhất là hai chi dưới để làm cho máu tĩnh mạch trở về tim được dễ dàng hơn, giảm bớt các nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thường hay gặp ở những người bệnh này.

Ông/bà cần có một chế độ hoạt động và luyện tập phù hợp với tình trạng bệnh của mình, tập luyện thể dục vừa phải có tác dụng cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống ở những người bệnh suy tim mạn tính ổn định, từ đó làm giảm tỷ lệ tái nhập viện và tỷ lệ tử vong. Để tập thể dục được hiệu quả Ông/bà nên:

- Chọn một hoạt động mà Ông/ bà thích, vì khi đó Ông/ bà sẽ có nhiều khả năng làm điều đó thường xuyên. Nên tập đều đặn, hàng ngày.

- Có thể lựa chọn tập thể dục nhẹ như đi bộ, đạp xe, tập dưỡng sinh, yoga... nhưng không được quá sức cho hệ tim mạch, tập thể dục ở người bệnh suy tim chủ yếu là vận động chân tay để lưu thông khí huyết chứ không được gắng sức.

- Khi mới tập cần bắt đầu ở cường độ nhẹ, sau này tăng dần lên, tránh tập luyện ở ngoài trời kín thời tiết quá nóng hay quá lạnh, trước khi tập cần khởi động nhẹ, thư giãn, sau khi tập thì nghỉ ngơi, không nên tắm ngay sau khi tập.

- Một nguyên tắc nhỏ là Ông/ bà vẫn có thể nói chuyện trong khi đang luyện tập. Nếu Ông/ bà không thể nói thì có thể Ông/ bà đang tập quá sức. Lúc này nên giảm tập và nghỉ ngơi.

- Nếu thấy khó thở, hoa mắt, chóng mặt, đau ngực, buồn nôn hoặc mồ hôi lạnh thì dừng lại ngay và nghỉ ngơi. Nếu các triệu chứng vẫn còn, hãy liên hệ với nhân viên y tế ngay.

- Không tập thể dục ngay sau bữa ăn chính, hoặc khi ông/bà đang đói.

#### ◆ ***Giảm dần và từ bỏ hút thuốc lá:***

Chất Carbon monoxide trong khói thuốc lá ảnh hưởng đến khả năng vận chuyển ô-xy của máu. Vì vậy, trái tim sẽ phải làm việc nhiều hơn để cung cấp oxy cho cơ thể. Hút thuốc làm cho các mạch máu trong cơ thể co lại, điều này sẽ làm cho các triệu chứng suy tim tăng nặng hơn. Vì vậy người bệnh suy tim nên giảm dần và từ bỏ thuốc lá.

#### ◆ ***Hạn chế rượu, bia***

Việc không tuân thủ các quy định về hạn chế rượu, bia có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nhập viện ở người bệnh suy tim. Vì vậy hạn chế bia, rượu được đề nghị như là một liệu pháp trong tự chăm sóc.

### **3.5. Hành vi phòng ngừa**

Một cách để duy trì ổn định tình trạng suy tim là giảm thiểu nguy cơ bị nhiễm trùng đường hô hấp như cúm hoặc viêm phổi, tránh tiếp xúc với người bị ốm vì các vấn đề hô hấp có thể làm cho suy tim trở nên tồi tệ hơn.

Người bệnh suy tim cần tiêm chủng phòng ngừa cúm hàng năm, tiêm chủng phòng ngừa viêm phổi và khám định kỳ đúng lịch hẹn.

Trên đây là một số vấn đề cơ bản về tự chăm sóc ở người bệnh suy tim. Tự chăm sóc tốt sẽ làm giảm tình trạng tăng nặng bệnh suy tim, nâng cao sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống. Gia đình hãy cùng tham gia hỗ trợ người bệnh để người bệnh có thể thực hành tự chăm sóc đạt hiệu quả cao nhất!

## Phụ lục 5: Tờ rơi

### 1. Thế nào là suy tim

Suy tim là một tình trạng bệnh lý, với sự bất thường về chức năng, tim không đủ khả năng bơm để cung cấp máu đảm bảo cho các nhu cầu hoạt động của cơ thể về mặt ô-xy.



### 2. Biểu hiện thường gặp của suy tim

- Khó thở, ho.
- Phù: thường ở chân, nhất là ở mắt cá chân.
- Cảm giác mệt mỏi, chóng mặt
- Hồi hộp trống ngực, tim đập nhanh
- Đi tiểu về đêm và tiểu ít.

*Suy tim không thể chữa khỏi hẳn nhưng có thể được kiểm soát bằng cách thực hiện tốt tự chăm sóc.*

### 3. Tự chăm sóc ở người bệnh suy tim gồm:

#### 3.1. Dùng thuốc đúng quy định:

- Cần thực hiện đúng, đủ các thuốc mà bác sỹ kê về thời gian, liều lượng, cách dùng.
- Nếu quên uống thuốc thì cần uống ngay khi nhớ ra.
- Nên có các cách nhắc nhở giờ uống thuốc như nhờ người thân nhắc, hẹn giờ báo uống thuốc.



- Không tự ý ngừng thuốc hoặc thay đổi liều lượng
- Mang theo đơn thuốc đang điều trị mỗi lần tái khám.
- Hiểu biết về các tác dụng phụ của thuốc.

#### 3.2. Chế độ ăn hạn chế muối, hạn chế chất lỏng

##### ◆ Chế độ ăn hạn chế muối

Thường chỉ giới hạn dưới 5 gam muối mỗi ngày. Cụ thể như sau:



- Suy tim giai đoạn 1, 2: dưới 5 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 4 gam muối = 4 thìa cà phê nước mắm = 20 ml)

- Suy tim giai đoạn 3: dưới 4 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 3 gam muối = 3 thìa cà phê nước mắm = 15 ml)

- Suy tim giai đoạn 4: tùy tình trạng có thể:

- + Ăn nhạt tương đối: dưới 3 gam muối/ ngày (chế biến chỉ cho thêm 2 gam muối = 2 thìa cà phê nước mắm = 10 ml)

- + Ăn nhạt hoàn toàn: không cho muối, mì chính, mắm, bột nêm trong khi chế biến.

- Để hạn chế muối ông/ bà nên:

- Yêu cầu người nhà phối hợp trong việc nấu ăn giảm muối.

- Không để muối, nước mắm trên bàn ăn để tránh cầm dở.

- Tránh các loại thực phẩm chế biến có hàm lượng muối cao chẳng hạn như các món ăn chế biến sẵn, cá muối, dưa muối, thịt hun khói, thịt hộp, cá thịt kho sẵn đồ đông lạnh, giăm bông, pho mát, xúc xích, bánh mì...

- Khi đi ăn ở bên ngoài nên yêu cầu thực phẩm ít muối, mì chính

- Nên đọc nhãn thực phẩm để biết hàm lượng muối trong đó.

##### ◆ Chế độ hạn chế chất lỏng:

- Thường dưới 2 lít/ ngày, ông/ bà nên:

- Chỉ uống nước khi thấy khát. Khi uống nước thì uống từng ngụm nhỏ một và dùng cốc nhỏ để uống sẽ tốt hơn uống bằng một cốc lớn.

- Khi phải cố gắng giới hạn lượng chất lỏng đưa vào thì có thể giảm cơn khát nước bằng cách nhai kẹo cao su hoặc ngậm kẹo cứng.

- Hạn chế thức uống có chứa caffeine, ga, cồn.

- Nên nhớ sữa, kem, sữa chua, cháo súp cũng chứa lượng chất lỏng vì vậy cần cân đối lượng chất lỏng đưa vào.

### 3.3. Theo dõi và xử lý dấu hiệu của bệnh

#### ◆ Người bệnh suy tim cần theo dõi:

##### - Cân nặng hàng ngày:

Việc cân nặng hàng ngày sẽ giúp cho ông/bà biết được cơ thể đang bị giữ nước hay không. Để theo dõi cân nặng có hiệu quả ông/bà cần chú ý:

- + Nền cân hàng ngày và ghi kết quả vào sổ theo dõi hàng ngày.

- + Cân vào buổi sáng ngay sau khi ngủ dậy, đi vệ sinh và chỉ nên mặc quần áo ngủ để trọng lượng được chính xác.

- + Sử dụng trên cùng một chiếc cân.

- + Đến khám khi tăng cân đột ngột (ví tăng 1-2 kg trong 1-2 ngày chứng tỏ cơ thể đang thừa nước).

##### - Theo dõi các triệu chứng sau:

- + Triệu chứng do tích tụ chất lỏng: Phù, khó thở, ho, khó khê, tăng cân...

- + Triệu chứng liên quan đến giảm lưu lượng máu đến các bộ phận cơ thể: mệt mỏi, chóng mặt, nhịp tim nhanh.

- + Các triệu chứng khác: ăn mất ngon, đi tiểu nhiều về đêm, thay đổi tâm lý (cảm giác buồn chán như trầm cảm).

##### ◆ Các cách xử lý khi bị phù/ khó thở

- Giảm muối trong chế độ ăn

- Giảm lượng nước uống vào

Khi cần hạn chế chất lỏng thì ông/bà nên theo dõi lượng nước tiểu trong 24 giờ để cân bằng lượng dịch vào - ra và có thể hạn chế lượng nước ăn/ uống vào trong ngày theo công thức:

Lượng nước uống vào = lượng nước tiểu 24 giờ ngày hôm trước + lượng dịch mất (do nôn hoặc sốt) + 300 đến 500 (tùy theo mùa).

- Gọi điện cho bác sỹ điều trị

- Nếu tình trạng không cải thiện hoặc nặng hơn thì nên đi đến cơ sở y tế để khám bệnh ngay.

#### 3.4. Duy trì lối sống tích cực: tập thể dục, hạn chế rượu, bia, thuốc lá:

♦ **Chế độ tập thể dục:** Tập đều đặn, hàng ngày, phù hợp với tình trạng bệnh. Ông/bà nên:

- Chọn một hoạt động mà Ông/ bà thích, vì khi đó Ông/ bà sẽ có nhiều khả năng làm điều đó thường xuyên.

- Có thể lựa chọn tập thể dục nhẹ như đi bộ, đạp xe, tập dưỡng sinh, yoga, chơi bóng bàn.

- Khi mới tập cần bắt đầu ở cường độ nhẹ, sau này tăng dần lên, tránh tập luyện ở ngoài trời kín thời tiết quá nóng hay quá lạnh, trước khi tập cần khởi động nhẹ, thư giãn, sau khi tập thì nghỉ ngơi, không nên tắm ngay sau khi tập.

- Một nguyên tắc nhỏ là Ông/ bà vẫn có thể nói chuyện trong khi đang luyện tập. Nếu Ông/ bà không thể nói thì có thể Ông/ bà đang tập quá sức. Lúc này nên giảm tập và nghỉ ngơi.

- Nếu thấy khó thở, hoa mắt, chóng mặt, đau ngực, buồn nôn hoặc mồ hôi lạnh thì dừng lại ngay và nghỉ ngơi. Nếu các triệu chứng vẫn còn, hãy liên hệ với nhân viên y tế ngay.

- Không tập thể dục ngay sau bữa ăn chính, hoặc khi Ông/ bà đang đói.

- Trường hợp nặng phải nghỉ ngơi tại giường, kết hợp xoa bóp chân tay.

♦ **Giảm dần và từ bỏ hút thuốc lá:**

- Chất Carbon monoxide trong khói thuốc lá ảnh hưởng đến khả năng vận chuyển ô-xy của máu. Vì vậy, trái tim sẽ phải làm việc nhiều hơn để cung cấp oxy cho cơ thể.

- Hút thuốc làm cho các mạch máu trong cơ thể co lại, điều này sẽ làm cho các triệu chứng suy tim tồi tệ hơn. Vì vậy người bệnh suy tim nên giảm dần và từ bỏ thuốc lá.



♦ **Hạn chế rượu, bia**

Việc không tuân thủ các quy định về hạn chế rượu, bia có thể làm tăng đáng kể nguy cơ tái nhập viện ở người bệnh suy tim.

Vì vậy hạn chế bia, rượu được đề nghị như là một liệu pháp trong tự chăm sóc.



#### 3.5. Hành vi phòng ngừa

Một cách để duy trì ổn định tình trạng suy tim là giảm thiểu nguy cơ bị nhiễm trùng đường hô hấp như cúm hoặc viêm phổi, tránh tiếp xúc với người bị ốm vì các vấn đề hô hấp có thể làm cho suy tim trở nên tồi tệ hơn.

Người bệnh suy tim cần tiêm chủng phòng ngừa cúm hàng năm, tiêm chủng phòng ngừa viêm phổi và khám định kỳ đúng lịch hẹn.



#### Tự chăm sóc tốt sẽ:

→ **Làm giảm tình trạng tăng nặng bệnh, nâng cao sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống.**

**Vì vậy người bệnh suy tim cần tích cực tự chăm sóc!**



#### NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ TỰ CHĂM SÓC Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN



Quảng Ninh, năm 2021

## Phụ lục 6: Hoạt động can thiệp



**Hình ảnh Khoa Nội Tim mạch**



**Hình ảnh chuẩn bị công cụ can thiệp**



**Hình ảnh hoạt động can thiệp**



**Hình ảnh hoạt động can thiệp**

## Phụ lục 7: Danh sách người bệnh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

### ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Kính gửi: - Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh  
- Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

Tên tôi là: Đào Thị Phương. Sinh ngày 16/03/1983.

Cơ quan công tác: Trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh

Được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện và lãnh đạo khoa Nội Tim mạch, tôi đã tiến hành thu thập số liệu để hoàn thành luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Điều dưỡng với tên đề tài: "Kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, năm 2021" trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 5/2021, địa điểm tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

Nay tôi viết đơn này, kính mong Ban Giám đốc Bệnh viện, lãnh đạo khoa Nội Tim mạch xác nhận danh sách những người đã đồng ý tham gia vào nghiên cứu của tôi (có danh sách kèm theo) để tôi có thể hoàn thành thủ tục khi làm luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý bệnh viện!

Quảng Ninh, ngày 04 tháng 8 năm 2021

XÁC NHẬN CỦA BỆNH VIỆN  
ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH

(Xác nhận và đóng dấu)



KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC  
Vũ Anh Tuấn

XÁC NHẬN CỦA KHOA  
NỘI TIM MẠCH

(Họ, tên và chữ ký)

Bà. Nguyễn Thị Hoa

NGƯỜI LÀM ĐƠN

(Họ, tên và chữ ký)

Đào Thị Phương

**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH THAM GIA NGHIÊN CỨU**

| STT | HỌ VÀ TÊN     | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                             | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|---------------|------|----------|----------|-----------------------------------|---------------|
| 1   | Nguyễn Thị S  | Nữ   | 1946     | 21000208 | Đông Xá, Văn Dền, Quảng Ninh      | 0363999 xxx   |
| 2   | Dương Thị B   | Nữ   | 1955     | 17021448 | Tổ 16, Khu 2, Cao Thắng, Hạ Long  | 0383674 xxx   |
| 3   | Hoàng Ngọc L  | Nữ   | 1945     | 19022062 | Tổ 2, Khu 5, Hà Khánh, Hạ Long    | 0385872 xxx   |
| 4   | Ngô Bá Đ      | Nam  | 1954     | 17008012 | Tổ 34b, khu 4a, Hà Phong, Hạ Long | 0389073 xxx   |
| 5   | Nguyễn Thị B  | Nữ   | 1954     | 17017511 | Khu2, Trần Phú, Móng Cái          | 0904873 xxx   |
| 6   | Vũ Thị T      | Nữ   | 1951     | 21000544 | Thôn 4, Quảng Chính, Hải Hà       | 0913113 xxx   |
| 7   | Trần Trọng Á  | Nam  | 1956     | 21001720 | Tổ 1, khu 4, Hồng Hà, Hạ Long     | 0936295 xxx   |
| 8   | Phạm Thị S    | Nữ   | 1945     | 21001750 | Tổ 3, Khu 9, Hà Tu, Hạ Long       | 0912455 xxx   |
| 9   | Nguyễn Thị D  | Nữ   | 1964     | 17016993 | Đông Nam, Quan Lạn, Văn Dền       | 0836913 xxx   |
| 10  | Nguyễn Thị Ph | Nữ   | 1956     | 20049484 | Tổ 2, Khu 4, Trần Phú, Móng Cái   | 0972631 xxx   |
| 11  | Lê Văn H      | Nam  | 1959     | 21002726 | Tổ 55, Khu 5a, Cửa Ông, Cẩm Phả   | 0936922 xxx   |
| 12  | Trần Đăng Q   | Nam  | 1968     | 21002974 | Tổ 2, Khu 4, Cẩm Đông, Cẩm Phả    | 0936833 xxx   |
| 13  | Đặng Thị L    | Nữ   | 1951     | 21003179 | Thôn Bắc Cây, Dồn Dục, Ba Chẽ     | 0377670 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN    | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                            | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|--------------|------|----------|----------|----------------------------------|---------------|
| 14  | Đỗ Trọng N   | Nam  | 1944     | 21003215 | Hải Tiến, Quảng Thành, Hải Hà    | 0339915 xxx   |
| 15  | Phạm Thị L   | Nữ   | 1952     | 21003238 | Tổ 4, Khu 6, Hà Lầm, Hạ Long     | 0936699 xxx   |
| 16  | Trần Đức H   | Nam  | 1953     | 21003291 | Tổ 4, Khu 2, Hà Khánh, Hạ Long   | 0976167 xxx   |
| 17  | Chu Thanh T  | Nam  | 1940     | 21003369 | Thị trấn Đàm Hà, Đàm Hà          | 0347730 xxx   |
| 18  | Lê Đức T     | Nam  | 1934     | 21000787 | Phong Cốc, Quảng Yên             | 0387216 xxx   |
| 19  | Ngô Thị D    | Nữ   | 1953     | 21000921 | Cẩm Đông, Cẩm Phả                | 09431579 xxx  |
| 20  | Lý Thanh B   | Nữ   | 1965     | 21000177 | Khu Tâm, Nam Sơn, Ba Chẽ         | 0343311 xxx   |
| 21  | Lê Thanh G   | Nữ   | 1937     | 21000357 | Tổ 3. Khu 9, Hồng Hải, Hạ Long   | 0363558 xxx   |
| 22  | Nguyễn Văn T | Nam  | 1954     | 19008641 | Tổ 59, khu 4, Bạch Đằng, Hạ Long | 0848353 xxx   |
| 23  | Phạm Thị D   | Nữ   | 1959     | 17016178 | Tổ 16, khu 2a, Cao xanh, Hạ Long | 0358800 xxx   |
| 24  | Trần Văn T   | Nam  | 1962     | 21001819 | Tổ 53, Bạch Đằng, Hạ Long        | 0936394 xxx   |
| 25  | Dương Thị T  | Nữ   | 1948     | 21002280 | Tổ 57, Khu 4, Bạch Đằng, Hạ Long | 0848357 xxx   |
| 26  | Đào Thị H    | Nữ   | 1999     | 19014339 | Tổ 46, khu 5, Cao Thắng, Hạ Long | 0302615 xxx   |
| 27  | Đinh Viễn C  | Nam  | 1938     | 20016021 | Tổ 1, khu 3, Hà Lầm, Hạ Long     | 0156390 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN        | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                            | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|------------------|------|----------|----------|----------------------------------|---------------|
| 28  | Hoàng Thị T      | Nữ   | 1945     | 17003330 | Tổ 3, Khu 1, Cẩm Phú, Cẩm Phả    | 02033728 xxx  |
| 29  | Nguyễn Thị N     | Nữ   | 1940     | 17024074 | Tổ 4, Khu 1, Hồng Hà, Hạ Long    | 0385475 xxx   |
| 30  | Phạm Thị Thanh H | Nữ   | 1951     | 17003329 | Khu 2, Đông Xá, Vân Đồn          | 0166192 xxx   |
| 31  | Phạm Thị T       | Nữ   | 1943     | 17014508 | Đông Sơn, Đông Xá, Vân Đồn       | 0904264 xxx   |
| 32  | Phạm Văn G       | Nam  | 1946     | 17008837 | Tổ 2, Khu 1, Hà Khánh            | 0974317 xxx   |
| 33  | Phùng Chi S      | Nam  | 1941     | 20011356 | Tài Chi, Quảng Sơn, Hải Hà       | 0386154 xxx   |
| 34  | Vũ Thị L         | Nữ   | 1943     | 18006533 | Tổ 2, Khu 3, Hồng Hải, Hạ Long   | 0936794 xxx   |
| 35  | Chu Thị V        | Nữ   | 1954     | 17018771 | Thủy An, Đông Triều              | 0389192 xxx   |
| 36  | Đinh Thị T       | Nữ   | 1956     | 20062349 | Khu 5, TT Ba Chẽ, Ba Chẽ         | 0364991 xxx   |
| 37  | Hoàng Đăng L     | Nam  | 1936     | 18041590 | Tổ 1, Khu 1, Cao Xanh, Hạ Long   | 0949921 xxx   |
| 38  | Nguyễn Thị Đ     | Nữ   | 1940     | 17014206 | Tổ 8, Khu 1, Hà Phong, Hạ Long   | 0336614 xxx   |
| 39  | Nguyễn Thị K     | Nữ   | 1973     | 20080157 | Hải Đông, Móng Cái               | 0384660 xxx   |
| 40  | Nguyễn Văn N     | Nam  | 1960     | 20065036 | Tiền An, Quảng Yên               | 0865499 xxx   |
| 41  | Nguyễn Văn T     | Nam  | 1951     | 18026699 | Tổ 64, Khu 7, Cao Thắng, Hạ Long | 0355495 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN      | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                                 | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|----------------|------|----------|----------|---------------------------------------|---------------|
| 42  | Vi Văn Đ       | Nam  | 1951     | 17027169 | Phiêng Tắm, Đồng Tâm, Bình Liêu       | 0974318 xxx   |
| 43  | Vũ Văn L       | Nam  | 1940     | 19000922 | Tổ 10, Khu 3, Hà Tu, Hạ Long          | 0912344 xxx   |
| 44  | Bùi Thị H      | Nữ   | 1962     | 17017460 | Tổ 1, Khu 6, Hà Lâm, Hạ Long          | 0344509 xxx   |
| 45  | Đinh Thị H     | Nữ   | 1984     | 20039059 | Tổ 12, Khu 2, Hồng Hà, Hạ Long        | 0977334 xxx   |
| 46  | Hoàng Thị T    | Nữ   | 1962     | 20020164 | Xóm 3, Liên Hoà, Quảng Yên            | 0346315 xxx   |
| 47  | Nguyễn Thị H   | Nữ   | 1984     | 21018338 | Thôn 3, Hải Tiến, Móng Cái            | 0374066 xxx   |
| 48  | Nguyễn Văn H   | Nam  | 1965     | 21011600 | Thôn 9, Hạ Long, Vân Đồn              | 0974400 xxx   |
| 49  | Nguyễn Văn T   | Nam  | 1962     | 20045356 | Thôn 3, Hạ Long, Vân Đồn              | 0934763 xxx   |
| 50  | Phạm Hồng Đ    | Nữ   | 1941     | 17015020 | Số 203, Trần Hưng Đạo, Hạ Long        | 0936546 xxx   |
| 51  | Trương Văn B   | Nam  | 1952     | 18028186 | Tổ 4, Khu 4, Quang Hanh, Cẩm Phả      | 0936952 xxx   |
| 52  | Vũ Hồng V      | Nữ   | 1961     | 17020894 | Phố Thống Nhất, TT Tiên Yên, Tiên Yên | 0838249 xxx   |
| 53  | Đào Thị N      | Nữ   | 1961     | 20019028 | Tổ 29, Khu 3, Cao Thắng, Hạ Long      | 0987909 xxx   |
| 54  | Lương Văn Đ    | Nam  | 1979     | 20001584 | Phố Hà Quang Vóc, TT Đầm Hà, Đầm Hà   | 0372205 xxx   |
| 55  | Nguyễn Quang T | Nam  | 1956     | 17015981 | Tổ 5, Khu 1, Hà Khánh, Hạ Long        | 0936764 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN     | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                                | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|---------------|------|----------|----------|--------------------------------------|---------------|
| 56  | Nguyễn Thị T  | Nữ   | 1961     | 18035918 | Tổ 2, Kỳ Sơn, Cẩm Sơn, Cẩm Phả       | 0968530 xxx   |
| 57  | Nguyễn Văn C  | Nam  | 1961     | 18059913 | Khu 1, TT Trới, Hoành Bồ             | 0367355 xxx   |
| 58  | Trần Thị X    | Nữ   | 1963     | 21005820 | Tổ 4, Khu 3, Hoành Bồ                | 0363390 xxx   |
| 59  | Vũ Thị Kim T  | Nữ   | 1950     | 20014731 | Tổ 6, Khu 5, Yết Kiêu, Hạ Long       | 0915119 xxx   |
| 60  | Đặng Xuân Đ   | Nam  | 1973     | 19022143 | Cẩm Sơn, Cẩm Phả                     | 0961905 xxx   |
| 61  | Định Thị T    | Nữ   | 1944     | 18063785 | Khu 1, TT Ba Chẽ                     | 0854586 xxx   |
| 62  | Ngô Ngọc T    | Nam  | 1983     | 18037951 | 414 Lê Thanh Nghị, Cẩm Thủy, Cẩm Phả | 0986295 xxx   |
| 63  | Nguyễn Thị L  | Nữ   | 1958     | 18048753 | Tổ 2 Nam Tiến, Cẩm Bình, Cẩm Phả     | 0936558 xxx   |
| 64  | Nguyễn Tiến D | Nam  | 1973     | 19028295 | Tổ 49, Khu 5, Cao Thắng, Hạ Long     | 0912413 xxx   |
| 65  | Nguyễn Văn N  | Nam  | 1955     | 18119659 | Khu 5, TT Quảng Yên, Quảng Yên       | 0964996 xxx   |
| 66  | Nguyễn Văn T  | Nam  | 1940     | 17016222 | Tổ 69, Khu 6, Cao Thắng, Hạ Long     | 0363214 xxx   |
| 67  | Vũ Minh T     | Nữ   | 1968     | 18035833 | Tổ 5, Khu 10a, Quang Hanh, Cẩm Phả   | 0237895 xxx   |
| 68  | Vũ Thị B      | Nữ   | 1958     | 19065010 | Tổ 2 khu 3, Trần Phú, Móng Cái       | 0912742 xxx   |
| 69  | Bùi Thị V     | Nữ   | 1951     | 17016747 | Tổ 15, khu 6, Bạch Đằng, Hạ Long     | 0913231 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN      | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                                   | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|----------------|------|----------|----------|-----------------------------------------|---------------|
| 70  | Đặng Ngọc V    | Nam  | 1946     | 17014329 | Tổ 4, Khu 9, Hồng Hải, Hạ Long          | 0356744 xxx   |
| 71  | Định Thị N     | Nữ   | 1955     | 17000760 | Tổ 20, Khu 1b, Cao Thắng, Hạ Long       | 0374383 xxx   |
| 72  | Nguyễn Thị M   | Nữ   | 1961     | 17027742 | Tổ 39, Khu 4, Cửa Ông, Cẩm Phả          | 0936452 xxx   |
| 73  | Phạm Thị T     | Nữ   | 1958     | 19076353 | Tổ 2, Khu 7, Hà Tu, Hạ Long             | 0835299 xxx   |
| 74  | Vũ Thị T       | Nữ   | 1938     | 18007590 | Tổ 6, Khu 9, Hồng Hà, Hạ Long           | 0966977 xxx   |
| 75  | Bùi Mạnh P     | Nam  | 1950     | 18051413 | Tổ 6, Khu 1, Trần Hưng Đạo, Hạ Long     | 0934266 xxx   |
| 76  | Đào Thị L      | Nữ   | 1945     | 18042046 | Tổ 4, Khu 5, Hồng Hải, Hạ Long          | 0904708 xxx   |
| 77  | Lê Thị Thuý M  | Nữ   | 1959     | 17020528 | Tổ 22, Khu 2, Bạch Đằng, Hạ Long        | 0973499 xxx   |
| 78  | Lê Văn T       | Nam  | 1963     | 17014754 | Tổ 2, Khu 4, Cẩm Thành, Cẩm Phả         | 0916558 xxx   |
| 79  | Mai Xuân Đ     | Nam  | 1957     | 18000942 | Tổ 25, Khu 3, Cao Thắng, Hạ Long        | 098589 xxx    |
| 80  | Ngô Thị M      | Nữ   | 1946     | 19011209 | Đông Thịnh, Đông Xá, Vân Đồn            | 0971521 xxx   |
| 81  | Nguyễn Quang H | Nam  | 1949     | 18058899 | Khu 2, TT Ba Chẽ                        | 0947539 xxx   |
| 82  | Nguyễn Thị L   | Nữ   | 1963     | 18013694 | Tổ 3, Khu Lam Thạch, Cẩm Thạch, Cẩm Phả | 0975289 xxx   |
| 83  | Nguuyễn Thị P  | Nữ   | 1961     | 18066270 | Tổ 4, Khu 4, Hòn Gai, Hạ Long           | 0971033 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN    | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                                        | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|--------------|------|----------|----------|----------------------------------------------|---------------|
| 84  | Nguyễn Thị T | Nữ   | 1972     | 17014329 | Đồng Ma, Tiên Lãng, Tiên Yên                 | 0974799 xxx   |
| 85  | Sán Tiến L   | Nam  | 1958     | 17000760 | Khu Lách 2, Vô Ngại, Bình Liêu               | 0973144 xxx   |
| 86  | Trương Hải Q | Nam  | 1955     | 19022062 | Tổ 98, Khu 8a, Cẩm Phú, Cẩm Phả              | 0372497 xxx   |
| 87  | Vương Xuân K | Nam  | 1969     | 17008012 | Phan Bội Châu, Hoà Lạc, Móng Cái             | 0974008 xxx   |
| 88  | Đoàn Văn T   | Nam  | 1954     | 17017511 | Tổ 3, Khu Nam Thạch A, Cẩm Thạch,<br>Cẩm Phả | 0834379 xxx   |
| 89  | Lê Thị T     | Nữ   | 1956     | 21000544 | Tổ 2, Khu 8, Cái Rồng, Vân Đồn               | 0986583 xxx   |
| 90  | Nguyễn Thị Đ | Nữ   | 1943     | 21001720 | Tổ 4, Khu 4, Hà Lâm, Hạ Long                 | 0389140 xxx   |
| 91  | Nguyễn Thị Đ | Nữ   | 1940     | 21001750 | Bạch Đằng, Hạ Long                           | 0989286 xxx   |
| 92  | Chiu Thị H   | Nữ   | 1969     | 17016993 | Kháy Phẫu, Quảng Đức, Hải Hà                 | 0364066 xxx   |
| 93  | Đặng Xuân H  | Nam  | 1969     | 20049484 | Tổ 5, Khu 8, Hồng Hà, Hạ Long                | 0913266 xxx   |
| 94  | Mễ Thị L     | Nữ   | 1981     | 21002726 | Thôn Đồng Loong, Thanh Lâm, Ba Chẽ           | 0364505 xxx   |
| 95  | Nguyễn Thị P | Nữ   | 1964     | 21002974 | Tổ 1, Khu 1, Bạch Đằng, Hạ Long              | 0908042 xxx   |
| 96  | Nguyễn Thị T | Nữ   | 1938     | 21003179 | Tổ 3, Khu 9, Hồng Hải, Hạ Long               | 0368769 xxx   |
| 97  | Nguyễn Văn L | Nam  | 1961     | 21003215 | Tổ 43, Khu 4, Cao Thắng, Hạ Long             | 0359536 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN     | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                             | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|---------------|------|----------|----------|-----------------------------------|---------------|
| 98  | Nguyễn Xuân T | Nam  | 1970     | 21003238 | Hồng Gai, Hạ Long                 | 0934328 xxx   |
| 99  | Trần Thị L    | Nữ   | 1960     | 21003291 | Khu 1, Hoà Lạc, Móng Cái          | 0165793 xxx   |
| 100 | Trần Thị P    | Nữ   | 1952     | 21003369 | Tổ 47, Khu 5a, Cao Thắng, Hạ Long | 0366584 xxx   |
| 101 | Vòng Ế M      | Nữ   | 1941     | 21000787 | Khu 2, TT Ba Chẽ, Ba Chẽ          | 0394299 xxx   |
| 102 | Vũ Thị L      | Nữ   | 1963     | 21000921 | Trần Hưng Đạo, Hạ Long            | 0825584 xxx   |
| 103 | Đỗ Thị Q      | Nữ   | 1997     | 21000177 | Tổ 44, Khu 3, Bạch Đằng, Hạ Long  | 0966661 xxx   |
| 104 | Tạ Thị L      | Nữ   | 1953     | 21000357 | Tổ 8, Khu 1, Hà Phong, Hạ Long    | 0982295 xxx   |
| 105 | Trần Thái H   | Nữ   | 1957     | 19008641 | Tổ 3, Khu 4, Hồng Hải, Hạ Long    | 0983160 xxx   |
| 106 | Vũ Đức T      | Nữ   | 1942     | 17016178 | Khu Tân Lập 1, Cẩm Thủy, Cẩm Phả  | 0912585 xxx   |
| 107 | Đặng Quang M  | Nam  | 1969     | 21001819 | Phường Bạch Đằng, Hạ Long         | 0985168 xxx   |
| 108 | Nguyễn Văn H  | Nam  | 1939     | 21002280 | Tổ 3, Khu 7, Hà Tu, Hạ Long       | 0979066 xxx   |
| 109 | Nguyễn Văn L  | Nam  | 1969     | 19014339 | Khu 8, TT Cái Rồng, Vân Đồn       | 0388692 xxx   |
| 110 | Vũ Thị P      | Nữ   | 1951     | 20016021 | Tổ 43, Khu 3, Bạch Đằng, Hạ Long  | 0902500 xxx   |
| 111 | Kiều Quốc V   | Nam  | 1955     | 21000208 | Nà Sẩn, Bản Sen, Vân Đồn          | 0913054 xxx   |

| STT | HỌ VÀ TÊN    | GIỚI | NĂM SINH | MÃ BA    | NƠI Ở                          | SỐ ĐIỆN THOẠI |
|-----|--------------|------|----------|----------|--------------------------------|---------------|
| 112 | Vũ Thị N     | Nữ   | 1945     | 17021448 | Hồng Gai, Hạ Long              | 0813544 xxx   |
| 113 | Trần Thị L   | Nữ   | 1961     | 19022062 | Tổ 3, Khu 7, Hồng Hà, Hạ Long  | 0705834 xxx   |
| 114 | Trần Thị Đ   | Nữ   | 1972     | 17008012 | Tân Lập, Đầm Hà, Hạ Long       | 0795958 xxx   |
| 115 | Trần Thị C   | Nữ   | 1933     | 17017511 | Khe Mâu, Đạp Thanh, Ba Chẽ     | 0343958 xxx   |
| 116 | Trần Thanh S | Nam  | 1937     | 21000544 | Tổ 8, Khu 9, Hồng Hà, Hạ Long  | 0826125 xxx   |
| 117 | Phạm Thị M   | Nữ   | 1943     | 21001720 | Tổ 2, Khu 1, Cao xanh          | 0392534 xxx   |
| 118 | Phạm Quang N | Nam  | 1942     | 21001750 | Tổ 9, Khu 2, Hồng Hà, Hạ Long  | 0836999 xxx   |
| 119 | Nguyễn Thị M | Nữ   | 1960     | 17016993 | Đông Xá, Vân Đồn               | 0912807 xxx   |
| 120 | Lê Thị T     | Nữ   | 1956     | 20049484 | Tổ 2, Khu 6, Cái Rồng, Vân Đồn | 094387xxx     |

