

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

NGUYỄN THANH SƠN

**CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ HIỆU QUẢ
GIẢI PHÁP QUẢN LÝ, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI NHÀ, TỈNH THÁI BÌNH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Thái Bình, năm 2017

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI BÌNH

NGUYỄN THANH SƠN

**CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ HIỆU QUẢ
GIẢI PHÁP QUẢN LÝ, CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI NHÀ, TỈNH THÁI BÌNH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62.72.03.01

Hướng dẫn khoa học:

- 1. PGS. TS Phạm Văn Trọng**
- 2. PGS . TS Kim Bảo Giang**

Thái Bình, năm 2017

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|-------------|--|
| BMI | Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Mỹ |
| CLCS | Chất lượng cuộc sống |
| ĐTĐ | Đái tháo đường |
| EQ – 5D | EuroQol – 5 Dimensions - Khung đánh giá chất lượng cuộc sống châu Âu |
| HbA1c | Glycated hemoglobin - |
| HRQoL | Health Related Quality of Life - Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe |
| QoL | Quality of Life - Chất lượng cuộc sống |
| QWB-SA | Quality of Well-Being Questionnaire – self administered Chất lượng Hạnh phúc và câu hỏi tự quản lý |
| SF 36 | Short Form 36 - Bộ câu hỏi 36 câu đánh giá chất lượng cuộc sống |
| VAS | Visual analogue scale - thang điểm trực giác |
| WHO | World Health Organisation Tổ chức Y tế thế giới |
| WHOQOL BREF | World Health Organisation Quality of Life – Brief Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế Thế giới |

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng trường Đại học Y Dược Thái Bình đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn PGS. TS Phạm Văn Trọng, PGS. TS Kim Bảo Giang, những người thầy đã dành nhiều thời gian hướng dẫn, chỉ bảo và định hướng cho tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình, Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư đã tạo điều kiện ủng hộ, giúp đỡ tôi trong thời gian điều tra, nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban giám hiệu, các cán bộ, giảng viên trường Cao đẳng Y tế Thái Bình đã tạo điều kiện ủng hộ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và thực hiện luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn gia đình, đồng nghiệp, những người bạn đã động viên, khích lệ, tạo điều kiện cho tôi hoàn thành luận án này.

Xin trân trọng cảm ơn.

Thái Bình, tháng 2 năm 2017

Nguyễn Thanh Sơn

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa từng được ai khác công bố trong bất kì công trình nào khác

Thái Bình, ngày 27 tháng 2 năm 2017

Tác giả luận án

Nguyễn Thanh Sơn

MỤC LỤC

| | |
|--|-----|
| ĐẶT VẤN ĐỀ..... | 1 |
| CHƯƠNG I: TỔNG QUAN | 3 |
| 1.1. Bệnh đái tháo đường và đặc điểm bệnh đái tháo đường | 3 |
| 1.2. Kiến thức về bệnh ĐTĐ và một số yếu tố liên quan | 8 |
| 1.3. Chất lượng cuộc sống | 12 |
| 1.4. Tự quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà..... | 25 |
| 1.5. Tình hình nghiên cứu tự quản lý, chăm sóc với bệnh ĐTĐ | 31 |
| CHƯƠNG II: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU | 37 |
| 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu..... | 37 |
| 2.2. Phương pháp nghiên cứu | 39 |
| 2.3. Phương pháp thu thập số liệu | 43 |
| 2.4. Phương pháp xử lý số liệu | 51 |
| 2.5. Sai số có thể gặp và các biện pháp khắc phục..... | 55 |
| 2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu..... | 55 |
| CHƯƠNG III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU | 57 |
| 3.1. Kiến thức của người bệnh và một số yếu tố liên quan | 57 |
| 3.2. Chất lượng cuộc sống theo công cụ SF 36 | 71 |
| 3.3. Chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và VAS | 80 |
| 3.4. Hiệu quả giải pháp quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà..... | 85 |
| CHƯƠNG IV: BÀN LUẬN..... | 95 |
| 4.1. Kiến thức của người bệnh và một số yếu tố liên quan. | 95 |
| 4.2. Chất lượng cuộc sống theo SF 36..... | 102 |
| 4.3. Chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và VAS. | 113 |
| 4.4. Hiệu quả giải pháp can thiệp quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà. | 115 |
| KẾT LUẬN | 124 |
| 1. Kiến thức về ĐTĐ và một số yếu tố liên quan. | 124 |
| 2. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan. | 124 |
| 3. Hiệu quả giải pháp can thiệp. | 125 |

| | |
|-------------------------|-----|
| KHUYẾN NGHỊ..... | 126 |
| TÀI LIỆU THAM KHẢO..... | |

DANH MỤC BẢNG

| | |
|--|----|
| Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, địa bàn | 57 |
| Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn..... | 58 |
| Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp | 59 |
| Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ ăn với địa bàn và giới tính của người bệnh..... | 60 |
| Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ ăn với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh | 61 |
| Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với địa bàn và giới tính của người bệnh | 62 |
| Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh..... | 63 |
| Bảng 3.8. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với địa bàn và giới tính của người bệnh..... | 64 |
| Bảng 3.9. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh..... | 65 |
| Bảng 3.10. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ chăm sóc với địa bàn và giới tính của người bệnh..... | 66 |
| Bảng 3.11. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ chăm sóc với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh..... | 67 |
| Bảng 3.12. Mối liên quan giữa kiến thức chung với địa bàn và giới tính của người bệnh..... | 68 |
| Bảng 3.13. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến..... | 69 |
| Bảng 3.14. Mối liên quan giữa kiến thức với trình độ văn hóa của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến..... | 70 |
| Bảng 3.15. Mối liên quan giữa kiến thức với thời gian điều trị của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến | 70 |

| | |
|---|----|
| Bảng 3.16. Mối liên quan giữa kiến thức với tuổi của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến..... | 71 |
| Bảng 3.17. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo địa bàn..... | 72 |
| Bảng 3.18. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo giới tính..... | 73 |
| Bảng 3.19. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức glucose..... | 74 |
| Bảng 3.20. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức HbA1c..... | 75 |
| Bảng 3.21. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo kiểm soát huyết áp tâm thu. | 76 |
| Bảng 3.22. Liên quan giữa sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần với kiến thức của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến. | 77 |
| Bảng 3.23. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống với biến chứng của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến | 78 |
| Bảng 3.24. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe thể chất qua phân tích hồi quy đa biến..... | 79 |
| Bảng 3.25. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần qua phân tích hồi quy đa biến..... | 79 |
| Bảng 3.26. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo giới..... | 80 |
| Bảng 3.27. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo địa bàn..... | 81 |
| Bảng 3.28. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D theo biến chứng. | 81 |
| Bảng 3.29. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS theo biến chứng. | 82 |
| Bảng 3.30. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D qua phân tích hồi quy đa biến. | 83 |
| Bảng 3.31. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS qua phân tích hồi quy đa biến. | 84 |
| Bảng 3.32. Thay đổi mức kiểm soát BMI của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp. | 85 |
| Bảng 3.33. Thay đổi kiểm soát chỉ số vòng eo của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp..... | 85 |

| | |
|--|----|
| Bảng 3.34. Thay đổi mức kiểm soát huyết áp tâm thu của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp | 86 |
| Bảng 3.35. Thay đổi mức kiểm soát huyết áp tâm trương của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp | 86 |
| Bảng 3.36. Thay đổi mức kiểm soát HbA1c của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp | 88 |
| Bảng 3.38. Thay đổi mức kiểm soát Triglycerid của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp | 89 |
| Bảng 3.39. Thay đổi kiến thức về chế độ ăn của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp | 89 |
| Bảng 3.40. Thay đổi về kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp. | 90 |
| Bảng 3.41. Thay đổi về 8 lĩnh vực chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp theo SF-36. | 91 |
| Bảng 3.42. Thay đổi về sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp theo SF-36. | 93 |
| Bảng 3.43. Thay đổi về chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp theo EQ-5D, VAS. | 93 |

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

| | |
|--|----|
| Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi..... | 57 |
| Biểu đồ 3.2. Phân bố thời gian điều trị | 59 |
| Biểu đồ 3.3. Phân bố kiểm soát đường máu lúc đói | 87 |
| Biểu đồ 3.4. Phân bố kiểm soát Cholesterol | 88 |
| Biểu đồ 3.5. Phân bố kiến thức về chế độ ăn | 60 |
| Biểu đồ 3.6. Phân bố kiến thức về chế độ tập luyện | 62 |
| Biểu đồ 3.7. Phân bố kiến thức về chế độ dùng thuốc..... | 64 |
| Biểu đồ 3.8. Phân bố kiến thức về chế độ chăm sóc..... | 66 |
| Biểu đồ 3.9. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống | 71 |

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính do sự thiếu hụt insulin so với nhu cầu cần thiết của cơ thể. Bệnh đái tháo đường có liên quan đến hàng loạt biến chứng nguy hiểm như là sự tổn thương về dây thần kinh mắt, sự tổn thương về thận và được biết nhiều nhất là các biến chứng thần kinh do bệnh đái tháo đường. Biến chứng này có thể gây phiền toái nghiêm trọng đến đời sống làm việc và sinh hoạt của người bệnh [25].

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), đến tháng 8 năm 2011 số người mắc ĐTĐ trên thế giới là 346 triệu người. Năm 2004, có 3,4 triệu người tử vong do các biến chứng của đái tháo đường. Bệnh ĐTĐ có xu hướng phát triển rất nhanh tại các nước đang phát triển, các nước có sự thay đổi nhanh về kinh tế, lối sống, tốc độ đô thị hoá... trong các nước này có Việt Nam [124]. Năm 2010, tỷ lệ người từ 20 đến 79 tuổi mắc ĐTĐ là 6,4%, năm 2030 dự kiến là 7,7%, từ năm 2010 đến 2030, tỷ lệ mắc ĐTĐ tăng 69% ở các nước đang phát triển và 20% ở các nước phát triển. Bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến tất cả các lứa tuổi và dân tộc, làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ và làm gia tăng gánh nặng về kinh tế cho hệ thống y tế và gia đình người bệnh [98]. Tỷ lệ tử vong ở nam mắc ĐTĐ cao hơn 1,9 lần so với nam không mắc ĐTĐ, tỷ lệ tử vong ở nữ mắc ĐTĐ cao hơn 2,6 lần nữ không mắc ĐTĐ [94].

Tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam đang tăng nhanh. Theo Bộ Y tế, số lượng người mắc bệnh ĐTĐ tăng lên 170% trong 10 năm tới. Có 60% người bệnh ĐTĐ chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời, có 95% người bệnh được chẩn đoán muộn và có các biến chứng của bệnh [30]. Tại Thái Bình, với các đối tượng tuổi từ 30-69 năm 2001, tại khu vực nội thành phố Thái Bình tỷ lệ mắc ĐTĐ là 5,6%; năm 2003, điều tra toàn tỉnh tại 15 xã, phường tỷ lệ mắc là 4,3%. Năm 2004, điều tra 23 xã, phường tỷ lệ mắc là 5,2% và năm 2005, điều tra tại 15 xã, phường cùng trong độ tuổi 30-69 là

6,2%, trong đó có 70,5% chưa được chẩn đoán ĐTĐ và 10,4% đối tượng có rối loạn dung nạp glucose [10], [33].

Quản lý, chăm sóc người bệnh ĐTĐ tại nhà đóng vai trò hết sức quan trọng trong điều trị bệnh và làm tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh. Thiếu thông tin về bệnh, thiếu kỹ năng chăm sóc, tự điều trị, chế độ ăn, chế độ luyện tập, theo dõi và điều trị các biến chứng làm giảm hiệu quả theo dõi, điều trị, giảm chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng bệnh tật cho người bệnh và xã hội. Có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng làm tăng hiệu quả quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà cho người bệnh ĐTĐ, trong đó nguyên lý tự chăm sóc của Orem được áp dụng phổ biến.

Tại Việt Nam, mặc dù có nhiều chương trình, dự án can thiệp cộng đồng nhằm nâng cao chất lượng quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ, tuy nhiên các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống và hiệu quả quản lý, chăm sóc người bệnh ĐTĐ tại nhà vẫn còn nhiều hạn chế. Để tìm hiểu toàn diện chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ tại tỉnh Thái Bình và đánh giá hiệu quả tự chăm sóc, quản lý người bệnh tại nhà theo nguyên lý Orem, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu

1. Mô tả thực trạng kiến thức của người bệnh ĐTĐ type 2 và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Thái Bình năm 2013.
2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Thái Bình năm 2013.
3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp quản lý, chăm sóc người bệnh ĐTĐ type 2 tại nhà tại tỉnh Thái Bình từ năm 2013-2014.

CHƯƠNG 2: TỔNG QUAN

1.1. Bệnh đái tháo đường và đặc điểm bệnh đái tháo đường

1.1.1. Bệnh đái tháo đường

1.1.1.1. Định nghĩa

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một nhóm bệnh chuyển hoá đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do hậu quả của thiếu insulin tương đối hoặc tuyệt đối. Tình trạng tăng đường huyết lâu dài sẽ gây ra nhiều rối loạn chức năng ở các cơ quan, đặc biệt là các mạch máu lớn và mạch máu nhỏ [5], [25].

1.1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường năm 2011

HbA1c lớn hơn hoặc bằng 6,5%

Đường huyết tương lúc đói lớn hơn hoặc bằng 126 mg/dL (7,0 mmol/L) sau một đêm nhịn đói ít nhất sau 8 giờ (ít nhất 2 lần thử)

Đường huyết tương bất kỳ lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (11,1mmol/L) cộng với triệu chứng tăng đường huyết.

Đường huyết tương 2 giờ sau uống 75g Glucose lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (ít nhất 2 lần thử)

Các xét nghiệm chẩn đoán ĐTĐ nên được lập lại để xác định chẩn đoán, trừ trường hợp đã quá rõ như có triệu chứng tăng đường huyết kinh điển [5], [124].

1.1.1.3. Điều trị đái tháo đường

Mục đích của điều trị đái tháo đường:

Làm hạn chế bớt các biến chứng và đưa đường máu về giới hạn bình thường.

Hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng.

Đưa cân nặng về bình thường nhất là người bệnh béo phì.

Nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, đưa người bệnh trở lại học tập và lao động bình thường [5].

Mục tiêu điều trị theo khuyến cáo của hội nội tiết- ĐTD Việt Nam năm 2011 [5]

Glucose máu (mmol/L): Kiểm soát mức tốt từ 4,4-6,1 mmol/l, kiểm soát mức chấp nhận được nhỏ hơn hoặc bằng 7,0 mmol/l, kiểm soát mức kém lớn hơn 7,0 mmol/l

HbA1c (%): Kiểm soát mức tốt nhỏ hơn 6,5%, kiểm soát mức chấp nhận được từ 6,5-7,5%, kiểm soát mức kém trên 7,5%

Huyết áp (mmHg): Kiểm soát mức tốt nhỏ hơn 130/80 mmHg, kiểm soát mức chấp nhận được từ 130/80-140/90 mmHg, kiểm soát mức kém trên 140/90 mmHg.

BMI (kg/m²): Kiểm soát mức tốt từ 18,5-22,9, kiểm soát mức chấp nhận được từ 18,5-22,9, kiểm soát mức kém lớn hơn hoặc bằng 23.

Cholesterol toàn phần (mmol/l): Kiểm soát mức tốt nhỏ hơn 4,5 mmol/l, kiểm soát mức chấp nhận được từ 4,5 đến 5,2 mmol/l, kiểm soát mức kém trên 5,3 mmol/l

HDL-C (mmol/l): Kiểm soát mức tốt trên 1,1 mmol/l , kiểm soát mức chấp nhận được lớn hơn hoặc bằng 0,9 mmol/l, kiểm soát mức kém nhỏ hơn 0,9 mmol/l

Triglycerid (mmol/l): Kiểm soát mức tốt nhỏ hơn 1,5 mmol/l , kiểm soát mức chấp nhận được từ 1,5- đến nhỏ hơn 2,2 mmol/l, kiểm soát mức kém lớn hơn hoặc bằng 2,2 mmol/l

LDL-C (mmol/l): Kiểm soát mức tốt nhỏ hơn 2,5 mmol/l , kiểm soát mức chấp nhận được từ 2,5 đến nhỏ hơn 3,4 mmol/l, kiểm soát mức kém lớn hơn hoặc bằng 3,4 mmol/l

1.1.2. Tình hình bệnh ĐTD trên thế giới

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), đến tháng 8 năm 2011 số người mắc ĐTD trên thế giới là 346 triệu người. Năm 2004, có 3,4 triệu người tử vong do các biến chứng của đái tháo đường. Bệnh ĐTD có xu hướng phát triển rất

nhanh tại các nước đang phát triển, các nước có sự thay đổi nhanh về kinh tế, lối sống, tốc độ đô thị hoá... trong các nước này có Việt Nam. Năm 2010, tỷ lệ người từ 20 đến 79 tuổi mắc ĐTĐ là 6,4%, năm 2030 dự kiến là 7,7%, từ năm 2010 đến 2030, tỷ lệ mắc ĐTĐ tăng 69% ở các nước đang phát triển và 20% ở các nước phát triển. Bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến tất cả các lứa tuổi và dân tộc, làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ và làm gia tăng gánh nặng về kinh tế cho hệ thống y tế và gia đình người bệnh. Theo nghiên cứu của Lee. W.L, tỷ lệ tử vong ở nam mắc ĐTĐ cao hơn 1,9 lần so với nam không mắc ĐTĐ, tỷ lệ tử vong ở nữ mắc ĐTĐ cao hơn 2,6 lần nữ không mắc ĐTĐ [94], [98], [123], [124].

Tại Mỹ, năm 2011, tỷ lệ mắc ĐTĐ toàn quốc là 8,3%, có 18,8 triệu người được chẩn đoán ĐTĐ, 7,0 triệu người chưa được phát hiện và có 79 triệu người tiền ĐTĐ, trong năm 2010, nước Mỹ phát hiện thêm 1,9 triệu người bệnh ĐTĐ mới [53].

Tại Trung Quốc, năm 2010, tỷ lệ mắc ĐTĐ (bao gồm cả người bệnh đã được chẩn đoán và chưa được chẩn đoán) là 9,7%, trong đó nam 10,6% và nữ 8,8%, tỷ lệ tiền ĐTĐ là 15,5% trong đó nam 16,1% và nữ 14,9%) [127].

Tại Ả rập, tỷ lệ mắc ĐTĐ là 12,3%, nam giới có tỷ lệ mắc ĐTĐ là 9,8%, thấp hơn tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nữ là 19,0%. Tại Nepal, tỷ lệ mắc ĐTĐ là 4,8% [55], [83].

1.1.3. Tình hình bệnh đái tháo đường tại Việt Nam

Tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam đang tăng nhanh. Theo Bộ Y tế, số lượng người mắc bệnh ĐTĐ tăng lên 170% trong 10 năm tới. Có 60% người bệnh ĐTĐ chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời, có 95% người bệnh được chẩn đoán muộn và có các biến chứng của bệnh [25].

Theo nghiên cứu của Cao Thị Mỹ Phượng dự báo tại Việt Nam trong 10 năm tới, đối tượng nguy cơ cao tiến triển thành bệnh ĐTĐ là 0,9%. Dự báo tỷ lệ ĐTĐ sẽ tăng 3,3% vào năm 2020 và tỷ lệ ĐTĐ ở người từ 45 tuổi trở lên

đến năm 2020 là 12,8%. Nếu điều chỉnh BMI và vòng bụng theo tiêu chuẩn Châu Á, tỷ lệ ĐTĐ dự báo là 13,6% [30].

Nguyễn Văn Vy Hậu dự báo tại Việt Nam, tỷ lệ người bệnh tiền ĐTĐ trên 45 tuổi bị ĐTĐ là 8,74%, trong đó nam giới là 7,68%, nữ giới là 9,64% [17].

Năm 2010, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ trên toàn quốc là 8%, tiền ĐTĐ là 12,9%, tỷ lệ mắc cao ở nhóm người bệnh trên 55 tuổi, vòng bụng và tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ cao gây tăng huyết áp [2]. Năm 2012, tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc là 5,7%, tỷ lệ người mắc tiền ĐTĐ là 12,8%, khu vực có tỷ lệ mắc ĐTĐ cao nhất là đồng bằng sông Cửu Long (7,2%) và khu vực có tỷ lệ rối loạn dung nạp Glucose cao nhất là miền Đông Nam Bộ (17,5%) [3].

Tỷ lệ mắc ĐTĐ tại Đắc Lắc năm 2012 ở nam là 4,48%; ở nữ là 4,02%. Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nam là 11,77 %, ở nữ là 11,98%, chung toàn tỉnh tỷ lệ mắc ĐTĐ là 4,18%, tiền ĐTĐ là 11,94%. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở thành phố cao hơn nông thôn [41].

Tỷ lệ mắc bệnh Đái tháo đường tại các doanh nghiệp tại Quảng Ninh và Thanh Hóa là 2,6%, trong đó tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ tại Công ty than Cửa Ông chiếm tỷ lệ cao nhất với 3,7% và thấp nhất là Công ty thuốc lá Thanh Hóa là 1,3%. Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ được xác định là BMI cao, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu [29].

Tại Quảng Bình, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ là 4,29%, tiền ĐTĐ là 14,87% (rối loạn dung nạp glucose là 8,4% và rối loạn dung nạp glucose lúc đói là 6,47%). Tỷ lệ ĐTĐ ở nam giới là 5,08%, cao hơn nữ giới là 3,56%. Tỷ lệ mắc ĐTĐ tăng dần theo nhóm tuổi 30-39, 40-49, 50-59 và 60-69 tương ứng là 0,56%, 2,79%, 7,75% và 6,13%. Tỷ lệ ĐTĐ ở đối tượng hưu trí là 6,95%, buôn bán 6,0%, nông dân là 4,11%, cán bộ viên chức 3,4%, công nhân 1,47% và các đối tượng khác là 3,7%. Tỷ lệ ĐTĐ ở vùng ven biển là 9,61%, đồng bằng 3,62% và miền núi 3,3%. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nhóm béo phì theo chỉ số

khối cơ thể là 6,23% cao hơn nhóm không béo phì 3,68%. Tỷ lệ mắc ĐTD ở nhóm tăng huyết áp là 9,59%, cao hơn nhóm không tăng huyết áp 2,91% [4].

Tại Quảng Ngãi, tỷ lệ mắc ĐTD type 2 là 5,5% (nam 5,9%, nữ 5,1%), tỷ lệ mắc tiền ĐTD là 21,4% (nam 20,5%, nữ 22,3%). Tỷ lệ mắc ĐTD type 2 chưa được chẩn đoán 65,2%. Tỷ lệ ĐTD type 2 tại các khu vực: Hải đảo 2,9%, miền núi 3,3%, đồng bằng 6,9%. Tỷ lệ tiền ĐTD tại các khu vực: Hải đảo 17,6%, miền núi 19,2%, đồng bằng 22,9%. Tỷ lệ ĐTD của dân tộc kinh 6,2%, dân tộc khác 2,8%. Tỷ lệ tiền ĐTD dân tộc kinh 22,5%, dân tộc khác 17,5% [31].

Nghiên cứu sàng lọc 515 thai phụ làm nghiệm pháp dung nạp glucose và theo dõi 295 thai phụ đến kết thúc thai kỳ tại khoa Phụ Sản bệnh viện Bạch Mai, trong khoảng thời gian từ tháng 12/2011 đến tháng 8/2012 cho thấy, tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ chẩn đoán theo tiêu chuẩn ADA 2011 là 39% [44].

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 người bệnh trên 45 tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện 198- Bộ Công An cho thấy tỷ lệ người bệnh ĐTD type 2 có tăng huyết áp chiếm 69,2%, trong đó tỷ lệ tăng huyết áp được kiểm soát là 12,5% [42].

Tại Thái Bình, với các đối tượng tuổi từ 30-69 năm 2001 tại khu vực nội thị Thành phố Thái Bình tỷ lệ mắc là ĐTD 5,6%; năm 2004 điều tra 23 xã, phường tỷ lệ mắc là 5,2% và năm 2005 điều tra tại 15 xã, phường cùng trong độ tuổi 30-69 là 6,2% trong đó có 70,5% chưa được chẩn đoán ĐTD và 10,4 % đối tượng có rối loạn dung nạp Glucose [10].

Năm 2012 điều tra toàn tỉnh Thái Bình tại 15 xã, phường tỷ lệ ĐTD type 2 trong độ tuổi 30-69 tại Thái bình là 4,3%, khu vực thành phố là 6,5%, khu vực làng nghề 5,2%, khu vực thị trấn 3,5% và khu vực thuần nông 2,4%. Tỷ lệ ĐTD type 2 tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi 7,51%. Các yếu tố nguy cơ: Chỉ số BMI >23, Tăng HA, Ít vận động thể lực và ăn

nhều đồ ngọt. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ ĐTĐ type 2 là: Gia đình có người bị ĐTĐ, bà mẹ đẻ con trên 4000gr, BMI > 23 và tăng HA [33].

1.2. Kiến thức về bệnh ĐTĐ và một số yếu tố liên quan

1.2.1. Tình hình nghiên cứu về kiến thức bệnh ĐTĐ trên thế giới

Việc kiểm soát đường máu, lipid máu và huyết áp của người bệnh ĐTĐ làm giảm nguy cơ biến chứng của bệnh ĐTĐ. Việc thiếu hụt kiến thức về bệnh của người bệnh ĐTĐ là một trong các nguyên nhân làm giảm tình trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 20-23% người bệnh ĐTĐ biết lượng HbA1C nên được kiểm soát dưới 7% và tỷ lệ tương tự có thể giải thích được mối liên hệ giữa HbA1C với lượng đường máu. Tăng cường kiến thức cho người bệnh ĐTĐ có thể đạt được mục tiêu kiểm soát bệnh ĐTĐ [102].

Padmalatha B và cộng sự (2007) nghiên cứu trên 155 người bệnh ĐTĐ tại Mỹ về kiến thức về bệnh ĐTĐ với mối liên hệ với kiểm soát đường máu của người bệnh, nghiên cứu tình trạng người bệnh: các yếu tố gia đình, xã hội, BMI, thời gian mắc bệnh, số lần khám bệnh ... Nghiên cứu cho thấy 40% người bệnh thiếu hụt về kiến thức bệnh, việc cung cấp kiến thức cho người bệnh có thể đạt được mục tiêu kiểm soát lượng HbA1C dưới 7% trong 6 tháng [102].

Pace A và cộng sự (2006) nghiên cứu về vai trò của kiến thức bệnh ĐTĐ với quá trình tự chăm sóc của người bệnh tại Brazil trên 84 người bệnh ĐTĐ cho thấy có 58% người bệnh ĐTĐ không được giáo dục về bệnh, có 28,6% người bệnh trả lời đúng về bệnh ĐTĐ, có 64% người bệnh nhập viện trong tình trạng bị các biến chứng cấp tính hoặc mạn tính. Nghiên cứu cho thấy thiếu kiến thức về bệnh, các nguyên nhân và triệu chứng ảnh hưởng đến phòng bệnh và phát hiện sớm các biến chứng [101].

Zaheera S và cộng sự (2010) nghiên cứu về kiến thức, thái độ, thực hành của phụ nữ mắc bệnh ĐTĐ trên 570 phụ nữ tại các tiểu vương quốc Ả

rập thống nhất cho thấy có 17,58% người bệnh trả lời đúng 100% các câu hỏi về kiến thức, 15,78% người bệnh trả lời đúng 100% các câu hỏi về thực hành. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có kiến thức tốt về bệnh nhưng thiếu hụt thái độ và thực hành tự chăm sóc bệnh ĐTĐ [129].

Gulabani M và cộng sự (2007) nghiên cứu kiến thức của người bệnh ĐTĐ về điều trị và biến chứng trên 101 người bệnh ĐTĐ điều trị tại bệnh viện cho thấy, có 50,5% người bệnh ĐTĐ biết bệnh ĐTĐ có thể điều trị được, có 63,4% người bệnh ĐTĐ biết bệnh ĐTĐ phải điều trị suốt đời, có 46,5% người bệnh ĐTĐ biết bệnh có thể phòng được và chỉ có 28,7% người bệnh ĐTĐ biết nguyên nhân gây bệnh [78].

Sabri A (2007) nghiên cứu kiến thức về bệnh ĐTĐ trên 240 người bệnh ĐTĐ tại vùng thành thị và nông thôn Parkistan cho thấy các người bệnh ĐTĐ ở thành thị có kiến thức bệnh, quản lý bệnh và kiểm soát các biến chứng của bệnh tốt hơn nhóm người bệnh ĐTĐ sống ở nông thôn [47].

1.2.2. Tình hình nghiên cứu về kiến thức bệnh ĐTĐ tại Việt Nam

Nguyễn Vinh Quang và cộng sự (2011) nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống bệnh ĐTĐ của 13159 đối tượng có độ tuổi từ 30 đến 64 tuổi tại Việt Nam cho thấy có tới 57,0% số đối tượng có kiến thức chung rất thấp (trả lời đúng < 25% số câu hỏi), 26,0% có kiến thức thấp (trả lời đúng 25 - < 50% số câu hỏi), 15,6% có kiến thức trung bình – khá (trả lời đúng > 50 - < 75% số câu hỏi) và chỉ có 1,4% có kiến thức tốt (trả lời đúng \geq 75% số câu hỏi). Có tới 91,9% số đối tượng có kiến thức về yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ rất thấp (trả lời đúng < 25% số câu hỏi), 5,9% có kiến thức thấp (trả lời đúng 25 - < 50% số câu hỏi), 1,9% có kiến thức trung bình – khá (trả lời đúng > 50 - < 75% số câu hỏi) và chỉ có 0,3% có kiến thức tốt (trả lời đúng \geq 75% số câu hỏi). Kiến thức về phòng và điều trị bệnh ĐTĐ cũng thấp, 59,6% số đối tượng có kiến thức rất thấp (trả lời đúng < 25% số câu hỏi), 24,2% có kiến thức thấp (trả lời đúng 25 - < 50% số câu hỏi), 12,2% có kiến

thức trung bình – khá (trả lời đúng > 50 - <75% số câu hỏi) và chỉ có 4,1% có kiến thức tốt (trả lời đúng \geq 75% số câu hỏi) [32].

Lê Phong và cộng sự (2011) nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống bệnh ĐTĐ của 450 đối tượng có độ tuổi từ 30 đến 64 tuổi tại Cao Bằng cho thấy tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung rất kém là 94%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ rất kém là 98,7%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức về phòng và điều trị bệnh ĐTĐ rất kém là 86,2%. Đặc biệt không có đối tượng nào có kiến thức tốt [28].

Nguyễn Trung Kiên và cộng sự (2010) nghiên cứu kiến thức, thực hành của 130 người bệnh ĐTĐ type 2 tại BVĐK tỉnh Hòa Bình, Bạc Liêu cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về các yếu tố nguy cơ, triệu chứng, chế độ dinh dưỡng, chế độ tập luyện, dùng thuốc và các biến chứng của bệnh đái tháo đường lần lượt là 30,00%, 68,46%, 16,15%, 88,46%, 95,38% và 23,08%; tỷ lệ người bệnh có thực hành tốt về chế độ dinh dưỡng, tập luyện, dùng thuốc và phòng ngừa biến chứng lần lượt là 11,54%, 95,23%, 44,62% và 18,46%. Nghiên cứu cũng nhận thấy người bệnh có kiến thức tốt về dinh dưỡng, dùng thuốc và dự phòng biến chứng thì có tỷ lệ thực hành tốt về các lĩnh vực này cao hơn các người bệnh khác [22].

Bùi Thị Khánh Thuận và cộng sự (2009) nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và tập luyện ở người bệnh ĐTĐ type 2 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, TPHCM cho thấy hầu hết người bệnh (100%) đã nhận thức được rằng nên ăn nhiều rau trong các bữa ăn hàng ngày và không nên ăn nhiều trái cây chín. Hơn một nửa số người bệnh (54%) biết được lợi ích của việc tuân thủ chế độ ăn đúng, 58% người bệnh biết thực phẩm nên được chế biến dưới dạng luộc và nấu. Tuy nhiên chỉ có 31% người bệnh biết được rằng không nên bỏ bữa ăn khi không muốn ăn, 7% người bệnh trả lời đúng khi được hỏi người bệnh ĐTĐ nên ăn bao nhiêu bữa một ngày và chỉ có 27% người bệnh biết được loại thực phẩm nào làm tăng đường huyết sau ăn. Rất ít

người bệnh (5%) trả lời đúng việc uống rượu bia đối với người bệnh ĐTĐ. Hầu hết người bệnh (97%) biết không nên ngồi xem tivi nhiều giờ liên tục trong ngày, 97% người bệnh biết được nên tập luyện hàng ngày, 74% người bệnh biết việc tập luyện hàng ngày giúp duy trì cân nặng hợp lý. Tuy nhiên, chỉ có 12% người bệnh biết nên mang theo bánh ngọt khi đi tập thể dục và 44% người bệnh biết nên tập luyện ít nhất 30 phút hàng ngày [39].

1.2.3. Tình hình nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến kiến thức người bệnh đái tháo đường

Murata GH và cộng sự (2003) nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức trên 180 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Mỹ cho thấy tỷ lệ kiến thức thấp ($64,9 \pm 15,3\%$). Kết quả phương trình hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy tuổi, số năm học, thời gian điều trị, khả năng nhận thức, giới và mức độ áp lực là các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức người bệnh ĐTĐ type 2, trong đó tuổi và mức độ áp lực làm giảm kiến thức của người bệnh [74].

Pongmesa T và cộng sự (2008) nghiên cứu tại Thái Lan so sánh kiến thức bệnh ĐTĐ của người bệnh tại Bangkok và các thành phố thuộc tỉnh khác cho thấy điểm cao nhất về kiến thức của người bệnh là 42 điểm. Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến xác định trình độ học vấn, tuổi, gia đình hoặc bạn bè có người bị ĐTĐ là các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của người bệnh [107].

Adibe Maxwell O và cộng sự (2009) nghiên cứu kiến thức của người bệnh ĐTĐ type 2 tại Nigeria cho thấy các yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn và thời gian mắc bệnh là các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của người bệnh ĐTĐ [45].

Nghiên cứu của Ahmad Ayaz Sabri tại Pakistan cho thấy có mối liên quan về kiến thức giữa người bệnh ở thành phố với người bệnh ở nông thôn, trong đó người bệnh ở thành phố có kiến thức chung, kiến thức về quản lý bệnh và theo dõi các biến chứng tốt hơn các người bệnh ở nông thôn [47].

Kết quả nghiên cứu của Adibe Maxwell tại Nigeria cho thấy người bệnh nữ có kiến thức về bệnh ĐTD tốt hơn người bệnh nam. Sự khác nhau có thể do chủng tộc, môi trường sống, điều kiện tự nhiên, kinh tế xã hội ở các quốc gia, vùng lãnh thổ khác nhau có thể ảnh hưởng khác nhau đến kiến thức chung về bệnh [45].

Có mối liên quan giữa kiến thức chung của người bệnh với kiểm soát glucose máu. Người bệnh có kiến thức càng tốt thì lượng glucose máu lúc đói càng thấp, càng gần với mục tiêu điều trị. Nghiên cứu của Van der Heide cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa kiến thức của người bệnh với việc kiểm soát glucose máu, những người bệnh có kiến thức chung thấp có lượng glucose máu và lượng HbA1c cao [117]. Theo Al-Qazaz HKh, khi nghiên cứu 505 người bệnh ĐTD type 2 cho thấy có mối liên hệ giữa kiến thức bệnh với kiểm soát glucose máu, người bệnh có kiến thức tốt có lượng glucose máu ở mức thấp [50].

1.3. Chất lượng cuộc sống

1.3.1 Khái niệm chất lượng cuộc sống

Theo định nghĩa của trung tâm phòng chống bệnh tật Mỹ (CDC), CLCS là một khái niệm rất rộng, bao gồm nhiều khía cạnh, nó thường xuyên đánh giá cả khía cạnh tích cực và tiêu cực trong cuộc sống. Mặc dù sức khỏe là một phần rất quan trọng trong CLCS, tuy nhiên các yếu tố khác cũng rất quan trọng như công việc, nhà ở, trường học, hàng xóm. Các yếu tố khác như văn hóa, vật chất, tinh thần cũng là những yếu tố quan trọng tạo nên chất lượng cuộc sống [61].

Khái niệm chất lượng cuộc sống (QoL) bao gồm các cách mà cá nhân đo lường trạng thái của nhiều đặc điểm trong cuộc sống của họ. Những đánh giá này bao gồm những xúc cảm phản ứng lại các sự việc xảy ra trong cuộc sống, tính tình, sự đáp ứng và hài lòng của các giác quan, sự hài lòng với công việc và các mối quan hệ cá nhân [70].

Theo Sharma R.C (1990), thì CLCS là một khái niệm phức tạp, nó đòi hỏi sự thỏa mãn cộng đồng chung xã hội, cũng như những khả năng đáp ứng được nhu cầu cơ bản của chính bản thân xã hội. Trong tác phẩm nổi tiếng “Dân số, tài nguyên, môi trường và chất lượng cuộc sống”, ông đã định nghĩa: “Chất lượng cuộc sống là sự cảm giác được hài lòng (hạnh phúc hoặc thỏa mãn) với những nhân tố của cuộc sống, mà những nhân tố đó được coi là quan trọng nhất đối với bản thân một con người. Thêm vào đó, chất lượng là sự cảm giác được hài lòng với những gì mà con người có được. Nó như là cảm giác của sự đầy đủ hay là sự trọn vẹn của cuộc sống”. Theo R.C.Sharma thì mức sống của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng xã hội được coi là yếu tố quan trọng để tạo ra CLCS [38].

Trong xã hội hiện đại, khái niệm chất lượng cuộc sống thường được đồng nhất với khái niệm thoải mái tối ưu. Trong đó, mối quan tâm chính của việc nâng cao chất lượng cuộc sống là tạo ra một trạng thái thoải mái về vật chất và tinh thần, là tăng cường thời gian nghỉ ngơi. Sự tối ưu hóa mức độ thoải mái được thể hiện trong sự đa dạng hóa các sản phẩm tiêu dùng mà mỗi cộng đồng xã hội, mỗi gia đình hay mỗi cá nhân có được [38].

Nội dung khái niệm CLCS đã được William Bell mở rộng toàn diện hơn. Theo ông, CLCS thể hiện ở 12 đặc trưng:

- (1) An toàn thể chất cá nhân
- (2) Sung túc về kinh tế
- (3) Công bằng trong khuôn khổ pháp luật
- (4) An ninh quốc gia được đảm bảo
- (5) Bảo hiểm lúc già yếu và ốm đau
- (6) Hạnh phúc về mặt tinh thần
- (7) Sự tham gia của mỗi cá nhân vào đời sống xã hội
- (8) Bình đẳng về giáo dục, y tế
- (9) Chất lượng đời sống văn hóa

(10) Quyền tự do công dân

(11) Chất lượng môi trường kỹ thuật

(12) Chất lượng môi trường sống và khả năng chống ô nhiễm

Trong đó, ông nhấn mạnh nội dung “An toàn” và đã khẳng định CLCS được đặc trưng bằng sự an toàn trong một môi trường tự nhiên trong lành và môi trường xã hội lành mạnh [38].

Để định lượng khái niệm CLCS, ở Thái Lan đã xây dựng 37 chỉ tiêu phản ánh các nội dung cốt lõi của CLCS là ăn, mặc, nhà ở và môi trường, sức khỏe, giáo dục và thông tin, an toàn, việc làm. Từ đó, đưa ra tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống theo 3 mức: yếu kém (1 sao), trung bình (2 sao) và khá (3 sao) [38].

Như vậy, có thể hiểu chất lượng cuộc sống là sự phản ánh, sự đáp ứng những nhu cầu của xã hội, trước hết là nhu cầu về vật chất cơ bản tối thiểu của con người. Mức đáp ứng đó càng cao thì CLCS càng cao. Bên cạnh đó, CLCS còn được gắn liền với môi trường và sự an toàn của môi trường. Một cuộc sống sung túc là một cuộc sống được đảm bảo bởi những nguồn lực cần thiết như cơ sở hạ tầng hiện đại, các điều kiện vật chất và tinh thần đầy đủ. Đồng thời, con người phải được sống trong một môi trường tự nhiên trong lành, bền vững, không bị ô nhiễm; một môi trường xã hội lành mạnh và bình đẳng, không bị ảnh hưởng bởi các vấn nạn xã hội [38].

Từ những phân tích trên, có thể quan niệm về chất lượng cuộc sống như sau: CLCS là một chỉ số tổng hợp thể hiện về trí tuệ, tinh thần và vật chất của con người, là mục tiêu phấn đấu nhằm đáp ứng sự phát triển bền vững của mọi quốc gia. CLCS càng cao thì con người càng có nhiều khả năng lựa chọn trong việc phát triển cá nhân và trong hưởng thụ các giá trị vật chất và tinh thần mà xã hội đã tạo ra.

1.3.2. Khái niệm chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe

Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) là một dạng đặc biệt của CLCS có liên quan đến các khía cạnh sức khỏe trong khi vẫn có những thành phần cơ bản tạo ra CLCS chung. HRQoL đã được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau và được đo lường bằng nhiều công cụ. Có sự khác biệt rất ít giữa sức khỏe và CLCS và hai khái niệm này có thể được đánh giá theo cùng một cách [61], [96].

Mặc dù các nhà khoa học đã có nhiều nghiên cứu về xã hội, sức khỏe và tàn tật để định nghĩa chất lượng cuộc sống, tuy nhiên, cách tiếp cận để đánh giá CLCS có sự khác biệt khá rõ. Trong y tế, khái niệm về CLCS được hiểu theo nghĩa hẹp hơn, bao gồm các vấn đề có liên quan đến sức khỏe, có thể bị ảnh hưởng bởi các đánh giá lâm sàng và tình trạng lâm sàng của người bệnh. Theo khái niệm này, chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh tật và các phương pháp điều trị [58].

Theo WHO, HRQoL được định nghĩa là sự nhận thức về vị trí cuộc sống của họ trong bối cảnh về hệ thống văn hóa và giá trị trong môi trường mà họ đang sống, có liên quan đến mục tiêu, mong đợi, tiêu chuẩn và sự quan tâm của họ. Đây là khái niệm rộng bị ảnh hưởng rất phức tạp bởi tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần, mức độ tự chủ, mối quan hệ xã hội và các mối quan hệ khác với các đặc trưng nổi bật trong môi trường sống của họ [58].

Theo định nghĩa của trung tâm phòng chống bệnh tật Mỹ (CDC), chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (HRQoL) được phân tích trên phương diện cá nhân và cộng đồng. HRQoL của cá nhân là sự nhận thức của cá nhân về tình trạng sức khỏe thể chất và tâm thần của mình và mối quan hệ của chúng, bao gồm yếu tố nguy cơ đến sức khỏe và tình trạng sức khỏe, tình trạng phụ thuộc, sự hỗ trợ của xã hội, và điều kiện kinh tế xã hội. HRQoL của cộng đồng bao gồm các nguồn lực, điều kiện, chính sách và các hoạt động

ảnh hưởng đến nhận thức về sức khỏe của cộng đồng và tình trạng phụ thuộc [61].

Sử dụng HRQoL trong nhận thức về sức khỏe thể chất, tâm thần và chức năng đã trở thành một nội dung quan trọng trong các điều tra về sức khỏe và được xem xét như là một chỉ số quan trọng trong các điều tra về dịch vụ và đánh giá hiệu quả các can thiệp. Tự đánh giá tình trạng sức khỏe cũng chứng minh trở thành công cụ quan trọng trong dự đoán tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong hơn các đo lường về y tế khác. Đo lường HRQoL có thể chứng minh một cách khoa học các ảnh hưởng của sức khỏe tới CLCS và giúp xem xét cẩn thận những hạn chế của các tác động đến sức khỏe đang được triển khai. [69], [71].

Tập trung xây dựng HRQoL thành tiêu chuẩn quốc gia về sức khỏe có thể giúp vượt qua rào cản giữa những quy tắc, giữa xã hội, tâm lý và các dịch vụ y tế. Có nhiều chính sách quốc gia được thay đổi dưới nhu cầu đo lường HRQoL để cung cấp những đánh giá truyền thống của y tế công cộng về tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh. Sức khỏe cho mọi người giai đoạn 2000, 2010 đến 2020 xác định nâng cao chất lượng cuộc sống là mục tiêu trọng tâm của sức khỏe cộng đồng. HRQoL liên quan đến tự chăm sóc các bệnh mạn tính (ĐTĐ, ung thư vú, viêm khớp, tăng huyết áp) và các yếu tố nguy cơ của bệnh (BMI, ít hoạt động thể lực, hút thuốc lá) [61].

Đo lường HRQoL có thể giúp xác định gánh nặng của phòng bệnh, chấn thương và tàn tật, có thể cung cấp những mối liên hệ có giá trị giữa HRQoL và các yếu tố nguy cơ. Đo lường HRQoL sẽ giúp quản lý quá trình thực hiện các mục tiêu quốc gia về y tế. Việc phân tích các số liệu điều tra về HRQoL sẽ giúp xác định các hạn chế của các chương trình y tế và giúp điều chỉnh nâng cao hiệu quả các chương trình này và tránh được nhiều hậu quả có hại. Việc giải thích và cung cấp các số liệu về HRQoL có thể giúp xác định

các chính sách, quy định y tế, giúp phân phối các nguồn lực hiệu quả và quản lý, đánh giá hiệu quả của các can thiệp cộng đồng [61].

1.3.3. Các công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống trong bệnh ĐTĐ

Các công cụ chung đánh giá chất lượng cuộc sống là không phù hợp cho đo lường toàn diện trong một loại bệnh cụ thể. Tuy nhiên, có một số công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống được sử dụng phổ biến có cơ bản đánh giá được chất lượng cuộc sống của người bệnh.

1.3.3.1. Công cụ đánh giá CLCS của tổ chức Y tế Thế giới WHOQOL BREF

WHOQOL BREF (Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của Tổ chức Y tế Thế giới) đã được chứng minh có giá trị ở những người mắc bệnh tiểu đường type 2. Việc phát triển công cụ WHOQOL-BREF là một dự án đa quốc gia, nó thích hợp cho sử dụng cho nhiều quốc gia khác nhau. Bốn lĩnh vực được đánh giá là thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường, thông qua một tập hợp của 26 câu hỏi có thể tự đánh giá. Các câu hỏi được trả lời sử dụng 5 điểm theo thước đo của Likert, các câu trả lời “không hài lòng”, “hài lòng” “hoàn toàn hài lòng” được người trả lời liên quan đến lĩnh vực đang được điều tra. Công cụ WHOQOL-BREF là công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống tốt có giá trị và độ tin cậy [122].

Nhiều tác giả đã sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF để đánh giá hiệu quả của giáo dục bệnh ĐTĐ cho các người bệnh mới mắc bệnh ĐTĐ type 2. Việc sử dụng công cụ này cho phép đánh giá sự hài lòng tổng thể với chất lượng cuộc sống, tổng thể hài lòng với sức khỏe, chất lượng thể chất cuộc sống, chất lượng tâm lý của cuộc sống, chất lượng xã hội của cuộc sống và chất lượng môi trường của cuộc sống [69].

1.3.3.2. Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36

SF-36 (Short Form-36 Điều tra y tế) bao gồm 36 câu hỏi đánh giá 8 khái niệm sức khỏe: hoạt động thể chất, vai trò của thể chất, đau, nhận thức sức khỏe nói chung, sức sống, hoạt động xã hội, vai trò của tình cảm, và sức

khỏe tâm thần. Mất 5-10 phút để trả lời bộ câu hỏi. Các câu hỏi so sánh "có / không" hoặc đánh giá 6 điểm theo thang điểm của Likert từ 'Không' cho đến 'rất nghiêm trọng'. Kết quả 36 điểm sau đó được tổng kết và chuyển đổi thành theo thang điểm từ 0 (tử vong) đến 100% (hoàn toàn khỏe mạnh) [85].

Các nghiên cứu cho thấy SF-36 là có giá trị nhất khi so sánh CLCS của người bệnh mắc các bệnh khác nhau với người hoàn toàn khỏe mạnh. Mills và cộng sự (2003) báo cáo về việc sử dụng SF-36 để đánh giá những thay đổi phát sinh từ một thử nghiệm 3 năm cho người bệnh tham gia mô hình trung tâm lập kế hoạch chăm sóc tại Nam Úc, 389 người bệnh ĐTĐ type 2 được tạo kế hoạch quản lý, giới thiệu cho các chuyên gia y tế và giáo dục bệnh ĐTĐ phù hợp với thực hành tốt nhất. Các chu kỳ hàng năm của chăm sóc được duy trì và sử dụng công cụ SF-36 để đánh giá CLCS được thực hiện khi bắt đầu, 1,5 năm và sau 3 năm tham gia chương trình [69].

Một thử nghiệm ngẫu nhiên trong hai năm về hiệu quả của các can thiệp y tế chuyên nghiệp vào các yếu tố nguy cơ biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ. SF-36 đã được đánh giá ở thời điểm bắt đầu và sau hai năm theo dõi. SF-36 là công cụ khảo sát thiết kế cần thiết để đánh giá cụ thể cho sự thay đổi sức khỏe chức năng đầy đủ phản ánh được CLCS [69].

1.3.3.3 QWB-SA (Chất lượng Hạnh phúc và câu hỏi tự quản lý)

QWB-SA là một công cụ tiêu chuẩn cho phép đánh giá nhanh chóng các tiện ích sức khỏe từ một số lượng lớn của người dân với các quốc gia y tế đa dạng. Tiện ích y tế được sử dụng để phân tích kết quả sức khỏe, một số giữa 0 và 1 được sử dụng để đánh giá tình trạng sức khỏe của cá nhân. Sức khỏe hoàn hảo có giá trị là 1. Chết có một giá trị là 0 [69].

QWB-SA bao gồm năm phần. Phần một đánh giá triệu chứng cấp tính và 18 triệu chứng mạn tính, với dạng câu trả lời có/không. 25 triệu chứng cấp tính và 11 triệu chứng sức khỏe tâm thần là các vấn đề người bệnh cần trả lời về sự có mặt trong 3 ngày qua. Phần 2 đến 5 khám phá khả năng tự chăm sóc,

di động, hoạt động thể chất, và các hoạt động xã hội. Việc trả lời tình trạng của người bệnh trong 3 ngày qua được đánh giá theo dạng câu hỏi có/không như phần 1. Tổng cộng điểm số được sử dụng để đánh giá CLCS. Mỗi người bệnh mất khoảng 14 phút để hoàn thành các câu hỏi [69].

Coffey (2002) sử dụng công cụ-SA QWB để mô tả các tiện ích sức khỏe liên quan với bệnh tiểu đường và các phương pháp điều trị, biến chứng và bệnh tật. Sử dụng công cụ này cho phép nhanh chóng đánh giá 2.048 người tham gia với tình trạng sức khỏe đa dạng vào nghiên cứu. Tabaei (2004) cũng được sử dụng QWB SA trong nghiên cứu mô tả cắt ngang để đánh giá CLCS người bệnh ĐTĐ [69].

1.3.3.4. *EUROQOL (chất lượng cuộc sống châu Âu) hay EQ-5D*

EQ-5D là bộ công cụ tự đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh được chứng minh có giá trị đánh giá CLCS của cá nhân và cộng đồng do nhóm nghiên cứu CLCS châu Âu phát triển. Bộ câu hỏi gồm có 5 khía cạnh phản ánh sức khỏe thể lực và tinh thần: đi đứng (mobility), đau nhức (pain and discomfort), tự chăm sóc (self-care), lo lắng (anxiety / depression), hoạt động hàng ngày (daily activities). Mỗi câu hỏi có 3 câu trả lời. Tổng cộng có 245 tình trạng sức khỏe. Hiện tại bộ công cụ được dịch ra 60 thứ tiếng khác nhau. Các tình trạng sức khỏe được chuyển đổi sang điểm CLCS từ -0,594 đến 1 theo phương pháp “Trao đổi thời gian” (Time trade off) [43].

Thang điểm trực giác (VAS): Phương pháp “Thang điểm trực giác” – Nghiên cứu viên sử dụng một thang điểm tương tự như nhiệt kế được chia độ từ 0 (rất trầm trọng) – 100 (hoàn toàn khỏe), và đề nghị người trả lời đánh dấu vị trí tương ứng với tình trạng sức khỏe của mình trên thang điểm đó [43].

Một số hệ số chất lượng sống có thể tham khảo qua bảng sau đây:

| Tình trạng sức khỏe | Mô tả tình trạng sức khỏe | Hệ số chất lượng sống |
|---------------------|--|-----------------------|
| 11111 | Không có vấn đề gì (hoàn hảo) | 1,000 |
| 11221 | Đi đứng bình thường; tự chăm sóc và tự vệ sinh cá nhân; đau nhức; không buồn chán | 0,760 |
| 22222 | Khó khăn trong đi đứng; khó khăn trong việc tự chăm sóc; đau nhức; hay buồn rầu | 0,516 |
| 12321 | Đi đứng bình thường; khó khăn trong việc tự mặc quần áo; không thể làm các việc hàng ngày; hay đau nhức; không bị trầm cảm | 0,329 |
| 21123 | Đi đứng khó khăn; có thể tự mặc quần áo; có thể tự chăm sóc; hay đau nhức; bị trầm cảm | 0,222 |
| 23322 | Đi đứng khó khăn; không thể tự làm vệ sinh cá nhân; không làm những việc hàng ngày; hay đau nhức; bị trầm cảm | 0,079 |
| 33332 | Nằm một chỗ; không thể tự làm vệ sinh cá nhân; không làm những việc hàng ngày; hay đau nhức; bị trầm cảm | -0,429 |

1.3.4. Tình hình nghiên cứu chất lượng cuộc sống và các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS ở người bệnh ĐTD trên thế giới

1.3.4.1. Sử dụng SF-36 đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTD

Về hoạt động thể chất: Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số về hoạt động thể chất của người bệnh là

70,12 điểm [128]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số hoạt động thể chất của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 72,06 điểm [92]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực của người bệnh ĐTD là 74,7 điểm [66].

Về các hạn chế do sức khỏe thể lực: theo nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc, điểm số trung bình về các hạn chế do sức khỏe thể lực là 46,12 điểm [128]. Điểm số này trong nghiên cứu của Lau CY tại Mỹ là 64,27 điểm [92].

Về cảm giác đau: Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về cảm giác đau của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 65,21 điểm [92]. Nghiên cứu khác của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số về cảm giác đau của người bệnh là 68,32 điểm [128]

Về sức khỏe chung: nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy điểm số về sức khỏe chung là thấp nhất trong 8 lĩnh vực đánh giá [20]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số về sức khỏe chung của người bệnh là 47,74 điểm [128]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe chung của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 56,69 điểm [92].

Về sinh lực: theo Lau CY tại Mỹ, điểm số về sinh lực của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 48,18 điểm [92]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số về sinh lực của người bệnh là 60,55 điểm [128].

Về hoạt động xã hội: Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số về hoạt động xã hội của người bệnh là 64,33 điểm [128]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về hoạt động xã hội của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 78,48 điểm [92].

Về các hạn chế do dễ xúc động: Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTD type 2 thấy điểm số của người bệnh là 48,34

điểm [128]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về các hạn chế do dễ xúc động của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 70,07 điểm [92].

Về sức khỏe tinh thần: Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe tinh thần của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 58,42 điểm [92]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc thấy điểm số của người bệnh là 60,11 điểm [128].

Sức khỏe thể chất: theo nghiên cứu của Laura, điểm số về sức khỏe thể chất là 46,2 điểm [93]. Nghiên cứu của Lau CY tại Mỹ cho thấy, điểm số về sức khỏe thể chất của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 44,45 điểm [92].

Sức khỏe tâm thần: theo nghiên cứu của Laura, điểm số về sức khỏe tâm thần là 54,6 điểm [93]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe tâm thần của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 45,13 điểm [92].

1.3.4.2. Sử dụng công cụ EQ-5D đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTĐ.

Theo nghiên cứu của Solli O tại Na uy cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống là 0,81, qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 là lo lắng về hạ glucose máu, biến chứng tim mạch, biến chứng thần kinh và hạn chế làm việc, các yếu tố này làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [113], theo nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản, điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ là 0,86, chất lượng cuộc sống của người bệnh có biến chứng thấp hơn ở người bệnh không có biến chứng [110]. Nghiên cứu của Langkilde cho thấy, chất lượng cuộc sống theo EQ 5D của người bệnh ĐTĐ là 0,85 [91].

Nghiên cứu của Janssen cho thấy, chất lượng cuộc sống theo EQ-5D của người bệnh từ 0,20 (những người bệnh có biến chứng thận) đến 0,88 (những người bệnh kiểm soát tốt HbA1c) [84].

Grandy nghiên cứu hiệu quả của thuốc dapagliflozin đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ, điểm số trung bình EQ-5D ở nhóm can thiệp

và nhóm chứng là 0,85 (0,16) và 0,82 (0,15), sau 2 năm can thiệp, điểm số trung bình ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là 0,85 (0,19) và 0,84 (0,19), không có sự khác biệt về chất lượng cuộc sống của người bệnh sử dụng thuốc dapagliflozin và nhóm người bệnh sử dụng thuốc khác [77].

Theo Ye Wang nghiên cứu chất lượng cuộc sống trên 729 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Singapore cho thấy, điểm số trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh theo EQ-5D là 0,84 (0,22), điểm số chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS là 78,07 (17,65) [120].

Nghiên cứu của Pattanaphesaj tại Thái Lan trên 117 người bệnh ĐTĐ sử dụng insulin cho thấy, điểm số trung bình chất lượng cuộc sống theo EQ-5D là 0,70 (0,57-0,79), có mối liên hệ chặt chẽ giữa công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống EQ-5D với bộ công cụ SF36 [104].

Theo nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản, điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ đánh giá theo VAS là 74,3, biến chứng thận và thần kinh và HbA1c có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, tuổi, giới tính không có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [110], nghiên cứu của Langkilde cho thấy, chất lượng cuộc sống theo VAS của người bệnh ĐTĐ là 72,5 [91].

Nghiên cứu của Grandy cho thấy điểm số trung bình VAS ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là 72,5 (19,5) and 73,7 (15,6), sau 2 năm can thiệp, điểm số trung bình ở nhóm can thiệp và nhóm chứng là 79,8 (13,3) and 78,2 (12,1), không có sự khác biệt về chất lượng cuộc sống của người bệnh sử dụng thuốc dapagliflozin và nhóm người bệnh sử dụng thuốc khác [77].

Golicki D so sánh chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 với người bình thường bằng công cụ EQ-5D và VAS cho thấy, người bệnh ĐTĐ có điểm số trung bình chất lượng cuộc sống thấp hơn người bình thường ở tất cả các nhóm tuổi [75].

1.3.4.3. Sử dụng công cụ WHOQOL BREF đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTĐ

Ali Gholami sử dụng công cụ WHOQOL BREF để đánh giá chất lượng cuộc sống của 1847 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Iran. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo công cụ WHOQOL BREF là 12,18, điểm số cao nhất đạt được trong mối quan hệ xã hội (12,66), điểm số thấp nhất ở lĩnh vực sức khỏe (11,73). Các yếu tố trình độ văn hóa, tình trạng hôn nhân và thu nhập gia đình có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 [49].

Vishakha Jain sử dụng công cụ WHOQOL BREF để so sánh chất lượng cuộc sống của 70 người bệnh ĐTĐ và 70 người bình thường tại Ấn Độ, kết quả cho thấy, chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ thấp hơn người bình thường ở 4 khía cạnh đánh giá (sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, quan hệ xã hội và điều kiện môi trường) [119].

1.3.5. Tình hình nghiên cứu chất lượng cuộc sống tại Việt Nam

Lê Việt Thắng và cộng sự (2012) khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ sử dụng bộ công cụ SF 36. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống của nhóm NGƯỜI BỆNH suy thận $40,78 \pm 19,37$ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NGƯỜI BỆNH bình thường $90,71 \pm 6,93$. Các yếu tố như Hemoglobin máu, Nồng độ ure máu, Nồng độ albumin máu, Nồng độ CRP máu ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến chất lượng cuộc sống [35].

Hoàng Bùi Bảo vào cộng sự (2012) nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối sử dụng công cụ SF 36 ở 157 người bệnh cho thấy chất lượng cuộc sống người bệnh ở mức trung bình, trong đó sức khỏe thể chất là $46,75 \pm 15,34$, sức khỏe tinh thần là $47,5 \pm 14,66$, sức

khỏe chung $49,06 \pm 14,61$ và chỉ số SF-36 có tương quan nghịch với nồng độ Ure, Creatinin máu [1].

Phạm Văn Minh và cộng sự (2013) đã bước đầu đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh tổn thương tủy sống do chấn thương sử dụng bộ công cụ EQ-5D. Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh tăng lên rõ rệt sau 4 tuần điều trị, có mối liên quan giữa mức độ tổn thương ASIA với sự thay đổi chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, không thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương và vị trí tổn thương với sự thay đổi chất lượng cuộc sống [27].

Võ Thị Xuân Hạnh và cộng sự (2010) nghiên cứu mối liên hệ giữa các yếu tố dân số xã hội và bệnh mạn tính với chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở 1003 người trưởng thành sống tại thành phố Hồ Chí Minh sử dụng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống DUKE, kết quả cho thấy nam giới có điểm CLS-SK cao hơn nữ ở lĩnh vực Sức khỏe thể chất (SKTC) và tâm thần (SKTT). Đối với Sức khỏe xã hội (SKXH), nam có điểm cao hơn khi đang có việc làm và ngược lại. Người tự đánh giá kinh tế gia đình khá và có hoạt động thể lực đều đặn có điểm CLS-SK cao ở tất cả các lĩnh vực. Người có bệnh mạn tính có điểm SKTC và SKTT thấp. Người có càng nhiều bệnh mạn tính thì điểm SKTT càng thấp, sự giảm điểm này trên người lớn tuổi nhiều hơn so với người trẻ tuổi [16].

1.4. Tự quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà

1.4.1. Định nghĩa

Theo nguyên lý điều dưỡng của Orem, tự chăm sóc là các hoạt động thực hành mà các cá nhân được làm quen và thực hiện như thói quen để duy trì cuộc sống, sức khỏe và sự thoải mái. Có sự thận trọng trong việc chọn các hoạt động có giá trị hoặc các tác nhân ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường của mọi người, từ đó phát triển cho các cá nhân khác. Tự chăm sóc là

quá trình học tập và tự định hướng các hoạt động của cá nhân. Khi thực hiện có hiệu quả, tự chăm sóc ảnh hưởng đến cuộc sống, sức khỏe và sự thoải mái của cá nhân [68]. Tự chăm sóc là một hoạt động của con người được tham khảo từ các hoạt động, bao gồm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Cá nhân tìm kiếm kiến thức và thông tin phát sinh từ các tình trạng thực tế. Giai đoạn này phản ánh suy nghĩ của cá nhân và sự hiểu biết về tình trạng cụ thể. Có nên thay đổi tình trạng hiện tại không? Thay đổi như thế nào? Những điều kiện gì đang có, hiệu quả của những hoạt động thay đổi là gì trước khi thực hiện hoạt động. Có hai nhóm kiến thức mà người bệnh cần: kiến thức từ kinh nghiệm sẵn có liên quan đến tình trạng hiện tại và kiến thức mới mà người bệnh quan sát thấy, giá trị của những kiến thức mới và vận dụng kiến thức này vào trong tình trạng hiện tại và các tình trạng sức khỏe khác. Kiến thức là rất quan trọng cho các hoạt động có chủ đích, bao gồm kiến thức khoa học và kiến thức xã hội.

- Giai đoạn 2: Giai đoạn thực hiện các hoạt động mà người bệnh đang tìm kiếm. Đây là giai đoạn quan trọng bởi vì giai đoạn này xác định các hoạt động nào mà người bệnh đang cần và có thể chuyển thành các hoạt động thường xuyên. Nếu các hoạt động được cung cấp không đáp ứng được nhu cầu hoặc không chứng minh được hiệu quả thì người bệnh sẵn sàng điều chỉnh sang các hoạt động khác [87].

Tự chăm sóc rất cần thiết trừ khi người bệnh đối mặt với ít vấn đề sức khỏe cần điều chỉnh hoặc cần thay đổi hành vi. Sự cần thiết của tự chăm sóc phát sinh từ các bệnh, chấn thương, tàn tật, các vấn đề sức khỏe mà cá nhân, cộng đồng cần điều chỉnh các hành vi sức khỏe. Mỗi cá nhân cần nâng cao năng lực tự chăm sóc bởi vì các yếu tố tác động đến sức khỏe mỗi người là khác nhau, các nhu cầu về điều trị của mỗi người là khác nhau [105].

Tự chăm sóc xuất hiện khi cá nhân thực hiện các hoạt động có chủ đích để đạt được yêu cầu tự chăm sóc. Khả năng thực hiện tự chăm sóc đạt được

thông qua quan sát, khám phát và thực hành. Các hoạt động đều xuất hiện trong các hoàn cảnh xã hội cụ thể. Tất cả mọi người đều có khả năng phát triển các kỹ năng tự chăm sóc để đáp ứng nhu cầu của mình [87].

Sự mất cân bằng giữa các dịch vụ y tế được cung cấp và nhu cầu của người bệnh về các dịch vụ y tế phát sinh ra sự thiếu hụt về tự chăm sóc. Những người bệnh thiếu hụt tự chăm sóc đều cần các điều dưỡng, bởi vì những người này không có khả năng đạt được nhu cầu tự chăm sóc của mình. Để cung cấp sự thiếu hụt tự chăm sóc cho người bệnh, điều dưỡng có thể cung cấp cho người bệnh 3 dịch vụ: cung cấp dịch vụ điều dưỡng toàn diện, cung cấp một phần dịch vụ điều dưỡng và cung cấp dịch vụ hỗ trợ phát triển. Điều dưỡng lựa chọn dịch vụ nào phụ thuộc vào tình trạng cụ thể của người bệnh, các dịch vụ có thể là các hoạt động điều dưỡng, tư vấn, hướng dẫn hoặc giảng dạy ... Thông qua 3 dịch vụ này, điều dưỡng sẽ đánh giá sự thiếu hụt của người bệnh, từ đó xây dựng kế hoạch, thực hiện và đánh giá các hoạt động điều dưỡng để cung cấp trực tiếp cho người bệnh. Trong 3 dịch vụ trên, dịch vụ hỗ trợ phát triển là dịch vụ cơ bản vì có hiệu quả khi cung cấp dịch vụ cho người bệnh ngoại trú để họ có thể thực hiện tất cả các hoạt động tự chăm sóc theo yêu cầu kiểm soát của điều dưỡng [105].

1.4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tự quản lý chăm sóc bệnh ĐTĐ

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tự quản lý, chăm sóc của các người bệnh ĐTĐ, đó là sự thiếu hụt kiến thức về bệnh, sự già hóa, điều kiện sống cơ bản và khả năng áp dụng kiến thức bệnh của người bệnh.

1.4.2.1. Kiến thức về bệnh ĐTĐ

Vai trò tích cực của kiến thức về bệnh ĐTĐ trong việc giúp đỡ các người bệnh phát triển các kỹ năng quản lý bệnh được đã được chứng minh trên 20 năm. Hệ thống tư vấn kiến thức cho người bệnh ĐTĐ về tự chăm sóc được xác định là chìa khóa thành công cho quản lý glucose máu. Phần lớn việc tư vấn kiến thức tự chăm sóc cho người bệnh ĐTĐ ngày nay được thiết

kể từ 1 đến 3 ngày học tập tích cực hoặc phân chia thành nhiều nội dung khác nhau thực hiện trong nhiều tuần. Những nội dung giáo dục bao gồm vận dụng xây dựng chế độ ăn, tự kiểm tra lượng glucose mao mạch, chế độ dùng thuốc, nhận biết các triệu chứng liên quan đến tăng hoặc giảm glucose máu, chế độ tập luyện, các dấu hiệu cần chăm sóc y tế và dự đoán được tiến triển của bệnh. Có dưới 35% người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ được tư vấn đầy đủ về bệnh [64], [100].

Trong khi việc giáo dục cho người bệnh ĐTĐ được coi là tiêu chuẩn trong điều trị bệnh, có 3 yếu tố làm giảm hiệu quả của việc giáo dục kiến thức cho người bệnh:

Thứ nhất, có ít người bệnh ĐTĐ được tiếp cận hệ thống giáo dục đầy đủ, do việc cung cấp không đầy đủ của các cơ sở y tế, thiếu kinh phí khi thực hiện cho người bệnh và một số lớp tư vấn không phù hợp với nghề nghiệp và địa bàn sống của người bệnh, thiếu quan tâm của gia đình người bệnh và khó khăn trong đi lại.

Thứ hai, các chương trình giáo dục về bệnh ĐTĐ không đạt hiệu quả với tất cả các nhóm người bệnh. Các chương trình giáo dục có thể không hiệu quả cho nhóm người bệnh cụ thể, phụ thuộc vào trình độ văn hóa, ngôn ngữ và các yếu tố về văn hóa.

Thứ ba, các chương trình giáo dục cho người bệnh ĐTĐ thường tập trung vào cung cấp các kiến thức chung, thiếu vận dụng kiến thức để hình thành các kỹ năng tự chăm sóc cụ thể. Mặt khác, việc thiếu các chương trình giáo dục dành cho nhóm đối tượng cụ thể, đặc biệt là người già cũng làm giảm hiệu quả của các chương trình giáo dục cho người bệnh ĐTĐ.

1.4.2.2. Tuổi

Sự già hóa ảnh hưởng đến cách mà người bệnh học tập những kiến thức tự chăm sóc. Các nghiên cứu đã cho thấy có mối liên hệ giữa tuổi và tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type 2. Những người bệnh ĐTĐ type 2 cao tuổi có

kiến thức và thực hành tự chăm sóc tốt; những người bệnh thường xuyên được tư vấn bởi nhân viên y tế đã cải thiện tình trạng sức khỏe và ít sử dụng các dịch vụ y tế hơn; tuổi của người bệnh có liên quan đến chế độ luyện tập, tuân thủ chế độ ăn và thực hành chăm sóc bàn chân [125], [130].

Nghiên cứu của Shigaki (2010) và Wen (2004) cho thấy, sự già hóa và người bệnh tuổi cao thường ít thực hiện các bài tập, những người bệnh tuổi cao thường tuân thủ tốt chế độ ăn và chế độ dùng thuốc, có lượng HbA1c thấp và thường xuyên đến các cơ sở y tế để xét nghiệm HbA1c [112], [121].

Những người bệnh ĐTĐ trẻ tuổi thường ít tuân thủ chế độ theo dõi HbA1c định kỳ, theo dõi huyết áp và chế độ dùng thuốc nhưng dễ tiếp nhận kiến thức mới và dễ thay đổi lối sống để thích nghi với bệnh [82].

1.4.2.3. Giới

Theo Baumann (2010), nam giới thường xuyên tự thực hiện các bài thể dục hơn nữ giới. Người bệnh nữ thực hiện tốt hơn chế độ ăn uống và có nhiều kinh nghiệm hơn trong theo dõi các biến chứng của bệnh ĐTĐ [56]. Chiou (2009) cho rằng nam giới tự chăm sóc bệnh tốt hơn nữ giới [63].

Ortiz (2010) cho rằng, nam giới thực hiện nhiều bài tập thể dục hơn nữ giới, nữ giới thường không sử dụng thời gian rảnh để tập thể dục [100].

Theo Boeing (2010) không có mối liên hệ giữa giới tính của người bệnh với tỷ lệ tử vong và tự chăm sóc về sử dụng thuốc, khi thực hiện tự quản lý chăm sóc, giới tính không ảnh hưởng có liên quan với lượng HbA1c [57].

1.4.2.4. Thời gian mắc bệnh, điều trị bệnh ĐTĐ

Những người bệnh có thời gian được chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ type 2 có các hoạt động tự quản lý, chăm sóc tốt hơn, bao gồm kinh nghiệm và thay đổi từ lúc được chẩn đoán đến sống chung với bệnh. Các nghiên cứu cho thấy, thời gian mắc bệnh dài có mối liên quan với khả năng tự chăm sóc cao của người bệnh, tuân thủ tốt hơn chế độ sử dụng thuốc và theo dõi thường xuyên glucose máu và chăm sóc bàn chân tốt hơn [63], [122].

1.4.2.5. Thu nhập

Có mối liên hệ giữa thu nhập với mức độ tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type 2. Nghiên cứu của Chio cho thấy, người bệnh có mức thu nhập cao có khả năng tự chăm sóc cao và người bệnh có thu nhập thấp có khả năng tự chăm sóc thấp hơn những người bệnh trong nhóm thu nhập cao và trung bình. Những người bệnh trong nhóm thu nhập cao thực hiện tốt hơn các bài tập thể lực, bao gồm cả các thiết bị phục vụ cho tập luyện [63].

Theo Hosler, những người bệnh ở nhóm thu nhập thấp ít thực hiện xét nghiệm HbA1c, ít sử dụng thuốc hơn. Có mối liên hệ giữa thu nhập với tự chăm sóc của người bệnh. Người bệnh có thu nhập cao tự chăm sóc tốt hơn người bệnh có thu nhập thấp [82].

1.4.2.6. Tôn giáo, tín ngưỡng

Có mối liên hệ rõ ràng giữa tín ngưỡng/tôn giáo với tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type 2. Những người bệnh theo tín ngưỡng tự chăm sóc kém hơn những người bệnh không theo tín ngưỡng nào, thay vì tuân thủ chế độ của cán bộ y tế, người bệnh tin tưởng vào chúa trời hoặc thần linh sẽ chữa trị cho họ [63].

1.4.2.7. Sự hỗ trợ của xã hội.

Sự hỗ trợ của xã hội có vai trò quan trọng trong cuộc sống của người bệnh ĐTĐ. Sự hỗ trợ của xã hội làm tăng khả năng tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ type 2. Nghiên cứu của Chio cho thấy, sự hỗ trợ đầy đủ của xã hội làm tăng khả năng tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ, hỗ trợ người bệnh qua điện thoại làm tăng khả năng tự chăm sóc của người bệnh [63].

Các dịch vụ cung cấp cho người bệnh thông qua giao tiếp có mối liên hệ với tự chăm sóc của người bệnh. Sự hỗ trợ của gia đình làm tăng khả năng tự chăm sóc của người bệnh, người bệnh sống cùng với gia đình tăng khả năng tự quản lý chế độ ăn so với các người bệnh ĐTĐ type 2 khác [125].

Thiết lập mạng lưới hỗ trợ người bệnh ĐTĐ làm tăng hoạt động tự chăm sóc của người bệnh. Khi có mạng lưới hỗ trợ, người bệnh sẽ cảm thấy mạnh mẽ hơn, có cơ hội chia sẻ lối sống tốt. Sự hỗ trợ của xã hội có mối liên hệ chặt chẽ với kiểm soát glucose máu [97].

Các người bệnh đã kết hôn ít sử dụng kháng sinh hơn do được hỗ trợ cao của xã hội và có hành vi tự chăm sóc tốt hơn so với người bệnh độc thân [125].

1.5. Tình hình nghiên cứu tự quản lý, chăm sóc với bệnh ĐTĐ

Dịch vụ hỗ trợ đào tạo của điều dưỡng được giới thiệu bởi Orem năm 2001. Năm 2004, dịch vụ hỗ trợ phát triển của điều dưỡng được nhóm nghiên cứu của Orem phát triển. Hệ thống điều dưỡng bao gồm giảng dạy, hướng dẫn, hỗ trợ và tạo ra môi trường thuận lợi. Hiệu quả của can thiệp này được đánh giá bằng các thay đổi về hành vi tự chăm sóc, hiệu quả tự chăm sóc và kiểm soát bệnh ĐTĐ qua nhiều nghiên cứu [87].

1.5.1. Trên thế giới

Keeratiyutawong (2006) nghiên cứu để phát triển mô hình đẩy mạnh tự chăm sóc các người bệnh ĐTĐ nhằm kiểm soát tốt lượng đường máu, tăng hiệu quả tự chăm sóc và sự hài lòng của người bệnh với dịch vụ. Nghiên cứu được tiến hành trên 35 người bệnh ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú. Các người bệnh được hỗ trợ 1 tháng 1 lần theo cá nhân hoặc theo nhóm trong vòng 4 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy lượng HbA1c giảm có ý nghĩa ở những người bệnh tham gia vào nghiên cứu [88].

Plodnaimuang (1999) nghiên cứu hiệu lực của chương trình hỗ trợ đào tạo với mục tiêu tăng hiệu quả nhận thức tự chăm sóc. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm tổng trung bình của người bệnh và điểm mỗi khía cạnh về nhận thức tự chăm sóc cao hơn có ý nghĩa so với trước khi tham gia vào chương trình. Lượng đường máu test nhanh giảm có ý nghĩa so với trước, trong khi

điểm trung bình nhận thức về chế độ ăn, sử dụng thuốc, kiểm soát tâm lý cao hơn có ý nghĩa so với 1 tháng trước khi tham gia nghiên cứu [106].

Sannun (1999) nghiên cứu hiệu quả của chương trình hỗ trợ đào tạo điều dưỡng về kiến thức, tự chăm sóc và kiểm soát trao đổi chất ở người bệnh ĐTĐ type 2. 42 người bệnh được lựa chọn ngẫu nhiên vào nhóm chứng và nhóm can thiệp. Nhóm can thiệp được tham gia chương trình hỗ trợ đào tạo điều dưỡng trong khi nhóm chứng được theo dõi bằng các chương trình theo dõi định kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 8 tuần, điểm trung bình về kiến thức của người bệnh trong nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Điểm trung bình kiểm soát trao đổi chất trong nhóm can thiệp tốt hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng [111].

Muangkea (2001) nghiên cứu về hiệu quả chương trình hỗ trợ đào tạo điều dưỡng đến hiệu quả nhận thức tự chăm sóc và kiểm soát ĐTĐ ở người bệnh ĐTĐ type 2. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình trong mỗi khía cạnh nhận thức tự chăm sóc của người bệnh sau khi tham gia chương trình cao hơn có ý nghĩa so với trước khi tham gia vào nghiên cứu. Điểm trung bình của kiểm soát chế độ ăn, quản lý thuốc, vệ sinh và chăm sóc bàn chân, kiểm soát tâm lý từ trung bình đến cao. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, chương trình hỗ trợ đào tạo theo nguyên lý điều dưỡng của Orem bao gồm các phương pháp giảng dạy, hướng dẫn, tạo môi trường hoạt động và xây dựng mối liên hệ với người bệnh làm tăng hiệu quả nhận thức tự chăm sóc của người bệnh [96].

Chiang H.C (2004), nghiên cứu áp dụng học thuyết điều dưỡng của Orem chăm sóc người bệnh ĐTĐ có biến chứng loét chân. Kết quả nghiên cứu cho thấy các người bệnh ĐTĐ có biến chứng ở da thiếu kiến thức về bệnh, đau, thiếu hụt tự chăm sóc, bị lo lắng và sợ hãi. Sau khi được can thiệp bằng chương trình hỗ trợ đào tạo theo nguyên lý điều dưỡng của Orem, kiến thức các người bệnh tăng lên có ý nghĩa so với trước khi tham gia [62].

Agurs-Collin và cộng sự (1997) nghiên cứu chương trình tập luyện và giảm cân nhằm tăng chất lượng quản lý người bệnh ĐTĐ ở người cao tuổi Mỹ với 60 người bệnh ĐTĐ type 2 được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia vào chương trình can thiệp. Các triệu chứng lâm sàng và hành vi của người bệnh được đánh giá sau 0, 3 và 6 tháng can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 3 và 6 tháng, giá trị trung bình của HbA1c giảm có ý nghĩa, cân nặng, hoạt động tập luyện, lượng chất béo sử dụng, cholesterol, kiến thức về dinh dưỡng người bệnh thay đổi có ý nghĩa so với trước khi tham gia vào can thiệp [46].

Gumbs JM (2012) nghiên cứu mối liên hệ giữa đào tạo quản lý tự chăm sóc và hành vi tự chăm sóc ở phụ nữ châu Mỹ mắc ĐTĐ type 2 chứng minh tầm quan trọng của đào tạo quản lý tự chăm sóc người bệnh ĐTĐ type 2 và nhu cầu cần cung cấp dịch vụ y tế này cho người bệnh. Nghiên cứu cũng cho thấy khi tham gia vào thiệp, chất lượng cuộc sống của phụ nữ này tăng lên và tỷ lệ biến chứng của ĐTĐ type 2 giảm đi [79].

Heinrich E và cộng sự (2012) đánh giá tác động của chương trình đào tạo cho người bệnh ĐTĐ type 2 dựa vào internet với mục tiêu tăng cường kiến thức cho người bệnh, khuyến khích người bệnh tham gia vào chương trình và cung cấp công cụ tự quản lý cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình đào tạo có giá trị khi đào tạo kiến thức, các công cụ tự quản lý cung cấp cho người bệnh chưa mang lại hiệu quả cao [81].

Theo Briden, kiến thức và thái độ của người bệnh ĐTĐ tăng lên có ý nghĩa sau khi can thiệp tự giáo dục sức khỏe, những thay đổi làm tăng tự quản lý bệnh ĐTĐ, giảm chi phí điều trị các biến chứng [60].

Nghiên cứu của Rebecca M. Smith cho thấy, sau can thiệp, kiến thức của người bệnh tăng 33% có ý nghĩa thống kê [108].

Theo Junling Gao (2013), tự chăm sóc có mối liên quan trực tiếp với lượng glucose máu ($\beta = -0.21$, $p = .007$), có mối liên hệ giữa sự hỗ trợ của xã

hội, các dịch vụ y tế với tự chăm sóc người bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên, các yếu tố trên không có liên quan đến lượng HbA1c [86].

Nghiên cứu của Liu Y (2015) cho thấy, với sự giúp đỡ của các tình nguyện viên là nhân viên y tế, các người bệnh tham gia vào nghiên cứu giảm lo lắng, giảm phiền muộn, tăng kiến thức về bệnh, tăng khả năng tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống so với người bệnh không được sự hỗ trợ của các tình nguyện viên [95].

Park PH (2015) sử dụng mô hình can thiệp hỗ trợ tự quản lý bệnh ĐTĐ bằng cách thành lập nhóm nhỏ người bệnh ĐTĐ trong cộng đồng, hỗ trợ tâm lý và giáo dục cho nhóm trưởng, nhóm trưởng sẽ hỗ trợ người bệnh trong nhóm. sau 6 tháng can thiệp bằng quản lý tự chăm sóc về bệnh ĐTĐ và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch, lượng HbA1c giảm từ 9,6% xuống 8,7%. Giới tính, trình độ văn hóa, các nhóm khác nhau, dân tộc, sử dụng thuốc giảm glucose máu, sử dụng insulin và BMI có liên quan đến giảm HbA1c. Không có sự thay đổi về kiến thức của bệnh ĐTĐ và BMI của người bệnh sau 6 tháng can thiệp [103].

Nghiên cứu của Nascimentoa (2015) đánh giá tự chăm sóc của người bệnh ĐTĐ sau can thiệp bằng thuốc tại nhà người bệnh, sau 6 tháng can thiệp, người bệnh ở nhóm can thiệp có lượng glucose máu và lượng HbA1c thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Với việc tuân thủ chế độ tự chăm sóc, đặc biệt với chế độ dinh dưỡng và chế độ thể dục, người bệnh trong nhóm can thiệp có số ngày tuân thủ chế độ cao hơn nhóm chứng. Với tuân thủ chế độ sử dụng thuốc, người bệnh trong nhóm can thiệp tuân thủ tốt hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [99].

1.5.2. Tại Việt Nam

Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả của các giải pháp can thiệp làm tăng kiến thức của người bệnh về bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu

Thảo cho thấy, sau can thiệp truyền thông, người bệnh ĐTD có thay đổi về nhận thức và thực hành theo chiều hướng tốt hơn [37].

Kiến thức của người bệnh trên các lĩnh vực tăng đáng kể sau can thiệp, tăng cao nhất kiến thức về chế độ ăn và chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện và chế độ chăm sóc tăng thấp hơn, trong đó kiến thức về chế độ chăm sóc tăng không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo, sau can thiệp, trước TTGD tỉ lệ bỏ trị là 31,7% và tự điều chỉnh liều thuốc là 29,2%; sau giáo dục chỉ còn 9,3% bỏ trị và 13,7% tự điều chỉnh liều thuốc, trước TTGD có đến 88,2% người bệnh có ăn đường hấp thu nhanh như chè, bánh ngọt, kẹo, nước ngọt và sau TTGD tỉ lệ này giảm còn 53,4%. Việc can thiệp bằng truyền thông hoặc các biện pháp giáo dục khác tăng có ý nghĩa kiến thức của người bệnh ĐTD, góp phần tăng tự kiểm soát, quản lý của người bệnh, làm giảm biến chứng và tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh [37].

Nghiên cứu của Lê Thị Cẩm cho thấy, sau 6 tháng quản lý người bệnh ngoại trú, glucose máu và HbA1c giảm rõ rệt, tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu và HbA1c tăng lên, tỷ lệ người bệnh kiểm soát kém giảm đi [8].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Đào cho thấy, Kiến thức, thái độ và hành vi tự chăm sóc bàn chân của người bệnh ở mức trung bình, với điểm trung bình lần lượt là: $5,6 \pm 1,9$; $6,5 \pm 1,8$; $5,3 \pm 1,7$ (thang điểm 10): 41,5% người bệnh có kiến thức đúng, 45,3% có thái độ đúng và 29,4% người bệnh có hành vi đúng. Các thiếu hụt kiến thức, thái độ, và hành vi của người bệnh trong nghiên cứu tồn tại chủ yếu ở: kiểm tra chân hàng ngày, đi bộ chân trần, kiểm tra bên trong giày, ngâm chân vào nước nóng, và khám chân định kỳ. Các yếu tố giới, nhận hướng dẫn chăm sóc chân và có tổn thương bàn chân có ảnh hưởng tới kiến thức, thái độ và hành vi của người bệnh. Ngoài ra người bệnh có kiến thức đúng, thái độ đúng thì có hành vi tự chăm sóc đúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [11].

Theo Nguyễn Ngọc Chất, sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ kiểm soát kém các chỉ số glucose máu, HbA1c giảm đi rõ rệt [9].

Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng cho thấy rằng giới tính đã có sự ảnh hưởng ở mức độ trung bình với hành vi chăm sóc bàn chân ($r = -0.1$). Kiến thức chăm sóc bàn chân và hỗ trợ xã hội có sự ảnh hưởng nhiều tới những hành vi chăm sóc bàn chân. Những phát hiện này cho thấy rằng các điều dưỡng nên giáo dục các người bệnh về hành vi chăm sóc bàn chân và quan tâm nhiều hơn về giới tính và thực hành chăm sóc bàn chân [13].

Trần Quốc Hùng nghiên cứu trên 20 người bệnh mắc bệnh ĐTD trên 60 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh sau 6 tháng cho thấy người bệnh tuân thủ tốt các chế độ điều trị đạt 70%, mục đích dự phòng tốt đạt 52% [21].

CHƯƠNG 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn 1: Các người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại thành phố Thái Bình và huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

Giai đoạn 2: Các người bệnh đang quản lý và điều trị ngoại trú tại BVĐK Vũ Thư được điều tra ở giai đoạn 1, tự nguyện tham gia vào can thiệp

Người bệnh tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và trong thời gian tham gia nghiên cứu không tham gia hoạt động can thiệp về ĐTĐ nào khác.

Tiêu chuẩn chọn người bệnh:

Người bệnh đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại BVĐK thành phố và BVĐK Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

Trong thời gian nghiên cứu, người bệnh không điều trị nội trú

Trong thời gian nghiên cứu, người bệnh chỉ khám và điều trị ngoại trú theo đơn BVĐK Vũ Thư, không tham gia các chương trình can thiệp về bệnh ĐTĐ khác.

Không mắc bệnh tâm thần

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

Người bệnh bị nhập viện điều trị nội trú

Người bệnh là người nước ngoài

Người bệnh không theo hết chương trình can thiệp.

Người bệnh đang tham gia chương trình can thiệp bệnh ĐTĐ khác

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Thái Bình bao gồm thành phố Thái Bình và các huyện của tỉnh Thái Bình

Tại thành phố: chọn thành phố Thái Bình.

Thành phố Thái Bình là trung tâm kinh tế, văn hóa, xã hội, khoa học, quốc phòng ... của tỉnh Thái Bình, với diện tích 6,771 ha, dân số 268,167 người, tỷ lệ tăng dân số 1,72%. Trên địa bàn thành phố có các BVĐK và chuyên khoa tuyến tỉnh.

BVĐK thành phố là BVĐK hạng 2, là đơn vị sự nghiệp công lập, trực thuộc Sở Y tế Thái Bình, có chức năng khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân thành phố Thái Bình và các vùng lân cận. Bệnh viện có 17 khoa, phòng với 250 giường điều trị. Trong năm 2015, bệnh viện khám chữa bệnh cho 92,791 người bệnh, điều trị ngoại trú cho 14,365 người bệnh, điều trị nội trú cho 9,911 người bệnh, công suất sử dụng giường bệnh năm 2015 đạt 79,2%. Tổng số người bệnh ĐTD đang được quản lý và điều trị ngoại trú và nội trú tại BVĐK thành phố là trên 1700 người.

Tuyển huyện: chọn huyện Vũ Thư

Vũ Thư là huyện nằm ở phía nam tỉnh Thái Bình, được bao bọc bởi hệ thống sông Hồng và sông Trà Lý. Phía Đông giáp Thành phố Thái Bình và huyện Kiến Xương, phía Tây và phía Tây Nam giáp thành phố Nam Định, phía Bắc giáp sông Trà Lý. Huyện có 30 xã và một thị trấn với diện tích đất đai là 19513,84ha.

BVĐK Vũ Thư là đơn vị sự nghiệp công lập, trực thuộc Sở Y tế Thái Bình, có chức năng khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân huyện Vũ Thư. Bệnh viện có 189 cán bộ với 200 giường bệnh. Trong năm 2015, bệnh viện khám chữa bệnh cho 115,443 người bệnh, điều trị ngoại trú cho 1,670 người bệnh, điều trị nội trú cho 11,231 người bệnh, công suất sử dụng giường bệnh năm 2015 đạt 86,5%. Tổng số người bệnh ĐTD đang được quản lý và điều trị tại BVĐK huyện Vũ Thư là trên 1200 người.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu và các giai đoạn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2012 đến tháng 6/2016 được thực hiện qua 02 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2013 tổ chức đánh giá thực trạng kiến thức, chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTĐ tại phòng khám ngoại trú các BVĐK huyện, thành phố nhằm mô tả thực trạng người bệnh ĐTĐ type 2 đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại các BVĐK và đánh giá kiến thức, chất lượng cuộc sống, các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng.

- Giai đoạn 2: từ tháng 7/2013 đến tháng 6/2014, can thiệp cung cấp kiến thức, tư vấn, theo dõi việc chăm sóc, quản lý tại nhà của người bệnh và xét nghiệm tại BVĐK huyện Vũ Thư. Mỗi người bệnh được theo dõi trong 12 tháng (từ 1/7/2013 đến 30/6/2014) và được đo các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, vòng eo, đo huyết áp, đánh giá lại kiến thức về bệnh ĐTĐ và chất lượng cuộc sống. Thời gian đánh giá lại sau can thiệp: tháng 7/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện với 2 thiết kế nghiên cứu liên tiếp và có liên quan với nhau: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và thiết kế nghiên cứu can thiệp tự chứng cộng đồng có so sánh trước và sau can thiệp.

* *Thiết kế nghiên cứu mô tả (phục vụ cho mục tiêu 1, 2):*

Mục đích: Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 đang quản lý và điều trị ngoại trú tại tỉnh Thái Bình.

Nghiên cứu cắt ngang mô tả bằng cách tiến hành điều tra các người bệnh ĐTĐ type 2 đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại các BVĐK thành phố và BVĐK Vũ Thư bằng khám lâm sàng, xét nghiệm một số chỉ số kết hợp với phỏng vấn bằng bảng hỏi để:

- Đánh giá được thực trạng tuổi, giới, trình độ văn hóa, thời gian mắc bệnh, các chỉ số cơ thể, lâm sàng, cận lâm sàng ... của người bệnh.

- Đánh giá thực trạng kiến thức của người bệnh về bệnh ĐTĐ và phân tích một số yếu tố liên quan.

- Đánh giá thực trạng chất lượng cuộc sống và phân tích các yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh.

* *Thiết kế nghiên cứu can thiệp có so sánh trước và sau (phục vụ cho mục tiêu 3):*

Mục đích: Áp dụng các giải pháp can thiệp gồm giải pháp truyền thông (tập huấn kiến thức cho người bệnh), giải pháp tư vấn thường xuyên qua điện thoại đối với việc tự quản lý, chăm sóc của người bệnh tại nhà cho nhóm người bệnh can thiệp tại huyện Vũ Thư. Tiến hành đánh giá hiệu quả can thiệp qua việc so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kiến thức, chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu cho giai đoạn 1: cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định một tỷ lệ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n = cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%), $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

d = sai số tuyệt đối, được lấy là 0,05

p = là tỷ lệ người bệnh có kiến thức chưa tốt về bệnh Đái tháo đường, p = 0,464 được lấy từ nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên [22]

Áp dụng vào công thức tính ra cỡ mẫu cần thiết cho mục tiêu 1,2 = 383

Cỡ mẫu thực tế điều tra là 420 người bệnh trong đó tại BVĐK thành phố là 212 người bệnh, tại BVĐK Vũ Thư là 208 người bệnh.

Cỡ mẫu cho giai đoạn 2: cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp tự chứng

Để tính cỡ mẫu can thiệp, áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu trước – sau trên một nhóm người bệnh

$$n = \frac{2 \times C \times (1 - r)}{(ES)^2}$$

Trong đó:

n = cỡ mẫu nghiên cứu

$\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%), xác suất sai sót loại II (β) = 0,8

$C = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$, với $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,8$, tra bảng phân phối chuẩn $C = 7,85$

r = hệ số tương quan giữa hai đo lường, giả định giao động trong khoảng từ 0,6 đến 0,8. Trong nghiên cứu này giả định hệ số tương quan = 0,75

ES = là hệ số ảnh hưởng, theo nghiên cứu của Langkilde [91], sau can thiệp CLCS tăng lên 0,03, độ lệch chuẩn 0,15 vậy $ES = 0,03/0,15 = 0,2$

Áp dụng vào công thức tính ra cỡ mẫu cần thiết cho mục tiêu 3 = 98

Trong nghiên cứu tổ chức can thiệp cho 110 người bệnh tại huyện Vũ Thư, tổng số người bệnh bỏ can thiệp là 8 người bệnh.

Tổng số người bệnh đánh giá sau can thiệp 102 người bệnh.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu mục tiêu 1:

Tại BVĐK thành phố chọn 212 người bệnh trong tổng số 1795 người bệnh ĐTD đang quản lý và điều trị ngoại trú. Tại BVĐK Vũ Thư chọn 208 người bệnh trong tổng số 1200 người bệnh ĐTD type 2 đủ điều kiện tham gia nghiên cứu đang quản lý và điều trị tại các BVĐK đến khám ngoại trú trong tháng 5 năm 2013.

Phương pháp chọn người bệnh: Chọn tất cả các người bệnh đến khám định kỳ tại BVKĐ Thành phố và BVĐK Vũ Thu đồng ý tham gia nghiên cứu từ thứ 2 đến thứ 6 các tuần trong tháng 5 và tháng 6/2013 cho đến khi đủ mẫu cần thiết.

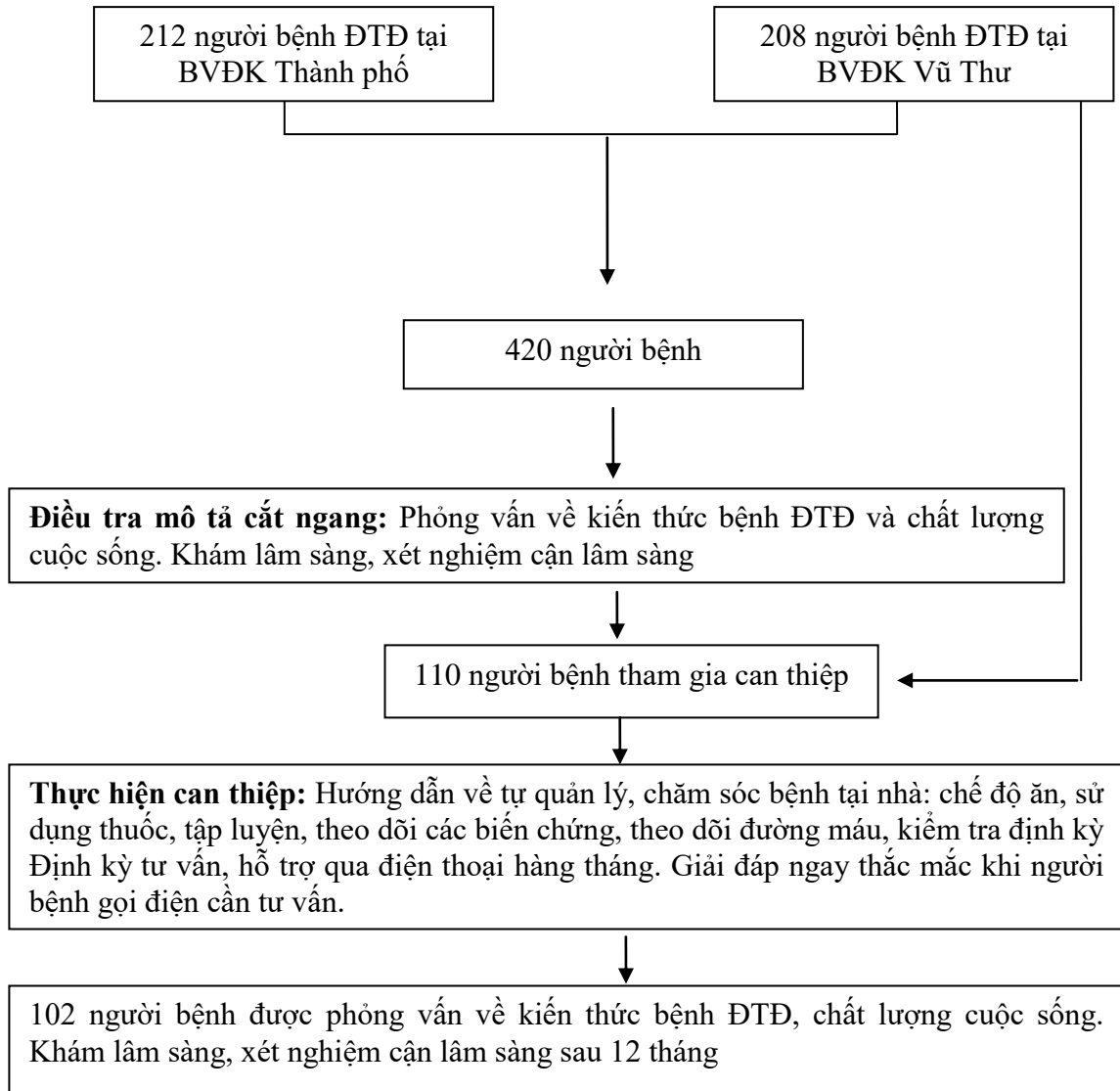
Chọn mẫu mục tiêu 2

Trong tổng số 208 người bệnh đã được khám, phỏng vấn, chọn 110 người bệnh đồng ý tham gia can thiệp.

Cách chọn người bệnh tham gia can thiệp:

Các người bệnh được phân chia thành 6 nhóm chính theo tuổi: nhóm người bệnh nhỏ hơn 55 tuổi, nhóm người bệnh từ 55 đến 59 tuổi, nhóm người bệnh từ 60 đến 64 tuổi, nhóm người bệnh từ 65 đến 69 tuổi, nhóm người bệnh từ 70 đến 74 tuổi, nhóm người bệnh từ 75 tuổi trở lên, các nhóm người bệnh được xếp theo tổng số biến chứng từ 6 đến 0 có biến chứng... Chọn mẫu theo nguyên tắc ngẫu nhiên, mỗi một nhóm lấy 1 người bệnh trong danh sách người bệnh được mã hóa tại mục tiêu 1. Người bệnh đầu tiên được chọn ngẫu nhiên trong số người bệnh được mã hóa. Chọn đến đủ 110 người bệnh. Trường hợp người bệnh được chọn không đồng ý tham gia can thiệp, chọn người bệnh tiếp theo trong cùng nhóm cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.2.4. Khung thiết kế nghiên cứu



2.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.1. Thu thập số liệu cho mục tiêu 1

Thu thập số liệu về thông tin, khám lâm sàng, xét nghiệm của người bệnh: Bác sĩ tại các phòng khám phỏng vấn, khám trực tiếp người bệnh điền vào phiếu theo mẫu in sẵn tại phòng khám của Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình và BVĐK Vũ Thư, thu thập các số liệu về bản thân, xã hội, chỉ số BMI, HbA1c, các biến chứng của bệnh trước, sau can thiệp 12 tháng (phụ lục 1)

Thu thập số liệu về kiến thức bệnh ĐTD của người bệnh: Điều tra viên phỏng vấn người bệnh theo bộ câu hỏi đánh giá kiến thức gồm 20 câu hỏi (Phụ lục 2). Bộ câu hỏi về đánh giá về kiến thức của người bệnh ĐTD được chia làm 4 phần:

Phần 1 gồm 5 câu hỏi đánh giá kiến thức về chế độ ăn của người bệnh,

Phần 2 gồm 5 câu hỏi đánh giá kiến thức về chế độ luyện tập

Phần 3 gồm 5 câu hỏi đánh giá kiến thức về điều trị bệnh

Phần 4 gồm 5 câu hỏi đánh giá kiến thức về theo dõi và chăm sóc người bệnh.

Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm. Người bệnh có kiến thức kém nếu trả lời đúng dưới 50% số câu hỏi, kiến thức trung bình nếu trả lời từ 50-75% số câu hỏi, kiến thức tốt nếu trả lời trên 75% số câu hỏi.

Phương pháp phỏng vấn: điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại phòng khám ĐTD của BVĐK thành phố và BVĐK Vũ Thư, điều tra viên đọc câu hỏi, người bệnh trả lời câu hỏi, điều tra viên đánh dấu vào ý mà người bệnh trả lời trong phiếu điều tra.

2.3.2. Thu thập số liệu cho mục tiêu 2

Thu thập số liệu về chất lượng cuộc sống người bệnh: phỏng vấn theo bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống EQ-5D và công cụ SF 36.

Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống chuẩn châu Âu EQ-5D: Bộ câu hỏi gồm có 5 khía cạnh phản ánh sức khỏe thể lực và tinh thần: đi đứng (mobility), đau nhức (pain and discomfort), tự chăm sóc (self-care), lo lắng (anxiety / depression), hoạt động hàng ngày (daily activities). Mỗi câu hỏi có 3 câu trả lời. Người bệnh được phỏng vấn trên 5 khía cạnh và khoanh tròn ý trả lời trong phiếu hỏi. Tổng hợp 5 khía cạnh phản ánh tình trạng sức khỏe của người bệnh. Tổng cộng có 245 tình trạng sức khỏe, được chuyển đổi sang thang điểm, từ - 0,594 điểm đến 1 điểm theo bảng điểm TTO (Time Trade-off), áp dụng bảng quy đổi của Anh.

5 khía cạnh đánh giá chất lượng cuộc sống bao gồm:

Đi đứng

1. Không có vấn đề hay khó khăn trong việc đi đứng.
2. Vài khó khăn trong việc đi đứng.
3. Không thể đi đứng, phải nằm một chỗ.

Đau nhức

1. Không đau nhức.
2. Đau nhức chút ít, cảm thấy khó chịu.
3. Rất đau nhức và rất khó chịu.

Tự chăm sóc

1. Có thể tự chăm sóc mà không có khó khăn nào.
2. Khó khăn trong việc mặc quần áo và vệ sinh cá nhân.
3. Không có khả năng mặc quần áo và vệ sinh cá nhân.

Lo lắng, trầm cảm

1. Hoàn toàn vui vẻ, không lo lắng hay trầm cảm.
2. Bị trầm cảm ở mức độ trung bình.
3. Rất lo lắng và trầm cảm.

Hoạt động hàng ngày (làm việc, học, làm việc nhà, giải trí)

1. Không có khó khăn nào trong các hoạt động hàng ngày.
2. Vài khó khăn nào trong các hoạt động hàng ngày.
3. Không có khả năng tự làm những việc hàng ngày.

Hệ số chất lượng sống có giá trị từ 0 đến 1. Hệ số bằng 0 có nghĩa là rất trầm trọng, và 1 là trong tình trạng sức khỏe hoàn hảo. Hệ số chất lượng cuộc sống được chuyển đổi từ bảng hỏi sang theo bảng điểm TTO (Time Trade-off), áp dụng bảng quy đổi của Anh.

Các tình trạng sức khỏe được chuyển đổi sang điểm CLCS từ -0,594 đến 1 theo phương pháp “Trao đổi thời gian”

Thang điểm trực giác (VAS): Phương pháp “Thang điểm trực giác” – Nghiên cứu viên sử dụng một thang điểm tương tự như nhiệt kế được chia độ từ 0 (rất trầm trọng) – 100 (hoàn toàn khỏe), và đề nghị người trả lời đánh dấu vị trí tương ứng với tình trạng sức khỏe của mình trên thang điểm đó. Sử dụng bộ câu hỏi đã được viết hóa.

Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống SF 36: SF-36 (Short Form-36) bao gồm 36 câu hỏi đánh giá 8 khái niệm sức khỏe: hoạt động thể chất, vai trò của thể chất, đau, nhận thức sức khỏe nói chung, sức sống, hoạt động xã hội, vai trò của tình cảm, và sức khỏe tâm thần. Mất 5-10 phút để trả lời bộ câu hỏi. Các câu hỏi so sánh "có / không" hoặc đánh giá 6 điểm theo thang điểm của Likert từ 'Không' cho đến 'rất nghiêm trọng'. Kết quả 36 điểm sau đó được tổng kết và chuyển đổi thành theo thang điểm từ 0 (tử vong) đến 100% (hoàn toàn khỏe mạnh).

Các người bệnh được phỏng vấn theo bộ câu hỏi, điều tra viên khoanh tròn vào ý mà người bệnh lựa chọn trong các câu hỏi. Chất lượng cuộc sống đánh giá theo bộ công cụ SF 36 gồm 36 câu hỏi, được chuyển đổi thành 8 lĩnh vực sức khỏe và chuyển sang thang điểm 100 theo bảng sau

| Số câu hỏi | Các lựa chọn | Điểm CLCS tương đương |
|---------------------------------|--------------|-----------------------|
| 1, 2, 20, 22, 34, 36 | 1 | 100 |
| | 2 | 75 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 25 |
| | 5 | 0 |
| 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | 1 | 0 |
| | 2 | 50 |
| | 3 | 100 |
| 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 | 1 | 0 |
| | 2 | 100 |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| 21, 23, 26, 27, 30 | 1 | 100 |
| | 2 | 80 |
| | 3 | 60 |
| | 4 | 40 |
| | 5 | 20 |
| | 6 | 0 |
| 24, 25, 28, 29, 31 | 1 | 0 |
| | 2 | 20 |
| | 3 | 40 |
| | 4 | 60 |
| | 5 | 80 |
| | 6 | 100 |
| 32, 33, 35 | 1 | 0 |
| | 2 | 25 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 75 |
| | 5 | 100 |

8 lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống được tính bằng điểm trung bình tổng số câu trả lời theo quy định tại bảng sau:

| Câu hỏi | Lĩnh vực sức khỏe | Sức khỏe chung |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | Hoạt động thể lực | Sức khỏe thể chất |
| 13, 14, 15, 16 | Các hạn chế do sức khỏe thể lực | |
| 21, 22 | Cảm giác đau | |
| 1, 33, 34, 35, 36 | Sức khỏe chung | |
| 23, 27, 29, 31 | Sinh lực | Sức khỏe tâm |
| 20, 32 | Hoạt động xã hội | thần |

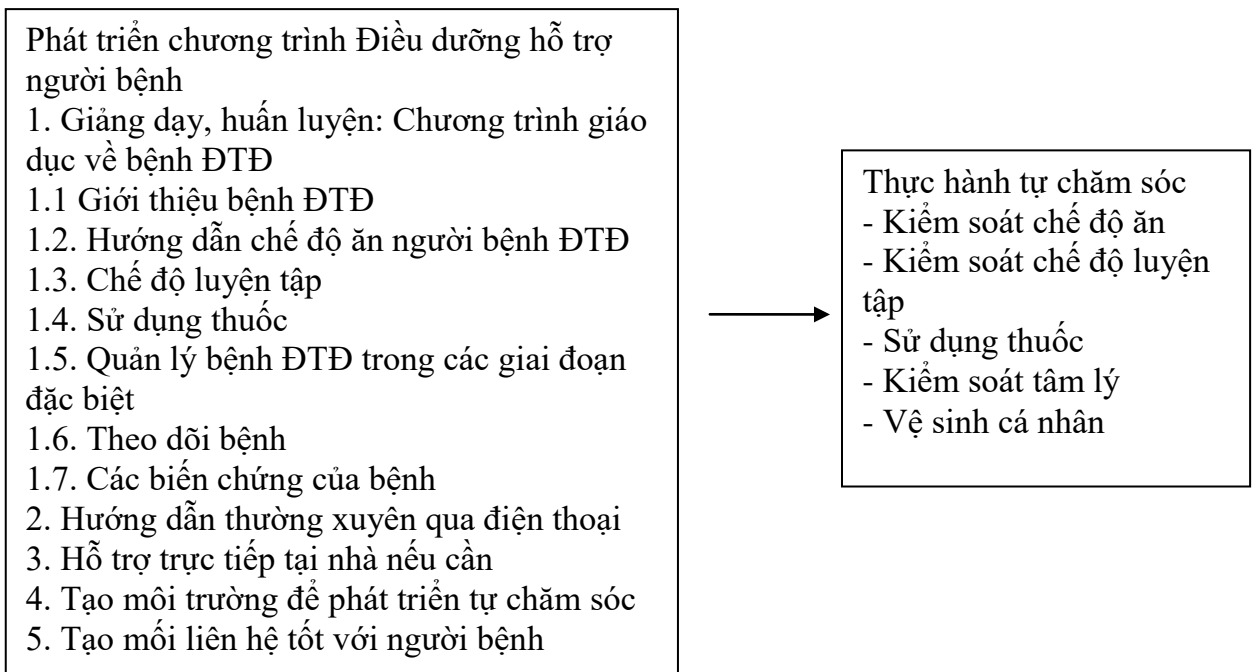
| | | |
|--------------------|----------------------------|--|
| 17, 18, 19 | Các hạn chế do dễ xúc động | |
| 24, 25, 26, 28, 30 | Sức khỏe tinh thần | |

Sử dụng bộ câu hỏi đã được việt hóa

Phương pháp phỏng vấn: điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng cách đặt các câu hỏi, người bệnh trả lời. Điều tra viên đánh dấu vào ý mà người bệnh trả lời trong phần trả lời của câu hỏi.

2.3.3. Thu thập số liệu cho mục tiêu 3

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu về kiến thức của người bệnh để xây dựng nội dung hướng dẫn cho phù hợp (các nội dung hướng dẫn: bệnh ĐTĐ, nguyên nhân gây bệnh, chế độ điều trị, cách sử dụng thuốc hợp lý, cách xây dựng chế độ ăn hợp lý, cách tập luyện hợp lý, cách theo dõi bệnh và các biến chứng, theo dõi đường máu, chế độ kiểm tra định kỳ ...) và tổ chức tập huấn cho các điều dưỡng làm nhiệm vụ tư vấn, hỗ trợ người bệnh.



Tổ chức tư vấn cho 102 người bệnh nhóm can thiệp: hướng dẫn trực tiếp do cử nhân điều dưỡng của trường Cao đẳng Y tế Thái Bình hướng dẫn.

Phát tài liệu hướng dẫn tự theo dõi, quản lý và chăm sóc bệnh ĐTĐ cho các người bệnh,

Định kỳ hàng tháng cán bộ tư vấn gọi điện trực tiếp cho người bệnh để tư vấn, theo dõi việc tuân thủ chế độ chăm sóc, điều trị.

Tiếp tục tư vấn cho người bệnh trong quá trình theo dõi can thiệp qua điện thoại trong 12 tháng:

Khi có bất cứ vấn đề gì, người bệnh gọi điện thoại hỏi và sẽ được các điều dưỡng tư vấn qua điện thoại và mời đến bệnh viện nếu cần thiết.

Các người bệnh được đánh giá về đo các chỉ số cân nặng, chiều cao, vòng eo, huyết áp, làm các xét nghiệm ... (theo mẫu số 1), đánh giá kiến thức (theo mẫu số 2), đánh giá chất lượng cuộc sống (theo mẫu số 3, 4) sau 12 tháng triển khai can thiệp tương tự như phương pháp thu thập số liệu cho mục tiêu 1 và mục tiêu 2.

2.3.4. Cách thức tiến hành

Ghi nhận các chỉ số nhân trắc của người bệnh:

Chiều cao đứng: đơn vị đo cm, độ chính xác tới 0,1 cm. Người bệnh ở tư thế đứng trên nền phẳng, hai gót chân sát nhau sao cho 4 điểm: cằm, hông, lưng, gót chạm vào thước đo. Khi đo các người bệnh bỏ giày, dép.

Cân nặng: đơn vị đo là kg, dụng cụ đo là cân điện tử có độ chính xác tới 0,1 kg. Cân được đặt trên nền cứng có độ phẳng cao, được kiểm tra và hiệu chỉnh trước khi cân. Người bệnh được mặc quần áo mỏng, đứng thẳng sao cho trọng tâm rơi vào điểm giữa cân.

Chỉ số khối cơ thể (BMI): $BMI = \text{cân nặng (kg)} / [\text{chiều cao đứng (cm)}]^2$.

Theo phân loại của IDF (2005):

BMI < 18,5 : Gày

BMI từ 18,5 đến 22,9: Bình thường

BMI \geq 23: Béo trong đó: BMI từ 23-24,9: Có nguy cơ. BMI từ 25 đến 29,9: Béo độ 1, BMI \geq 30: Béo độ 2

Vòng eo: được đo bằng thước dây không co giãn, độ chính xác đến 0,1 cm, được đo tương ứng tại điểm giữa của đường thẳng nối bờ dưới xung sườn cuối với bờ trên mào chậu theo đường nách giữa.

Ghi nhận chỉ số lâm sàng.

Huyết áp: người bệnh được nghỉ ngơi trong phòng ít nhất 10 phút trước khi đo, người bệnh được đo huyết áp ngồi ghé tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Ngoài ra, có thể đo ở các tư thế nằm, đứng. Huyết áp được đo bằng huyết áp kế đồng hồ. Bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim. Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương.

Ghi nhận chỉ số cận lâm sàng

Cho người bệnh nhịn đói vào buổi sáng lấy máu làm các xét nghiệm: glucose máu lúc đói, HbA1c, Cholesterol, Triglycerid.

Người bệnh được nghỉ ngơi thư giãn ít nhất 10 phút trước khi lấy máu. Tránh vận động mạnh trước khi lấy máu.

Sau khi đã lấy máu vào bơm tiêm, bơm từ từ 2ml máu vào thành ống nghiệm sinh hóa có chứa chất chống đông Heparin lắc thật nhẹ nhàng 3-4 lần để trộn đều ống máu

Các xét nghiệm glucose, cholesterol, triglycerid được thực hiện bằng máy sinh hóa tự động Humastar 600 tại khoa sinh hóa BVĐK thành phố Thái Bình và BVĐK Vũ Thư: ly tâm ống máu 3000⁰/5 phút; nhập mẫu bệnh phẩm vào máy; máy tự động phân tích kết quả.

Xét nghiệm HbA1c được thực hiện bằng máy sinh hóa tự động Humstar 600 theo quy trình:

Hút 500 µl dung dịch Lysing Reagent vào ống nghiệm

Hút 10 μ l máu toàn phần (lắc đều ống máu trước khi hút) vào ống nghiệm

Lắc đều ống nghiệm để trong 5 phút

Nhập dữ liệu người bệnh trên máy hóa sinh Humastar và tiến hành chạy máy như xét nghiệm hóa sinh.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data version 3.1

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5 for window

2.4.1. Phân tích số liệu mục tiêu 1

Đánh giá kiến thức của người bệnh về bệnh ĐTD theo các mức được phân loại: tốt, trung bình, kém

Người bệnh trả lời đúng từ 1-2 câu: kiến thức kém

Người bệnh trả lời đúng 3 câu: kiến thức trung bình

Người bệnh trả lời đúng 4-5 câu: kiến thức tốt

Với kiến thức chung gồm 20 câu hỏi:

Người bệnh trả lời đúng dưới 10 câu: kiến thức kém

Người bệnh trả lời đúng từ 10-14 câu: kiến thức trung bình

Người bệnh trả lời đúng từ 15 câu đến 20 câu: kiến thức tốt.

So sánh kiến thức của người bệnh với giới tính, địa bàn sống, tình trạng kiểm soát glucose máu và HbA1c qua bảng so sánh tỷ lệ. Kiến thức người bệnh được chia thành 4 nhóm: kiến thức về chế độ ăn, kiến thức về chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện, kiến thức về chế độ chăm sóc và tổng hợp kiến thức chung. So sánh nhiều hơn 2 tỷ lệ kiểm định bằng test khi bình phương hai phía. So sánh hai giá trị trung bình kiểm định bằng test t không ghép cặp.

Phân tích mối liên hệ giữa kiến thức của người bệnh với tuổi, trình độ văn hóa, thời gian điều trị bệnh theo phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến:

$$\text{Kiến thức} = \alpha + \beta \times X$$

Trong đó: Kiến thức là tổng số điểm kiến thức của người bệnh

α là hằng số

β là hệ số hồi quy

X là biến độc lập

Biến độc lập bao gồm: tuổi, trình độ văn hóa, thời gian điều trị bệnh của người bệnh

Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến:

$$\text{Kiến thức} = \alpha + \beta_1 \times X_1 + \beta_2 \times X_2 + \beta_3 \times X_3 + \beta_\alpha \times X_\alpha$$

Trong đó: Kiến thức là tổng số điểm kiến thức của người bệnh

α là hằng số

β là hệ số hồi quy

X là biến độc lập (tuổi, giới, địa bàn sống, trình độ văn hóa, thời gian điều trị bệnh, glucose, HbA1c, số biến chứng mắc phải)

2.4.2. Phân tích số liệu mục tiêu 2

Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ:

Theo bộ công cụ EQ-5D, VAS: các tình trạng sức khỏe được chuyển đổi sang điểm CLCS từ -0,594 đến 1 theo phương pháp “Trao đổi thời gian”.

Theo bộ công cụ SF 36: các tình trạng sức khỏe được phân loại và chuyển đổi sang thang điểm 100, tổng cộng có 08 nhóm chất lượng cuộc sống được đánh giá và tổng hợp thành 02 nhóm sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần.

So sánh chất lượng cuộc sống giữa nhóm người bệnh ở thành thị và nông thôn, theo giới tính, tình trạng kiểm soát huyết áp, BMI, tình trạng kiểm soát glucose máu, HbA1c. So sánh nhiều hơn 2 tỷ lệ kiểm định bằng tets khi bình phương hai phía. So sánh hai giá trị trung bình kiểm định bằng tets t không ghép cặp.

Phân tích mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ với kiến thức của người bệnh, tình trạng của người bệnh theo phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến, đa biến trong đó điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh là biến độc lập, các biến phụ thuộc gồm tuổi, giới, trình độ văn hóa, địa điểm sống, các kết quả nhân trắc, các xét nghiệm, kiến thức người bệnh ...

$$CLCS = \alpha + \beta_1 \times X_1 + \beta_2 \times X_2 + \beta_3 \times X_3 + \beta_\alpha \times X_\alpha$$

Trong đó: CLSC là điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh

α là hằng số

β là hệ số hồi quy

X là biến độc lập (tuổi, giới, địa bàn sống, trình độ văn hóa, thời gian điều trị bệnh, glucose, HbA1c, số biến chứng mắc phải, kiến thức của người bệnh)

2.4.3. Phân tích số liệu mục tiêu 3

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh tham gia vào can thiệp.

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh sau 12 tháng can thiệp, so sánh sự thay đổi của từng đặc điểm trước và sau can thiệp.

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được phân loại các nhóm kiểm soát theo quy định của Bộ Y tế về bệnh ĐTĐ:

BMI: Mục tiêu điều trị cho người bệnh ĐTĐ type 2: BMI từ 18,5 đến 22,9: mức tốt và chấp nhận được. BMI \geq 23: kiểm soát BMI ở mức kém. So sánh theo giới, địa bàn sống ...

Vòng eo (cm): theo phân loại của IDF (2005): nam giới: vòng eo <90 cm: bình thường, vòng eo \geq 90 cm: béo phì. Nữ giới: vòng eo <80 cm: bình thường, vòng eo \geq 80 cm: béo phì.

Huyết áp (mmHg): Huyết áp \leq 130/80 mmHg: người bệnh được kiểm soát tốt

Huyết áp từ 130/80 đến 140/90 mmHg: người bệnh được kiểm soát ở mức chấp nhận được.

Huyết áp > 140/90 mmHg: kiểm soát ở mức kém.

Kiểm soát glucose máu (mmol/l): kiểm soát tốt từ 4,4 mmol/l đến 6,1 mmol/l; kiểm soát mức chấp nhận được từ 6,1 mmol/l đến 7,0 mmol/l; kiểm soát ở mức kém trên 7,0 mmol/l.

Kiểm soát HbA1c (%): kiểm soát tốt <6,5%; kiểm soát mức chấp nhận được từ 6,5% đến 7,5%; kiểm soát ở mức kém trên 7,5%.

Kiểm soát cholesterol toàn phần (mmol/l): kiểm soát tốt <4,5 mmol/l; kiểm soát mức chấp nhận được từ 4,5 mmol/l đến 5,2 mmol/l; kiểm soát ở mức kém trên 5,2 mmol/l.

Kiểm soát triglyceride (mmol/l): kiểm soát tốt <1,5 mmol/l; kiểm soát mức chấp nhận được từ 1,5 mmol/l đến 2,2 mmol/l; kiểm soát ở mức kém trên 2,2 mmol/l.

Kiểm soát HDL Cholesterol (mmol/l): kiểm soát tốt >1,1 mmol/l; kiểm soát mức chấp nhận được từ 0,9 mmol/l đến 1,1 mmol/l; kiểm soát ở mức kém < 0,9 mmol/l.

Kiểm soát LDL Cholesterol (mmol/l): kiểm soát tốt <2,5 mmol/l; kiểm soát mức chấp nhận được từ 2,5 mmol/l đến 3,4 mmol/l; kiểm soát ở mức kém trên 3,4 mmol/l.

Mô tả kiến thức của người bệnh sau can thiệp, so sánh tỷ lệ theo nhóm kiến thức, so sánh giá trị trung bình, sự thay đổi điểm của kiến thức chung và kiến thức của từng lĩnh vực của người bệnh sau can thiệp, kiểm định bằng tets t ghép cặp.

Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh theo từng yếu tố theo công cụ EQ-5D, VAS, SF 36 và so sánh sự thay đổi điểm của từng yếu tố sau 12 tháng can thiệp. So sánh sự thay đổi tỷ lệ phần trăm của các yếu tố trước và sau can thiệp, kiểm định bằng tets khi bình phương McNemar

Giá trị thay đổi sau can thiệp = trung bình giá trị trước can thiệp – trung bình giá trị sau can thiệp

Phần trăm thay đổi sau can thiệp = giá trị thay đổi sau can thiệp/giá trị trước can thiệp x 100%

Từ đó rút ra kết luận về sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu giá trị thay đổi dương, can thiệp làm tăng chỉ số của người bệnh. Nếu giá trị thay đổi âm, can thiệp làm giảm chỉ số của người bệnh.

2.5. Sai số có thể gặp và các biện pháp khắc phục

2.5.1. Những sai số có thể gặp:

Những sai số hệ thống do xây dựng công cụ nghiên cứu: Bộ phiếu điều tra

Sai số lặp lại do điều tra viên

Nhiều do trả lời phỏng vấn của các đối tượng mang tính chủ quan

2.5.2. Phương pháp hạn chế sai số:

Thiết kế nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu và cách chọn mẫu chặt chẽ.

Xây dựng bộ công cụ thật rõ ràng, ngôn từ trong sáng, dễ hiểu. Tham khảo các ý kiến của chuyên gia trong lĩnh vực chuyên ngành y tế công cộng, y xã hội học, tâm lý học, chuyên gia về Đái tháo đường.

Tuyển chọn đội ngũ điều tra viên có nhiều kinh nghiệm điều tra cộng đồng.

Tập huấn kỹ, tiến hành điều tra thử, điều chỉnh bộ công cụ thật phù hợp để có thể thu thập được các thông tin đáp ứng đầy đủ mục tiêu nghiên cứu.

Giám sát chặt chẽ quá trình điều tra, nhập số liệu.

Sử dụng các phương pháp thống kê dịch tễ học và toán học để xử lý và phân tích số liệu một cách khoa học nhất.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu xuất phát từ mong muốn đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc bệnh ĐTĐ, đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp đến việc

kiểm soát bệnh và chất lượng cuộc sống người bệnh, từ đó đề xuất mô hình nhằm tăng chất lượng cuộc sống, kiểm soát tốt bệnh và giảm gánh nặng bệnh tật cho người bệnh và xã hội.

Tiến hành phổ biến đầy đủ về mục tiêu, phương pháp tiến hành, phương pháp can thiệp cho các đối tượng tham gia nghiên cứu.

Đảm bảo sự chấp nhận tham gia nghiên cứu tự nguyện, giữ bí mật các thông tin trong điều tra và phỏng vấn, chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

Các đối tượng không tham gia vào can thiệp được tư vấn trực tiếp khi phỏng vấn và được tư vấn của cán bộ y tế tại BVĐK huyện Vũ Thư khi khám định kỳ

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của người bệnh và một số yếu tố liên quan

3.1.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu.

Tổng số người bệnh nghiên cứu: 420, trong đó

Bệnh viện đa khoa Thành phố: 212 người bệnh

Bệnh viện đa khoa Vũ Thư: 208 người bệnh.

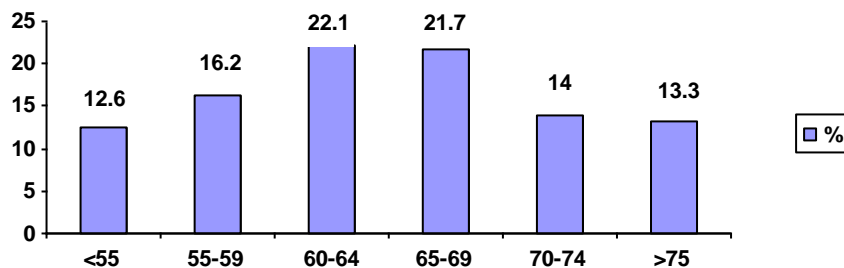
3.1.1.1. Giới

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, địa bàn (n=420)

| Địa bàn | Thành phố | | Nông thôn | | Chung | |
|---------|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Nam | 121 | 57,1 | 119 | 57,2 | 240 | 57,1 |
| Nữ | 91 | 42,9 | 89 | 42,8 | 180 | 42,9 |
| Tổng | 212 | 100 | 208 | 100 | 420 | 100 |

Có 240 người bệnh nam chiếm 57,1% và 180 người bệnh nữ chiếm 42,9%. Tỷ lệ người bệnh nam ở thành phố là 57,1%, ở nông thôn là 57,2%, tỷ lệ người bệnh nữ ở thành phố là 57,2%, ở nông thôn là 42,8%.

3.1.1.2. Tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=420)

Tuổi trung bình của người bệnh là $64,19 \pm 9,45$. Tuổi thấp nhất 35 tuổi, tuổi cao nhất 88 tuổi.

Có 12,6% người bệnh dưới 55 tuổi, 16,2% người bệnh từ 55-59 tuổi, người bệnh từ 60-64 tuổi và người bệnh từ 65-69 tuổi chiếm 22,1% và 21,7%. Có 27,3% người bệnh trên 70 tuổi.

3.1.1.3. Trình độ học vấn

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn (n=420)

| Địa bàn | Thành phố | | Nông thôn | | Chung | |
|---|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Không biết chữ | 4 | 1,9 | 1 | 0,5 | 5 | 1,2 |
| Chưa tốt nghiệp tiểu học | 18 | 8,5 | 16 | 7,7 | 64 | 8,1 |
| Tốt nghiệp tiểu học | 20 | 9,4 | 24 | 11,5 | 44 | 10,5 |
| Tốt nghiệp THCS | 61 | 28,8 | 88 | 42,3 | 149 | 35,5 |
| Tốt nghiệp THPT | 40 | 18,9 | 29 | 13,9 | 69 | 16,4 |
| Tốt nghiệp trung học chuyên nghiệp/CĐ/ĐH hoặc cao hơn | 69 | 32,5 | 50 | 24,0 | 119 | 28,3 |
| Tổng | 212 | 100 | 208 | 100 | 420 | 100 |

Người bệnh có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất (35,5%), tỷ lệ người bệnh có trình độ sau THPT chiếm 28,3%, tốt nghiệp THPT chiếm 16,4%, tốt nghiệp tiểu học chiếm 10,5%, chưa tốt nghiệp tiểu học và không biết chữ chiếm tỷ lệ thấp. Nhóm người bệnh ở thành phố có trình độ học vấn cao hơn nhóm người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

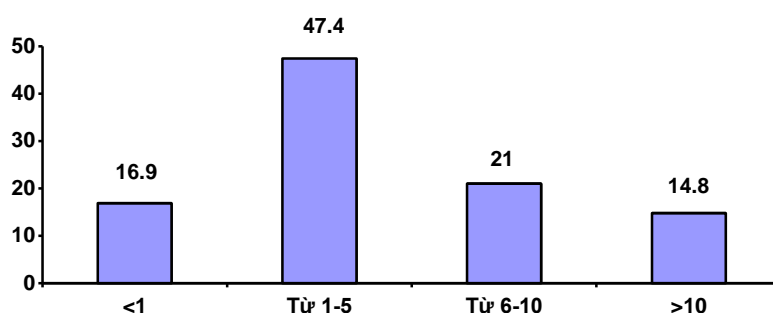
3.1.1.4. Nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp (n=420)

| Địa bàn | Thành phố | | Nông thôn | | Chung | |
|---------------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Nghỉ hưu | 114 | 53,8 | 105 | 50,5 | 219 | 52,1 |
| Nông dân | 76 | 35,8 | 81 | 38,9 | 157 | 34,1 |
| Công nhân | 2 | 0,9 | 2 | 1,0 | 4 | 1,0 |
| Buôn bán/nghề tự do | 8 | 3,8 | 7 | 3,4 | 15 | 3,6 |
| Cán bộ văn phòng | 2 | 0,9 | 2 | 1,0 | 4 | 1,0 |
| Nội trợ | 7 | 3,3 | 7 | 3,4 | 14 | 3,3 |
| Thất nghiệp | 3 | 1,4 | 4 | 1,9 | 7 | 1,7 |
| Tổng | 212 | 100 | 208 | 100 | 420 | 100 |

Người bệnh là cán bộ hưu chiếm tỷ lệ 52,1%, người bệnh làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ 34,1%. Các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp.

3.1.1.5. Thời gian điều trị

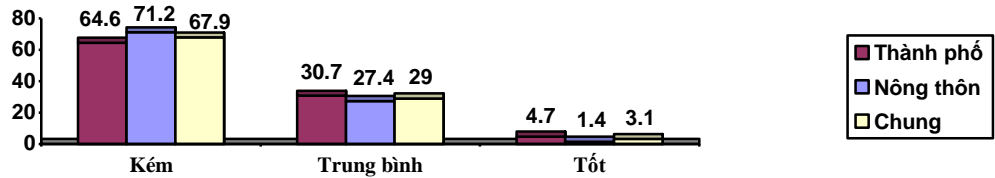


Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian điều trị (n=420)

Có 16,9% người bệnh có thời gian điều trị bệnh dưới 1 năm, 47,4% người bệnh có thời gian điều trị từ 1-5 năm, 21,0% người bệnh có thời gian điều trị từ 6-10 năm, 14,8% có thời gian điều trị trên 10 năm

Thời gian điều trị trung bình của người bệnh $5,57 \pm 4,83$ năm, thời gian điều trị ít nhất là 1 năm, nhiều nhất là 30 năm.

3.1.2. Kiến thức về chế độ ăn và một số yếu tố liên quan.



Biểu đồ 3.3. Phân bố kiến thức về chế độ ăn (n=420)

Có 67,9% người bệnh có kiến thức kém về chế độ ăn, trong đó người bệnh ở nông thôn có kiến thức kém hơn người bệnh ở thành phố. Có 3,1% người bệnh có kiến thức tốt về chế độ ăn, người bệnh ở thành phố có kiến thức cao hơn người bệnh ở nông thôn.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ ăn với địa bàn và giới tính của người bệnh (n=420)

| Kiến thức chế độ ăn | | Địa bàn | | Giới tính | |
|---------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | Thành phố | Nông thôn | Nam | Nữ |
| Kém | Số lượng | 137 | 148 | 156 | 129 |
| | Tỷ lệ % | 64,6 | 71,2 | 65 | 71,1 |
| Trung bình | Số lượng | 65 | 57 | 79 | 43 |
| | Tỷ lệ % | 30,7 | 27,4 | 32,9 | 23,9 |
| Tốt | Số lượng | 10 | 3 | 5 | 8 |
| | Tỷ lệ % | 4,7 | 1,4 | 2,1 | 4,4 |
| p | | >0,05 | | >0,05 | |

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức kém ở nông thôn là 71,2%, cao hơn tỷ lệ người bệnh ở thành phố; tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt ở thành phố là

4,7%, cao hơn ở nông thôn. Các người bệnh ở thành phố có kiến thức tốt hơn các người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Các người bệnh nam có kiến thức tốt hơn các người bệnh nữ. Tỷ lệ kiến thức kém ở người bệnh nam là 65%, tỷ lệ này ở người bệnh nữ là 71,1%. Không có mối liên quan giữa giới tính với kiến thức về chế độ ăn của người bệnh.

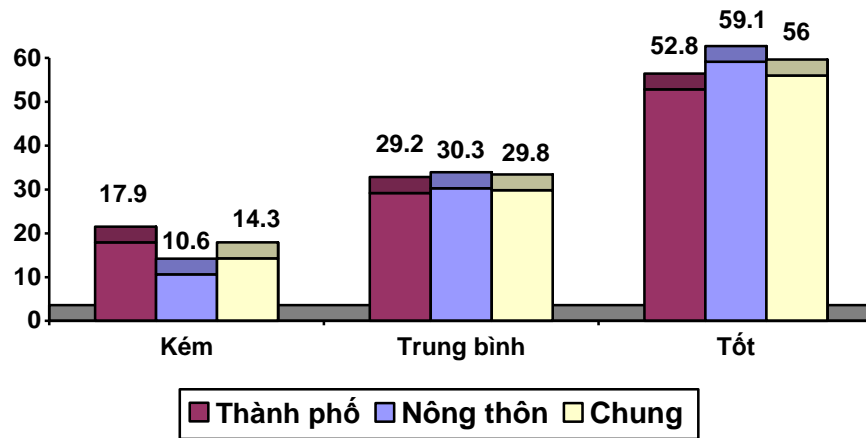
Bảng 3.5. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ ăn với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh (n=420)

| Kiến thức về chế độ ăn | | Glucose | | | HbA1c | | | Tổng |
|------------------------|----------|---------|-----------|------|-------|-----------|------|------|
| | | Tốt | Chấp nhận | Kém | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Kém | Số lượng | 37 | 56 | 192 | 88 | 93 | 104 | 285 |
| | Tỷ lệ % | 82,2 | 69,1 | 65,3 | 63,8 | 71 | 68,9 | 67,9 |
| Trung bình | Số lượng | 6 | 21 | 95 | 47 | 36 | 39 | 122 |
| | Tỷ lệ % | 13,3 | 25,9 | 32,3 | 34,1 | 27,5 | 25,8 | 29,0 |
| Tốt | Số lượng | 2 | 4 | 7 | 3 | 2 | 8 | 13 |
| | Tỷ lệ % | 4,4 | 4,9 | 2,4 | 2,2 | 1,5 | 5,3 | 3,1 |
| p | | >0,05 | | | >0,05 | | | |

Tỷ lệ người bệnh kiểm soát glucose ở mức kém có kiến thức về chế độ ăn ở mức kém chiếm 65,3%, người bệnh kiểm soát glucose ở mức chấp nhận được có kiến thức ở mức trung bình chiếm 25,9%, người bệnh có kiểm soát glucose ở mức tốt có kiến thức tốt chiếm 4,4%. Không có mối liên quan giữa mức độ kiểm soát glucose với kiến thức về chế độ ăn của người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về chế độ ăn ở mức kém và mức trung bình có mức kiểm soát HbA1c ở mức tốt, chấp nhận và mức kém tương đương nhau. Không có mối liên quan giữa kiến thức của người bệnh về chế độ ăn với mức kiểm soát HbA1c.

3.1.3. Kiến thức về chế độ tập luyện và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 3.4. Phân bố kiến thức về chế độ tập luyện (n=420)

Có 56% người bệnh có kiến thức tốt về chế độ tập luyện, có 29,8% người bệnh có kiến thức ở mức trung bình và 14,3% người bệnh có kiến thức kém về chế độ tập luyện.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với địa bàn và giới tính của người bệnh (n=420)

| Chế độ tập luyện | | Địa bàn | | Giới tính | | Tổng |
|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|------|
| | | Thành phố | Nông thôn | Nam | Nữ | |
| Kém | Số lượng | 38 | 22 | 34 | 26 | 60 |
| | Tỷ lệ % | 17,9 | 10,6 | 14,2 | 14,4 | 14,3 |
| Trung bình | Số lượng | 62 | 63 | 68 | 57 | 125 |
| | Tỷ lệ % | 29,2 | 30,3 | 28,3 | 31,7 | 29,8 |
| Tốt | Số lượng | 112 | 123 | 138 | 97 | 235 |
| | Tỷ lệ % | 52,8 | 59,1 | 57,5 | 53,9 | 56 |
| p | | >0,05 | | >0,05 | | |

Các người bệnh ở thành phố và nông thôn có tỷ lệ kiến thức về chế độ tập luyện ở các mức kém, trung bình và tốt tương đương nhau. Không có mối liên hệ giữa kiến thức về chế độ tập luyện với địa bàn sống của người bệnh.

Các người bệnh nam có kiến thức về chế độ tập luyện ở mức tốt chiếm 57,5%, cao hơn người bệnh nữ. Không có mối liên hệ giữa kiến thức về chế độ tập luyện với giới tính của người bệnh.

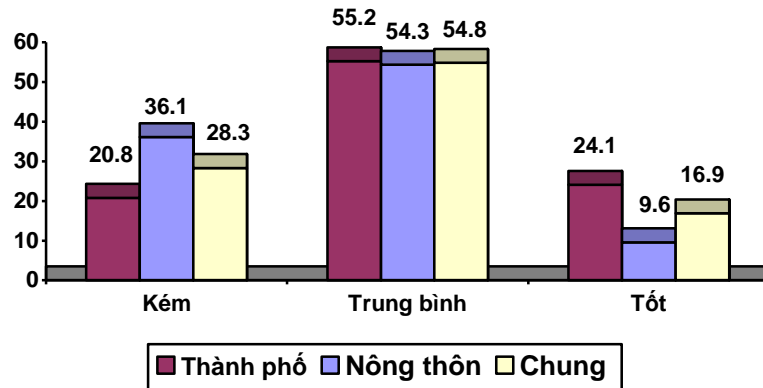
Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh (n=420)

| Chế độ tập luyện | | Glucose | | | HbA1c | | | Tổng |
|-------------------|----------|---------|-----------|------|-------|-----------|------|------|
| | | Tốt | Chấp nhận | Kém | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Kém | Số lượng | 7 | 12 | 41 | 17 | 21 | 22 | 60 |
| | Tỷ lệ % | 15,6 | 14,8 | 13,9 | 12,3 | 16 | 14,6 | 14,3 |
| Trung bình | Số lượng | 12 | 29 | 84 | 39 | 35 | 51 | 125 |
| | Tỷ lệ % | 26,7 | 35,8 | 28,6 | 28,3 | 26,7 | 33,8 | 29,8 |
| Tốt | Số lượng | 26 | 40 | 169 | 82 | 75 | 78 | 235 |
| | Tỷ lệ % | 57,8 | 49,4 | 57,5 | 59,4 | 57,3 | 51,7 | 56 |
| p | | >0,05 | | | >0,05 | | | |

Có 57,8% người bệnh có mức độ kiểm soát glucose tốt có kiến thức về chế độ luyện tập ở mức tốt, tương tự như nhóm người bệnh mức kiểm soát glucose ở mức kém và mức chấp nhận được. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với mức kiểm soát glucose máu.

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về chế độ tập luyện ở mức trung bình có mức kiểm soát HbA1c ở mức kém chiếm 33,8%, cao hơn người bệnh có kiểm soát HbA1c ở mức tốt và mức chấp nhận được. Người bệnh có kiến thức tốt có mức kiểm soát HbA1c tốt chiếm 59,4%. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với mức kiểm soát HbA1c của người bệnh.

3.1.4. Kiến thức về chế độ dùng thuốc và một số yếu tố liên quan.



Biểu đồ 3.5. Phân bố kiến thức về chế độ dùng thuốc (n=420)

Biểu đồ 3.5 cho thấy có 28,3% người bệnh có kiến thức kém về chế độ dùng thuốc, trong đó người bệnh ở nông thôn có kiến thức kém hơn người bệnh ở thành phố, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có 16,9% người bệnh có kiến thức tốt về chế độ dùng thuốc, trong đó người bệnh ở thành phố có kiến thức cao hơn người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với địa bàn và giới tính của người bệnh (n=420)

| Chế độ dùng thuốc | | Địa bàn | | Giới tính | | Tổng |
|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|------|
| | | Thành phố | Nông thôn | Nam | Nữ | |
| Kém | Số lượng | 44 | 75 | 63 | 56 | 119 |
| | Tỷ lệ % | 20,8 | 36,1 | 26,3 | 31,1 | 28,3 |
| Trung bình | Số lượng | 117 | 113 | 131 | 99 | 230 |
| | Tỷ lệ % | 55,2 | 54,3 | 54,6 | 55,0 | 54,8 |
| Tốt | Số lượng | 51 | 20 | 46 | 25 | 71 |
| | Tỷ lệ % | 24,1 | 9,6 | 19,2 | 13,9 | 16,9 |
| p | | <0,05 | | >0,05 | | |

Người bệnh ở thành phố có tỷ lệ kiến thức tốt chiếm 24,1%, cao hơn tỷ lệ người bệnh ở nông thôn, tỷ lệ người bệnh ở thành phố có kiến thức kém thấp hơn ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ người bệnh nam có kiến thức trung bình chiếm 54,6%, người bệnh nữ chiếm 55,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

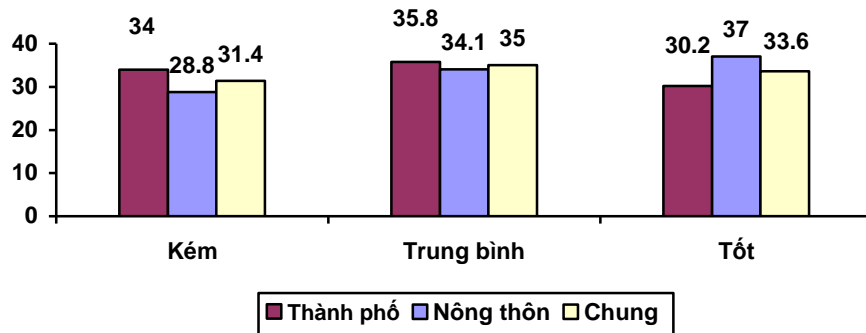
Bảng 3.9. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh (n=420)

| Chế độ dùng thuốc | | Glucose | | | HbA1c | | | Tổng |
|-------------------|----------|---------|-----------|------|-------|-----------|------|------|
| | | Tốt | Chấp nhận | Kém | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Kém | Số lượng | 12 | 33 | 74 | 45 | 32 | 42 | 119 |
| | Tỷ lệ % | 26,7 | 40,7 | 25,2 | 32,6 | 24,4 | 27,8 | 28,3 |
| Trung bình | Số lượng | 27 | 36 | 167 | 80 | 79 | 71 | 230 |
| | Tỷ lệ % | 60,0 | 44,4 | 56,8 | 58,0 | 60,3 | 47,0 | 54,8 |
| Tốt | Số lượng | 6 | 12 | 53 | 13 | 20 | 38 | 71 |
| | Tỷ lệ % | 13,3 | 14,8 | 18,0 | 25,2 | 15,3 | 9,4 | 16,9 |
| p | | >0,05 | | | <0,05 | | | |

Người bệnh có kiến thức về chế độ dùng thuốc ở mức trung bình kiểm soát mức glucose máu tốt hơn. Kiến thức về chế độ dùng thuốc của người bệnh không liên quan đến mức độ kiểm soát glucose máu..

Người bệnh có kiến thức về chế độ dùng thuốc ở mức tốt có tỷ lệ kiểm soát HbA1c ở mức tốt chiếm 25,2%, cao hơn mức kém chiếm 9,4%. Kiến thức về chế độ dùng thuốc của người bệnh có liên quan kiểm soát HbA1c.

3.1.5. Kiến thức về chế độ chăm sóc và một số yếu tố liên quan.



Biểu đồ 3.6. Phân bố kiến thức về chế độ chăm sóc (n=420)

Có 31,4% người bệnh có kiến thức kém về chế độ chăm sóc, 35% người bệnh có kiến thức trung bình và 33,6% người bệnh có kiến thức tốt về chế độ chăm sóc.

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ chăm sóc với địa bàn và giới tính của người bệnh (n=420)

| Chế độ chăm sóc | | Địa bàn | | Giới tính | | Tổng |
|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|------|
| | | Thành phố | Nông thôn | Nam | Nữ | |
| Kém | Số lượng | 72 | 60 | 65 | 67 | 132 |
| | Tỷ lệ % | 34,0 | 28,8 | 27,1 | 37,2 | 31,4 |
| Trung bình | Số lượng | 76 | 71 | 82 | 65 | 147 |
| | Tỷ lệ % | 35,8 | 34,1 | 34,2 | 36,1 | 35,0 |
| Tốt | Số lượng | 64 | 77 | 93 | 48 | 141 |
| | Tỷ lệ % | 30,2 | 37,0 | 38,8 | 26,7 | 33,6 |
| p | | >0,05 | | <0,05 | | |

Người bệnh ở nông thôn có kiến thức tốt về chế độ chăm sóc chiếm tỷ lệ 37%, cao hơn tỷ lệ người bệnh ở thành phố. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ chăm sóc với địa bàn sống của người bệnh.

Người bệnh nam có tỷ lệ kiến thức tốt chiếm 38,8% cao hơn tỷ lệ người bệnh nữ có kiến thức tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

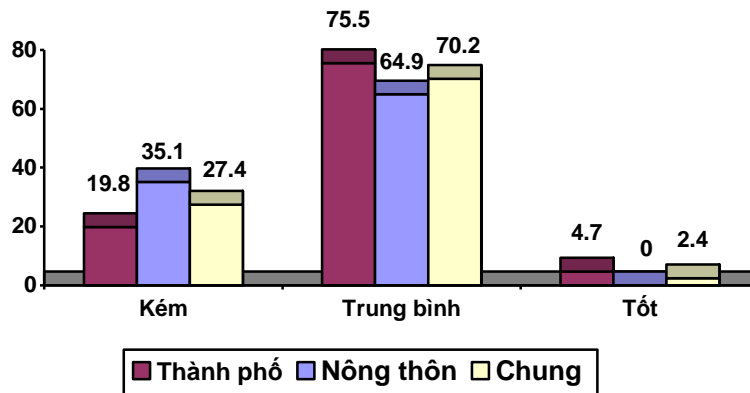
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa kiến thức về chế độ chăm sóc với kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh (n=420)

| Chế độ chăm sóc | | Glucose | | | HbA1c | | | Tổng |
|-------------------|----------|---------|-----------|------|-------|-----------|------|------|
| | | Tốt | Chấp nhận | Kém | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Kém | Số lượng | 13 | 28 | 91 | 35 | 42 | 55 | 132 |
| | Tỷ lệ % | 28,9 | 34,6 | 31,0 | 24,5 | 32,1 | 34,6 | 31,4 |
| Trung bình | Số lượng | 18 | 29 | 100 | 54 | 40 | 53 | 147 |
| | Tỷ lệ % | 40 | 35,8 | 34 | 39,1 | 30,5 | 35,1 | 35,0 |
| Tốt | Số lượng | 14 | 24 | 103 | 49 | 49 | 43 | 141 |
| | Tỷ lệ % | 31,1 | 29,6 | 35,5 | 35,5 | 37,4 | 28,5 | 33,6 |
| p | | >0,05 | | | >0,05 | | | |

Các người bệnh có kiến thức về chế độ chăm sóc ở mức trung bình có mức độ kiểm soát glucose máu ở mức tốt cao hơn người bệnh kiểm soát glucose ở mức chấp nhận được và mức kém. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với mức kiểm soát glucose máu.

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về chế độ chăm sóc ở mức tốt có kiến thức về chế độ chăm sóc ở mức trung bình cao hơn nhóm người bệnh có kiến thức ở mức kém. Không có mối liên quan giữa kiến thức của người bệnh về chế độ chăm sóc với mức kiểm soát HbA1c.

3.3.6. Kiến thức chung và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 3.7. Phân bố kiến thức chung (n=420)

Có 27,4% người bệnh có kiến thức chung ở mức kém, người bệnh ở nông thôn có kiến thức chung kém hơn người bệnh ở thành phố, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có 2,4% người bệnh có kiến thức chung ở mức tốt. Có 70,2% người bệnh có kiến thức chung ở mức trung bình.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa kiến thức chung với địa bàn và giới tính của người bệnh (n=420)

| | | Địa bàn | | Giới tính | | Tổng |
|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------|------|
| | | Thành phố | Nông thôn | Nam | Nữ | |
| Kém | Số lượng | 42 | 73 | 61 | 54 | 115 |
| | Tỷ lệ % | 19,8 | 35,1 | 25,4 | 30,0 | 27,4 |
| Trung bình | Số lượng | 160 | 135 | 171 | 124 | 295 |
| | Tỷ lệ % | 75,5 | 64,9 | 71,3 | 68,9 | 70,2 |
| Tốt | Số lượng | 10 | 0 | 8 | 2 | 10 |
| | Tỷ lệ % | 4,7 | 0 | 3,3 | 1,1 | 2,4 |
| p | | <0,05 | | >0,05 | | |

Các người bệnh ở thành phố có kiến thức ở mức trung bình chiếm 75,5%, cao hơn người bệnh ở nông thôn. Tỷ lệ kiến thức kém của người bệnh

ở nông thôn là 35,1%, cao hơn người bệnh ở thành phố. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Người bệnh nam và nữ có tỷ lệ kiến thức chung tương đương nhau, không có mối liên hệ giữa kiến thức chung với giới tính của người bệnh.

Bảng 3.13. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức chung của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến (n=420)

| Yếu tố | Hệ số hồi quy | p |
|--------------------|---------------|-------|
| Thời gian điều trị | 0,05 | <0,05 |
| Trình độ học vấn | 0,13 | <0,05 |
| Địa bàn | -1,21 | <0,05 |
| Giới tính | -0,416 | >0,05 |

Phương trình hồi quy:

Kiến thức chung = 11,363 + 0,05 x thời gian điều trị + 0,13 x trình độ học vấn -1,21 x địa bàn sống – 0,416 x giới tính

Các yếu tố thời gian điều trị, trình độ học vấn, địa bàn sống có liên quan đến kiến thức chung của người bệnh về bệnh ĐTD, trong đó, các yếu tố thời gian điều trị, trình độ học vấn có mối tương quan thuận, người bệnh có thời gian điều trị càng dài thì kiến thức chung về bệnh càng cao, người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì kiến thức chung càng tốt. Địa bàn sống có mối tương quan nghịch với kiến thức chung, người bệnh ở thành phố có kiến thức tốt hơn người bệnh ở nông thôn. Giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức chung của người bệnh.

3.1.7. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến.

3.1.7.1. Liên quan của trình độ văn hóa đến kiến thức của người bệnh.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa kiến thức với trình độ văn hóa của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến (n=420)

| Kiến thức | Hệ số hồi quy | p |
|--------------------------------|---------------|-------|
| Kiến thức về chế độ ăn | 0,035 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ tập luyện | 0,036 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ dùng thuốc | 0,013 | >0,05 |
| Kiến thức về chế độ chăm sóc | 0,055 | <0,05 |
| Kiến thức chung | 0,149 | <0,05 |

Trình độ văn hóa của người bệnh có liên quan đến kiến thức chung, kiến thức về chế độ ăn, kiến thức về chế độ tập luyện, kiến thức về chế độ chăm sóc với hệ số hồi quy dương. Kiến thức về chế độ dùng thuốc không liên quan đến trình độ văn hóa của người bệnh.

3.1.7.2. Liên quan thời gian điều trị đến kiến thức của người bệnh.

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa kiến thức với thời gian điều trị của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến (n=420)

| Kiến thức | Hệ số hồi quy | p |
|--------------------------------|---------------|-------|
| Kiến thức về chế độ ăn | 0,019 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ tập luyện | 0,006 | >0,05 |
| Kiến thức về chế độ dùng thuốc | 0,026 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ chăm sóc | -0,002 | >0,05 |
| Kiến thức chung | 0,56 | <0,05 |

Thời gian điều trị của người bệnh có liên quan đến kiến thức chung, kiến thức về chế độ ăn và kiến thức về chế độ dùng thuốc với hệ số hồi quy

ương. Kiến thức về chế độ tập luyện, chế độ chăm sóc không liên quan đến thời gian điều trị của người bệnh.

3.1.7.3. Liên quan tuổi đến kiến thức của người bệnh.

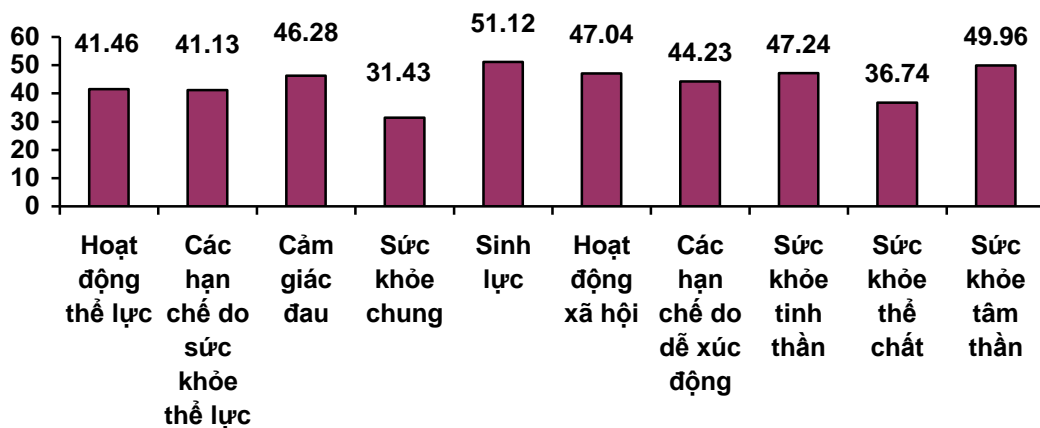
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa kiến thức với tuổi của người bệnh qua phân tích hồi quy đơn biến (n=420)

| Kiến thức | Hệ số hồi quy | p |
|--------------------------------|---------------|-------|
| Kiến thức về chế độ ăn | 0,013 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ tập luyện | -0,002 | >0,05 |
| Kiến thức về chế độ dùng thuốc | 0,012 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ chăm sóc | -0,002 | >0,05 |
| Kiến thức chung | 0,024 | <0,05 |

Tuổi của người bệnh có liên quan đến kiến thức chung, kiến thức về chế độ ăn và kiến thức về chế độ dùng thuốc với hệ số hồi quy dương. Kiến thức về chế độ tập luyện, chế độ chăm sóc không liên quan đến thời gian điều trị của người bệnh.

3.2. Chất lượng cuộc sống theo công cụ SF 36

3.2.1. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống



Biểu đồ 3.8. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống (n=420)

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo các khía cạnh về sức khỏe là sinh lực 51,12, sức khỏe tinh thần 47,24, hoạt động xã hội 47,04, cảm giác đau 46,28, các hạn chế do dễ xúc động 44,23, hoạt động thể lực 41,46, các hạn chế do sức khỏe thể lực 41,13, sức khỏe chung 31,43. Trong đó, cao nhất là điểm trung bình sinh lực, thấp nhất là điểm trung bình sức khỏe chung.

Tính chung 8 lĩnh vực đánh giá, sức khỏe thể chất của người bệnh có điểm số trung bình là 36,74 điểm, sức khỏe tâm thần của người bệnh có điểm số trung bình là 49,96 điểm

3.2.2. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo địa bàn.

Bảng 3.17. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo địa bàn (n=420).

| SF 36 | Địa bàn | | p |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------|
| | Thành phố | Nông thôn | |
| Hoạt động thể lực | 44,86 | 37,99 | <0,05 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 43,85 | 38,35 | <0,05 |
| Cảm giác đau | 47,88 | 44,66 | <0,05 |
| Sức khỏe chung | 33,08 | 29,75 | <0,05 |
| Sinh lực | 53,26 | 48,93 | <0,05 |
| Hoạt động xã hội | 49,40 | 44,64 | <0,05 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 46,94 | 41,47 | <0,05 |
| Sức khỏe tinh thần | 50,23 | 44,19 | <0,05 |

Điểm số cao nhất về chất lượng cuộc sống của người bệnh là lĩnh vực sinh lực, người bệnh ở thành phố đạt 53,26 điểm, người bệnh ở nông thôn đạt 48,93 điểm.

Điểm số thấp nhất về chất lượng cuộc sống của người bệnh là lĩnh vực sức khỏe chung, ở nông thôn đạt 29,75 điểm, thấp hơn người bệnh ở thành phố là 33,08 điểm.

Người bệnh ở thành phố có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh ở nông thôn ở 8 lĩnh vực được đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo giới tính.

Bảng 3.18. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo giới tính (n=420).

| SF 36 | Giới | | p |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| | Nam | Nữ | |
| Hoạt động thể lực | 40,39 | 42,88 | <0,05 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 39,77 | 42,93 | <0,05 |
| Cảm giác đau | 45,90 | 46,79 | >0,05 |
| Sức khỏe chung | 31,78 | 30,96 | >0,05 |
| Sinh lực | 51,26 | 50,93 | >0,05 |
| Hoạt động xã hội | 46,21 | 48,15 | <0,05 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 42,97 | 45,90 | <0,05 |
| Sức khỏe tinh thần | 47,09 | 47,44 | >0,05 |

Điểm số trung bình về hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, cảm giác đau, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động và sức khỏe tinh thần ở người bệnh nữ cao hơn điểm số trung bình ở nhóm người bệnh nam. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ở lĩnh vực hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, hoạt động xã hội, các hạn chế dễ xúc động.

Lĩnh vực sức khỏe chung, sinh lực trung bình điểm số người bệnh nam cao hơn người bệnh nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức glucose.

Bảng 3.19. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức glucose (n=420).

| SF 36 | Glucose | | | p |
|---------------------------------|---------|-----------|-------|-------|
| | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Hoạt động thể lực | 44,94 | 44,84 | 39,99 | <0,05 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 44,45 | 44,80 | 39,60 | <0,05 |
| Cảm giác đau | 50,75 | 47,88 | 45,16 | <0,05 |
| Sức khỏe chung | 34,10 | 32,70 | 30,67 | <0,05 |
| Sinh lực | 52,55 | 53,56 | 50,22 | <0,05 |
| Hoạt động xã hội | 50,34 | 48,87 | 46,03 | <0,05 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 48,52 | 47,11 | 42,78 | <0,05 |
| Sức khỏe tinh thần | 50,10 | 49,29 | 46,23 | <0,05 |

Người bệnh có mức kiểm soát glucose ở mức tốt và mức chấp nhận được có điểm số trung bình về chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh có mức độ kiểm soát glucose ở mức kém ở tất cả các lĩnh vực đánh giá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Các lĩnh vực các hạn chế do sức khỏe thể lực, sinh lực, người bệnh kiểm soát glucose ở mức chấp nhận được có điểm số trung bình chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh ở nhóm kiểm soát tốt glucose, tuy nhiên điểm số cao hơn không nhiều.

3.2.5. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức HbA1c.

Bảng 3.20. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức HbA1c (n=420).

| SF 36 | HbA1c | | | p |
|---------------------------------|-------|-----------|-------|-------|
| | Tốt | Chấp nhận | Kém | |
| Hoạt động thể lực | 40,06 | 41,14 | 43,01 | >0,05 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 42,04 | 40,38 | 40,93 | >0,05 |
| Cảm giác đau | 47,01 | 45,46 | 46,33 | >0,05 |
| Sức khỏe chung | 31,36 | 30,60 | 32,22 | >0,05 |
| Sinh lực | 50,44 | 50,93 | 51,89 | >0,05 |
| Hoạt động xã hội | 46,99 | 45,83 | 48,14 | >0,05 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 45,16 | 43,09 | 44,37 | >0,05 |
| Sức khỏe tinh thần | 45,65 | 46,77 | 49,10 | <0,05 |

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống trong các lĩnh vực hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, cảm giác đau, sức khỏe chung, sinh lực, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động ở nhóm người bệnh kiểm soát tốt HbA1c cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát kém HbA1c, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Điểm số trung bình về lĩnh vực sức khỏe tinh thần ở nhóm người bệnh kiểm soát tốt HbA1c thấp hơn nhóm người bệnh kiểm soát HbA1c ở mức chấp nhận được và mức kém, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2.6. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo mức huyết áp tâm thu.

Bảng 3.21. Phân bố điểm số chất lượng cuộc sống theo kiểm soát huyết áp tâm thu (n=420).

| SF 36 | Kiểm soát huyết áp | | P |
|---------------------------------|--------------------|-----------|-------|
| | Tốt | Không tốt | |
| Hoạt động thể lực | 68,50 | 52,17 | <0,05 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 54,13 | 33,71 | <0,05 |
| Cảm giác đau | 69,69 | 56,21 | >0,05 |
| Sức khỏe chung | 32,88 | 26,08 | <0,05 |
| Sinh lực | 61,33 | 56,14 | <0,05 |
| Hoạt động xã hội | 79,82 | 71,23 | <0,05 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 68,81 | 58,07 | >0,05 |
| Sức khỏe tinh thần | 72,02 | 67,21 | <0,05 |

Người bệnh kiểm soát tốt huyết áp tâm thu có điểm số trung bình lĩnh vực hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, sức khỏe chung, sinh lực, hoạt động xã hội, sức khỏe tinh thần cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát không tốt huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về lĩnh vực cảm giác đau và các hạn chế do dễ xúc động ở nhóm người bệnh kiểm soát tốt huyết áp tâm thu cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát không tốt huyết áp tâm thu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.7. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với kiến thức của người bệnh.

Bảng 3.22. Liên quan giữa sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần với kiến thức của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến (n=420).

| Kiến thức | Sức khỏe thể chất | | Sức khỏe tinh thần | |
|--------------------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|
| | Hệ số hồi quy | p | Hệ số hồi quy | p |
| Kiến thức về chế độ ăn | 1,25 | <0,05 | -0,363 | >0,05 |
| Kiến thức về chế độ tập luyện | -0,740 | >0,05 | 1,297 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ dùng thuốc | 0,306 | >0,05 | 2,276 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ chăm sóc | -0,841 | >0,05 | -0,597 | >0,05 |

Phương trình hồi quy:

Sức khỏe thể chất = 38,37 + 1,25 x kiến thức về chế độ ăn - 0,74 x kiến thức về chế độ tập luyện + 0,306 x kiến thức về chế độ dùng thuốc - 0,081 kiến thức về chế độ chăm sóc

Sức khỏe tâm thần = 50,31 -0,363 x kiến thức về chế độ ăn + 1,297 x kiến thức về chế độ tập luyện + 2,276 x kiến thức về chế độ dùng thuốc - 0,597 kiến thức về chế độ chăm sóc

Bảng 3.22 cho thấy có mối liên quan giữa sức khỏe thể chất của người bệnh với kiến thức về chế độ ăn với tương quan thuận. Kiến thức về chế độ tập luyện, chế độ dùng thuốc và chế độ chăm sóc không có mối liên quan với sức khỏe thể chất của người bệnh.

Có mối liên quan giữa sức khỏe tâm thần của người bệnh với kiến thức về chế độ tập luyện và kiến thức về chế độ dùng thuốc với mối tương quan

thuận. Kiến thức về chế độ ăn và chế độ chăm sóc không có mối liên quan với sức khỏe tâm thần của người bệnh.

3.2.8. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với biến chứng của người bệnh.

Bảng 3.23. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống với biến chứng của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến (n=420).

| Biến chứng | FP | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Tăng huyết áp | -7,6 | -11,8 | NS | NS | -2,9 | NS | NS | NS |
| Thần kinh | -15,5 | -18,3 | -12,3 | -3,4 | -6,1 | -5,5 | -20,7 | -9,8 |
| Mắt | -11,2 | -10,6 | NS | -4,1 | NS | -7,4 | -10,5 | NS |
| Tim mạch | -16,5 | -23,4 | -13,8 | -6,6 | -6,7 | -9,6 | -20,8 | -9,1 |
| Thận | -8,9 | -14,3 | NS | NS | NS | -9,8 | -14,8 | NS |
| Chi | -9,1 | -12,1 | -17,8 | -3,0 | -4,4 | -4,3 | -17,3 | -8,6 |

Chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể lực và chất lượng cuộc sống có liên quan đến các hạn chế do sức khỏe thể lực có mối liên quan nghịch với tất cả các biến chứng người bệnh mắc phải.

Chất lượng cuộc sống về cảm giác đau có mối liên quan nghịch với biến chứng về thần kinh, tim mạch và chi.

Chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung có mối liên quan nghịch với biến chứng về thần kinh, mắt, tim mạch và chi.

Chất lượng cuộc sống về sinh lực có mối liên quan nghịch với các biến chứng về tăng huyết áp, thần kinh, tim mạch và chi.

Chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội có mối tương quan nghịch với biến chứng về thần kinh, mắt, tim mạch, thận và chi.

Chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động có mối tương quan nghịch với các biến chứng thần kinh, tim mạch và chi.

3.2.9. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Bảng 3.24. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe thể chất qua phân tích hồi quy đa biến (n=420).

| Yếu tố | Hệ số hồi quy | p |
|------------------------|---------------|-------|
| Địa bàn | -2,980 | <0,05 |
| Tuổi | -0,147 | <0,05 |
| Biến chứng | -3,482 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ ăn | 1,379 | <0,05 |
| Glucose | -0,326 | <0,05 |

Phương trình hồi quy:

Sức khỏe thể chất = 57,42 – 2,98 x địa bàn sống – 0,147 x tuổi – 3,482 x biến chứng + 1,379 x kiến thức chế độ ăn – 0,326 x glucose

Sức khỏe thể chất của người bệnh có mối liên quan với địa bàn sống, tuổi, biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ ăn và glucose, trong đó kiến thức về chế độ ăn có mối tương quan thuận với sức khỏe thể chất của người bệnh, các yếu tố địa bàn sống, tuổi, biến chứng mắc phải và glucose máu có mối tương quan nghịch với sức khỏe thể chất của người bệnh.

Bảng 3.25. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần qua phân tích hồi quy đa biến (n=420).

| Yếu tố | Hệ số hồi quy | p |
|--------------------------------|---------------|-------|
| Địa bàn | -3,104 | <0,05 |
| Biến chứng | -5,540 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ tập luyện | 0,786 | <0,05 |
| Kiến thức về chế độ dùng thuốc | 1,856 | <0,05 |

Phương trình hồi quy:

Sức khỏe tâm thần = 56,77 – 3,104 x địa bàn sống – 5,54 x biến chứng + 0,786 x kiến thức chế độ tập luyện + 1,856 x kiến thức chế độ dùng thuốc.

Các yếu tố địa bàn sống, biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ tập luyện, kiến thức về chế độ dùng thuốc có liên quan đến sức khỏe tâm thần của người bệnh, trong đó kiến thức về chế độ tập luyện, kiến thức về chế độ dùng thuốc có mối tương quan thuận với sức khỏe tâm thần của người bệnh, yếu tố địa bàn sống và biến chứng mắc phải có mối tương quan nghịch với sức khỏe tâm thần của người bệnh.

3.3. Chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và VAS

3.3.1. Phân bố điểm chất lượng cuộc sống theo giới, địa bàn.

Bảng 3.26. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo giới (n=420).

| Công cụ | Giới | | Chung | p |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| | Nam | Nữ | | |
| EQ-5D | 0,738 | 0,716 | 0,729 | >0,05 |
| VAS | 67,56 | 67,11 | 67,37 | >0,05 |

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống đánh giá theo công cụ EQ-5D là 0,729, ở người bệnh nam là 0,738, ở người bệnh nữ là 0,716. Không có sự khác biệt giữa người bệnh nam và nữ.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống đánh giá theo công cụ VAS là 63,37 điểm, ở người bệnh nam là 67,56, ở người bệnh nữ là 67,11. Không có sự khác biệt giữa người bệnh nam và nữ.

Bảng 3.27. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo địa bàn (n=420).

| Công cụ | Địa bàn | | Chung | p |
|---------|-----------|-----------|-------|-------|
| | Thành phố | Nông thôn | | |
| EQ-5D | 0,753 | 0,704 | 0,729 | <0,05 |
| VAS | 68,75 | 65,96 | 67,37 | <0,05 |

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống đánh giá theo bộ công cụ EQ-5D của người bệnh ở thành phố là 0,753, ở người bệnh ở nông thôn là 0,704. Người bệnh ở thành phố có chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống đánh giá theo bộ công cụ VAS của người bệnh ở thành phố là 68,75, ở người bệnh ở nông thôn là 65,96. Người bệnh ở thành phố có chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.3.2. Ảnh hưởng của biến chứng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Bảng 3.28. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D theo biến chứng (n=420).

| Biến chứng | Trung bình điểm số theo EQ-5D | | p |
|------------|-------------------------------|---------------|-------|
| | Không biến chứng | Có biến chứng | |
| Thần kinh | 0,765 | 0,606 | <0,05 |
| Mắt | 0,780 | 0,664 | <0,05 |
| Tim mạch | 0,769 | 0,594 | <0,05 |
| Thận | 0,739 | 0,609 | <0,05 |
| Chi | 0,814 | 0,655 | <0,05 |

Người bệnh không có biến chứng thần kinh có điểm số trung bình theo EQ-5D là 0,765, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 0,606. Biến chứng thần kinh làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng mắt có điểm số trung bình theo EQ-5D là 0,780, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 0,664. Biến chứng mắt làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng tim mạch có điểm số trung bình theo EQ-5D là 0,769, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 0,594. Biến chứng tim mạch làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng thận có điểm số trung bình theo EQ-5D là 0,739, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 0,609. Biến chứng thận làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng chi có điểm số trung bình theo EQ-5D là 0,814, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 0,655. Biến chứng chi làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Bảng 3.29. Phân bố trung bình điểm số chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS theo biến chứng(n=420).

| Biến chứng | Trung bình điểm số theo VAS | | P |
|------------|-----------------------------|---------------|-------|
| | Không biến chứng | Có biến chứng | |
| Thần kinh | 68,53 | 63,51 | <0,05 |
| Mắt | 69,46 | 64,79 | <0,05 |
| Tim mạch | 68,86 | 62,53 | <0,05 |
| Thận | 67,86 | 62,08 | <0,05 |
| Chi | 69,87 | 65,24 | <0,05 |

Người bệnh không có biến chứng thần kinh có điểm số trung bình theo VAS là 68,55, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 63,51. Biến chứng thần kinh làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng mắt có điểm số trung bình theo VAS là 69,46, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 64,79. Biến chứng mắt làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng tim mạch có điểm số trung bình theo VAS là 68,86, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 62,53. Biến chứng tim mạch làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng thận có điểm số trung bình theo VAS là 67,86, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 62,08. Biến chứng thận làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Người bệnh không có biến chứng chi có điểm số trung bình theo VAS là 69,87, điểm trung bình ở người bệnh có biến chứng là 65,24. Biến chứng chi làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

3.3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đánh giá theo công cụ EQ-5D và VAS

Bảng 3.30. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D qua phân tích hồi quy đa biến (n=420).

| Yếu tố | Hệ số hồi quy | p |
|------------------|----------------------|----------|
| Tuổi | -0,004 | <0,05 |
| Kiến thức chung | 0,012 | <0,05 |
| Số biến chứng | -0,086 | <0,05 |
| Huyết áp tâm thu | -0,003 | <0,05 |

Phương trình hồi quy:

$EQ-5D = 0,65 - 0,004 \times \text{tuổi} + 0,012 \times \text{kiến thức chung} - 0,086 \times \text{biến chứng} - 0,003 \times \text{huyết áp tâm thu}$

Chất lượng cuộc sống của người bệnh đánh giá theo công cụ EQ-5D có liên quan đến tuổi, kiến thức chung, số biến chứng mắc phải và mức huyết áp tâm thu của người bệnh, trong đó, yếu tố kiến thức chung có mối tương quan thuận với chất lượng cuộc sống của người bệnh, các yếu tố tuổi, số biến chứng mắc phải và huyết áp tâm thu có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Bảng 3.31. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS qua phân tích hồi quy đa biến(n=420).

| Yếu tố | Hệ số hồi quy | p |
|------------------|---------------|-------|
| Địa bàn sống | -2,398 | <0,05 |
| Số biến chứng | -3,050 | <0,05 |
| Huyết áp tâm thu | -0,084 | <0,05 |

Phương trình hồi quy:

$VAS = 65,74 - 2,398 \times \text{địa bàn sống} - 3,05 \times \text{biến chứng} - 0,084 \times \text{huyết áp tâm thu}$.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh đánh giá theo công cụ VAS có liên quan đến địa bàn sống, số biến chứng mắc phải và mức huyết áp tâm thu của người bệnh, trong đó, các yếu tố địa bàn sống, số biến chứng mắc phải và huyết áp tâm thu có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống của người bệnh.

3.4. Hiệu quả giải pháp quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà

3.4.1. Thay đổi đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp.

3.4.1.1. Thay đổi đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp.

Bảng 3.32. Thay đổi mức kiểm soát BMI của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102)

| Mức kiểm soát BMI | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|-------------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Kiểm soát mức tốt | 66 | 64,7 | 68 | 66,7 | >0,05 |
| Kiểm soát mức kém | 36 | 35,3 | 34 | 33,3 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Có 64,7% người bệnh kiểm soát BMI ở mức tốt, có 35,3% người bệnh thừa cân, béo phì. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt BMI tăng lên, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.33. Thay đổi kiểm soát chỉ số vòng eo của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102)

| Vòng eo | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|-------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Bình thường | 62 | 60,8 | 63 | 61,8 | >0,05 |
| Cao | 40 | 39,2 | 39 | 38,2 | |
| Chung | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Có 60,8% người bệnh có vòng eo ở mức bình thường trước can thiệp (vòng eo < 90 cm với nam và < 80 cm với nữ), có 39,2% người bệnh có

vòng eo cao hơn. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có vòng eo bình thường tăng lên 61,8%, tỷ lệ người bệnh có vòng eo cao giảm xuống 38,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.34. Thay đổi mức kiểm soát huyết áp tâm thu của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102)

| Mức kiểm soát huyết áp tâm thu | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|--------------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|--------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 58 | 56,9 | 59 | 57,8 | p>0,05 |
| Chấp nhận được | 16 | 15,7 | 15 | 14,7 | |
| Kém | 28 | 27,5 | 28 | 27,5 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

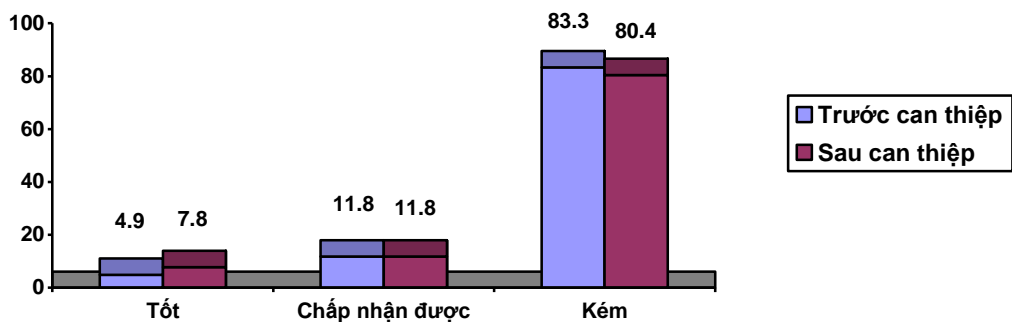
Có 27,5% người bệnh kiểm soát huyết áp tâm thu ở mức kém, 59,6% người bệnh kiểm soát huyết áp tâm thu ở mức chấp nhận được. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt huyết áp tâm thu tăng lên không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.35. Thay đổi mức kiểm soát huyết áp tâm trương của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102)

| Mức kiểm soát huyết áp tâm trương | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|-----------------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|--------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 79 | 77,5 | 46 | 74,5 | p>0,05 |
| Chấp nhận được | 13 | 12,7 | 22 | 21,6 | |
| Kém | 10 | 9,8 | 4 | 3,9 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Có 9,8% người bệnh kiểm soát huyết áp tâm trương ở mức kém, 77,5% người bệnh kiểm soát huyết áp tâm trương ở mức tốt. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát huyết áp tâm trương ở mức kém giảm từ 9,8% xuống 3,9%, chỉ số giảm không có ý nghĩa thống kê.

3.4.1.2. *Thay đổi đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp.*



Biểu đồ 3.9. Thay đổi mức kiểm soát glucose máu của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102).

Có 83,3% người bệnh kiểm soát đường huyết ở mức kém, có 11,8% % người bệnh kiểm soát đường huyết ở mức chấp nhận được, có 4,8% người bệnh có mức kiểm soát đường huyết tốt. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát glucose mức tốt tăng từ 4,9% lên 7,8%, người bệnh kiểm soát glucose ở mức kém giảm từ 83,3% xuống 80,4%. Tỷ lệ giảm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.36. Thay đổi mức kiểm soát HbA1c của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102).

| Mức kiểm soát HbA1c | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|---------------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 32 | 31,4 | 45 | 44,1 | <0,05 |
| Chấp nhận | 35 | 34,3 | 38 | 37,3 | |
| Kém | 35 | 34,3 | 19 | 18,6 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Có 31,4% người bệnh kiểm soát tốt HbA1c, 34,3% người bệnh kiểm soát HbA1c ở mức chấp nhận được, có tới 34,3% người bệnh kiểm soát HbA1c ở mức kém. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát HbA1c ở mức tốt tăng từ 31,4% lên 44,1%, tỷ lệ người bệnh kiểm soát HbA1c ở mức kém giảm từ 34,3% xuống 18,6%. Tỷ lệ thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.37. Thay đổi mức kiểm soát Cholesterol của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102).

| Mức kiểm soát Cholesterol | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|---------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 54 | 52,9 | 52 | 51,0 | >0,05 |
| Chấp nhận | 23 | 22,5 | 22 | 21,6 | |
| Kém | 25 | 24,5 | 28 | 27,5 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Có 52,9% người bệnh kiểm soát Cholesterol ở mức tốt, 22,5% kiểm soát cholesterol ở mức chấp nhận được và có 24,5% người bệnh kiểm soát

cholesterol ở mức kém. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát ở mức tốt không tăng lên.

Bảng 3.38. Thay đổi mức kiểm soát Triglycerid của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (n=102).

| Kiểm soát Triglyceride | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 26 | 25,5 | 29 | 28,4 | >0,05 |
| Chấp nhận | 32 | 31,4 | 31 | 30,4 | |
| Kém | 44 | 43,1 | 42 | 41,2 | |

Có 25,5% người bệnh kiểm soát triglyceride ở mức tốt, 31,4% kiểm soát ở mức chấp nhận được và có 43,1% người bệnh kiểm soát triglycerid ở mức kém. Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát triglyceride ở mức tốt tăng từ 25,5% lên 28,4%, tỷ lệ người bệnh kiểm soát triglyceride ở mức kém giảm không đáng kể từ 43,1% xuống còn 41,2%, sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê.

3.4.3. Thay đổi về kiến thức của người bệnh trước và sau can thiệp

Bảng 3.39. Thay đổi kiến thức về chế độ ăn của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp (n=102).

| Kiến thức về chế độ ăn | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p |
|------------------------|-----------------|---------|---------------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Kém | 71 | 69,6 | 34 | 33,3 | <0,05 |
| Trung bình | 31 | 30,4 | 54 | 52,9 | |
| Tốt | 0 | 0 | 14 | 13,7 | |
| Tổng | 102 | 100 | 102 | 100 | |

Sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ ăn giảm từ 69,6% xuống còn 33,3%, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt tăng từ 0% lên 13,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.40. Thay đổi về kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp (n=102).

| Kiến thức | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p | Chỉ số tăng | Phần trăm tăng |
|-------------------|-----------------|------|---------------|------|-------|-------------|----------------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | | |
| Chế độ ăn | 1,93 | 0,87 | 2,79 | 0,68 | <0,05 | 0,86 | 44,6 |
| Chế độ tập luyện | 3,64 | 0,72 | 3,97 | 0,43 | <0,05 | 0,33 | 9,1 |
| Chế độ dùng thuốc | 2,78 | 0,75 | 3,95 | 0,36 | <0,05 | 1,17 | 42,1 |
| Chế độ chăm sóc | 3,08 | 1,1 | 3,14 | 0,45 | >0,05 | 0,06 | 1,9 |
| Chung | 11,43 | 2,10 | 13,85 | 0,95 | <0,05 | 2,42 | 21,2 |

Sau can thiệp, trung bình số câu trả lời đúng về chế độ ăn của người bệnh tăng lên từ 1,93 câu lên 2,79 câu. Can thiệp làm tăng kiến thức về chế độ ăn của người bệnh lên 44,6% có ý nghĩa thống kê.

Trung bình số câu trả lời đúng về chế độ tập luyện của người bệnh tăng lên từ 3,64 câu lên 3,97 câu. Can thiệp làm tăng kiến thức về chế độ tập luyện của người bệnh lên 9,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, trung bình số câu trả lời đúng về chế độ dùng thuốc của người bệnh tăng lên từ 2,78 câu lên 3,95 câu. Can thiệp làm tăng kiến thức về chế độ ăn của người bệnh lên 42,1% có ý nghĩa thống kê.

Trung bình số câu trả lời đúng về chế độ chăm sóc của người bệnh tăng lên từ 3,08 câu lên 3,14 câu. Can thiệp làm tăng kiến thức về chế độ tập luyện của người bệnh lên 1,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Về kiến thức chung, sau can thiệp, số câu trả lời đúng của người bệnh tăng từ 11,43 câu lên 13,85 câu, tăng 21,2% so với trước khi can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.4.3. Thay đổi về chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp theo công cụ SF36.

Bảng 3.41. Thay đổi về 8 lĩnh vực chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp theo SF-36 (n=102).

| SF 36 | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p | Chỉ số tăng | Phần trăm tăng |
|---------------------------------|-----------------|-------|---------------|-------|-------|-------------|----------------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | | |
| Hoạt động thể lực | 34,69 | 9,69 | 36,84 | 8,78 | >0,05 | 2,12 | 6,1 |
| Các hạn chế do sức khỏe thể lực | 36,02 | 10,41 | 44,34 | 11,93 | <0,05 | 8,32 | 23,1 |
| Cảm giác đau | 40,82 | 8,07 | 46,95 | 10,21 | <0,05 | 6,14 | 15,0 |
| Sức khỏe chung | 28,19 | 5,34 | 33,01 | 6,95 | <0,05 | 4,82 | 17,1 |
| Sinh lực | 47,38 | 4,96 | 52,56 | 7,33 | <0,05 | 5,18 | 10,9 |
| Hoạt động xã hội | 43,31 | 8,02 | 46,03 | 9,88 | <0,05 | 2,72 | 6,3 |
| Các hạn chế do dễ xúc động | 37,45 | 13,65 | 47,01 | 12,07 | <0,05 | 9,56 | 25,5 |
| Sức khỏe tinh thần | 41,06 | 7,78 | 49,42 | 9,50 | <0,05 | 8,36 | 20,4 |

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực tăng 2,21 điểm, tăng 6,1%, từ 34,69 điểm lên 36,81 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về hoạt động thể lực không có ý nghĩa thống kê.

Điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực tăng 23,1%, tương ứng với 8,32 điểm, từ 36,02 điểm lên 44,34 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về các hạn chế do sức khỏe thể lực có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về cảm giác đau tăng 6,14 điểm, tăng 15%, từ 40,82 điểm lên 46,95 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về cảm giác đau có ý nghĩa thống kê.

Điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung tăng 17,1%, tương ứng với 4,82 điểm, từ 28,19 điểm lên 33,01 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về sức khỏe chung có ý nghĩa thống kê.

Điểm số chất lượng cuộc sống về sinh lực tăng 10,9%%, tương ứng với 5,18 điểm, từ 47,38 điểm lên 52,56 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về sức khỏe chung có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội tăng 2,72 điểm, tăng 6,3%, từ 43,31 điểm lên 46,03 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về hoạt động xã hội có ý nghĩa thống kê.

Điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động tăng 25,5%, tương ứng với 9,56 điểm, từ 37,5 điểm lên 47,01 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về sức khỏe chung có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần tăng 8,36 điểm, tăng 20,4%, từ 41,06 điểm lên 49,42 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về hoạt động xã hội có ý nghĩa thống kê.

Điểm số chất lượng cuộc sống về các sức khỏe thể chất tăng 10,6%, tương ứng với 3,35 điểm, từ 31,73 điểm lên 35,08 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về sức khỏe chung có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tâm thần tăng 5,52 điểm, tăng 12,3%, từ 45,04 điểm lên 50,56 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về hoạt động xã hội có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.42. Thay đổi về sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp theo SF-36 (n=102).

| SF 36 | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p | Chỉ số tăng | Phần trăm tăng |
|-------------------|-----------------|------|---------------|------|-------|-------------|----------------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | | |
| Sức khỏe thể chất | 31,73 | 7,96 | 35,08 | 6,86 | <0,05 | 3,35 | 10,6 |
| Sức khỏe tâm thần | 45,04 | 7,33 | 50,56 | 8,75 | <0,05 | 5,52 | 12,3 |

Điểm số chất lượng cuộc sống về các sức khỏe thể chất tăng 10,6%, tương ứng với 3,35 điểm, từ 31,73 điểm lên 35,08 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về sức khỏe chung có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tâm thần tăng 5,52 điểm, tăng 12,3%, từ 45,04 điểm lên 50,56 điểm. Tỷ lệ tăng điểm về hoạt động xã hội có ý nghĩa thống kê.

3.4.4. Thay đổi về chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp theo công cụ EQ-5D và VAS.

Bảng 3.43. Thay đổi về chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau can thiệp theo EQ-5D, VAS (n=102).

| Chất lượng cuộc sống | Trước can thiệp | | Sau can thiệp | | p | Chỉ số tăng |
|----------------------|-----------------|-------|---------------|-------|-------|-------------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| EQ-5D | 0,635 | 0,254 | 0,710 | 0,223 | <0,05 | 0,075 |
| VAS | 64,07 | 7,79 | 67,65 | 9,12 | <0,05 | 3,58 |

Điểm số chất lượng cuộc sống đánh giá theo công cụ EQ-5D sau can thiệp tăng 0,075 điểm, tương ứng với 11,81%, từ 0,635 tăng lên 0,710. Tỷ lệ tăng điểm có ý nghĩa thống kê.

Sau can thiệp, điểm số chất lượng cuộc sống đánh giá theo công cụ VAS tăng 5,6%, tương ứng với 3,58 điểm, từ 64,07 tăng lên 67,65. Tỷ lệ tăng điểm có ý nghĩa thống kê.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của người bệnh và một số yếu tố liên quan.

4.1.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu.

Tỷ lệ mắc bệnh ở người bệnh nam cao hơn người bệnh nữ (57,1% và 42,9%), tỷ lệ giới ở nông thôn và thành phố là tương đương nhau, không có sự khác biệt giữa tỷ lệ giới tính ở người bệnh. Tỷ lệ giới tính của người bệnh tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Văn Lương tại BVĐK huyện Vũ Thư (tỷ lệ nam chiếm 48,5%, nữ chiếm 51,5%), nghiên cứu của Bé Thu Hà tại Bắc Kạn cho thấy tỷ lệ người bệnh nam là 49,7%, tỷ lệ người bệnh nữ là 50,3% [14], [24]. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ khác với nghiên cứu của Phạm Trường Sơn tại Hà Nội, tỷ lệ người bệnh nam cao hơn người bệnh nữ 3,38 lần [34]. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh của Bùi Thị Khánh Thuận tại bệnh viện Nhân dân 115 và của Nguyễn Thị Thu Thảo tại bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam [39], [37]. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường giữa nam và nữ có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, tỷ lệ khác nhau giữa nam và nữ là phù hợp vì tỷ lệ này phản ánh thực trạng người bệnh điều trị tại bệnh viện trong thời điểm nghiên cứu [14].

Độ tuổi trung bình của người bệnh là $64,19 \pm 9,45$ tuổi, trong đó cao nhất là 88 tuổi, thấp nhất là 35 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Phạm Trường Sơn tại Hà Nội cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $64,2 \pm 9,9$ tuổi [34]. Theo Hồ Hữu Hóa nghiên cứu tại Thái Nguyên, tuổi trung bình của người bệnh là $60,3 \pm 9,7$ tuổi [18]. Kết quả nghiên cứu cao hơn so với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Bé Thu Hà ở Bắc Kạn và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo ở thành phố Hồ Chí Minh (tuổi trung bình của người bệnh lần lượt là $55,2 \pm 12,2$ tuổi và $57,1 \pm 12,8$ tuổi) [14], [37]. Người bệnh trong độ tuổi từ 50-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, tương tự như các nghiên cứu tại Bắc Kạn, thành phố Hồ Chí

Minh, Hà Nội và các nghiên cứu khác tại Thái Bình, Thái Nguyên [14], [39], [24], [19], [37], . Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với đặc điểm chung của người bệnh đái tháo đường là có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên.

Về trình độ học vấn, người bệnh có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất. Người bệnh ở thành phố có trình độ học vấn cao hơn người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Bùi Thị Khánh Thuận tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy phần lớn người bệnh có trình độ là tiểu học (48%), 18% người bệnh có trình độ phổ thông cơ sở, 18% trình độ phổ thông trung học, số người không biết chữ chiếm tỷ lệ là 12% và người bệnh có trình độ đại học và cao đẳng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4% [39]. Theo Lê Phong nghiên cứu tại Cao Bằng, có tới 62,7% đối tượng tham gia nghiên cứu chưa tốt nghiệp THCS (trong đó có tới 12,7% đối tượng không biết chữ) [28]. Trình độ học vấn thấp của người bệnh ĐTD có ảnh hưởng rất lớn đến công tác giáo dục phòng chống tác hại của bệnh ĐTD.

Kết quả tại bảng 3.3 cho thấy người bệnh là hưu trí chiếm tỷ lệ 52,1%, nông dân chiếm tỷ lệ 34,1%, các nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp, không có sự khác biệt về nghề nghiệp của người bệnh ở nông thôn và thành phố. Theo Bùi Thị Khánh Thuận tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường cao nhất ở đối tượng hưu trí và tuổi già với 48%, tiếp sau là nội trợ (18%) và mắc bệnh thấp nhất là công nhân viên chức (5%) [39]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan tại Thái Nguyên cho thấy, nghề nghiệp làm ruộng chiếm 57,2%, hưu trí chiếm 32,2% [23]. Nghiên cứu của Padmalath. B tại Brazil cho thấy có 73,8% người bệnh có nghề nghiệp là hưu trí và nội trợ [102]. Theo Bé Thu Hà nghiên cứu tại Bắc Kạn, tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm người bệnh làm ruộng là 50,3%, nhóm cán bộ hưu trí chiếm 19,5% [14]. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh ĐTD không chỉ tập trung ở thành phố với đối tượng chính là cán bộ hưu mà tăng ở nông thôn với nghề nghiệp làm ruộng.

Thời gian phát hiện và điều trị bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,57 \pm 4,83$ năm, trong đó chủ yếu người bệnh mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 47,4%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trước đây. Theo Hồ Hữu Hóa nghiên cứu tại Thái Nguyên, thời gian điều trị của người bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 56,0% [18], nghiên cứu của Bé Thu Hà tại Bắc Kạn cho thấy số người bệnh có thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ 64,8% [14]. Thời gian điều trị bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trên toàn quốc [39], [23], [37] [34].

Nghiên cứu của N. Kleefstra tại Hà Lan cho thấy, thời gian điều trị bệnh trung bình của người bệnh là 5,0 năm [96], theo Philipm. Clarke nghiên cứu tại Anh, thời gian điều trị bệnh trung bình của người bệnh là 6 năm [90]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả nghiên cứu khác trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ lớn người bệnh điều trị ĐTD từ 1-5 năm, phù hợp với xu hướng gia tăng người mắc bệnh trên thế giới.

4.1.2. Kiến thức về chế độ ăn và một số yếu tố liên quan.

Qua điều tra, kiến thức của người bệnh về chế độ ăn còn thấp, có 3,1% người bệnh có kiến thức ở mức tốt, 29% người bệnh có kiến thức ở mức trung bình, có 67,9% người bệnh có kiến thức về chế độ ăn ở mức kém. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên tại Bạc Liêu cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ dinh dưỡng là 16,15% [22]. Theo Bùi Thị Khánh Thuận nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh, kiến thức của người bệnh về chế độ ăn nhìn chung là chưa cao, có 53% người bệnh trả lời được đúng >50% câu hỏi về chế độ ăn [39]. Nghiên cứu của Dagmar Magurová tại Slovakia thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức không tốt về chế độ ăn là 55%, tỷ lệ người bệnh không biết tầm quan trọng của chế độ ăn là 94%, tỷ lệ người bệnh không xây dựng được chế độ ăn là 91,5% [67]. Theo Unyime Sunday Jasper nghiên cứu tại Nigeria, tỷ lệ người bệnh không trả lời đúng câu hỏi về thực phẩm chứa nhiều

carbonhydrat nhất là 67,9%, tỷ lệ người bệnh không trả lời đúng câu hỏi về thực phẩm chứa nhiều chất béo nhất là 45,7% [116].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng trùng với kết quả các nghiên cứu trước, chứng tỏ số người bệnh ĐTĐ có kiến thức tốt về chế độ dinh dưỡng còn thấp. Đây là cơ sở cho tăng cường truyền thông sức khỏe, các chương trình tăng cường kiến thức về dinh dưỡng cho người bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh ngoại trú và các câu lạc bộ người bệnh ĐTĐ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, địa bàn sống không có ảnh hưởng đến kiến thức về chăm sóc của người bệnh. Giới tính không ảnh hưởng đến kiến thức về chế độ ăn của người bệnh. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ ăn với mức kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh.

Qua phân tích hồi quy đơn biến cho thấy tuổi, trình độ văn hóa, thời gian điều trị bệnh có mối liên quan với kiến thức về chế độ ăn của người bệnh với hệ số tương quan thuận.

4.1.3. Kiến thức về chế độ tập luyện và một số yếu tố liên quan.

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ tập luyện cao nhất trong điều tra về kiến thức trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 56% người bệnh có kiến thức về chế độ tập luyện ở mức tốt, 29,8% người bệnh có kiến thức ở mức trung bình, có 14,3% người bệnh có kiến thức ở mức kém. Trong nghiên cứu của GH Murata tại Mỹ thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ tập luyện là 94,1% [74]. Nghiên cứu của Dagmar Magurová tại Slovakia thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ tập luyện là 90,7% [67]. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên tại Bạc Liêu cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ tập luyện là 88,46% [22]. Theo Bùi Thị Khánh Thuận nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh, có 80% người bệnh trả lời đúng >50% câu hỏi về tập luyện [39].

Địa bàn sống của người bệnh không ảnh hưởng đến kiến thức về chế độ tập luyện của người bệnh. Giới tính không ảnh hưởng đến kiến thức về chế độ

tập luyện. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ tập luyện với mức kiểm soát glucose và HbA1c của người bệnh.

Qua phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến cho thấy trình độ văn hóa của người bệnh có mối tương quan thuận với kiến thức về chế độ tập luyện của người bệnh, người bệnh có trình độ văn hóa càng cao thì kiến thức về chế độ tập luyện càng tốt.

4.1.4. Kiến thức về chế độ dùng thuốc và một số yếu tố liên quan.

Có 16,9% người bệnh có kiến thức ở mức tốt, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức kém về chế độ dùng thuốc còn cao, chiếm 28,3%. Mặc dù việc điều trị thuốc trong bệnh ĐTĐ là dùng hàng ngày, tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ cao người bệnh không nhận thức đúng vai trò và tầm quan trọng cũng như cách sử dụng thuốc. Nghiên cứu của GH Murata tại Mỹ thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về dùng thuốc là 62,2% [74]. Theo Pongmesa T nghiên cứu tại Thái Lan, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ dùng thuốc ở Bangkok là 80,2%, ở các thành phố khác là 85,2% [107]. Nghiên cứu của Zaheera S tại Saudi trên các phụ nữ bị ĐTĐ type 2 cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ dùng thuốc là 77,19% [129]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên tại Bạc Liêu, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về chế độ dùng thuốc là 95,38% [22], tỷ lệ trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên cao hơn có thể do đối tượng nghiên cứu là các người bệnh đang điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh, thường có kiến thức tốt hơn những người bệnh điều trị tại các bệnh viện tuyến thấp hơn. Như vậy, cần tổ chức giáo dục sức khỏe, tuyên truyền, truyền thông về kiến thức về chế độ dùng thuốc cho các người bệnh ĐTĐ type 2 đang điều trị ngoại trú.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, địa bàn sống của người bệnh có ảnh hưởng đến kiến thức về chế độ dùng thuốc. Các người bệnh sống ở thành phố có kiến thức tốt hơn các người bệnh ở nông thôn, sự khác biệt có thể do các người bệnh ở thành phố có điều kiện sống, tiếp nhận thông tin tốt hơn các

người bệnh ở nông thôn. Không có sự khác biệt về kiến thức giữa người bệnh nam và người bệnh nữ. Có mối liên quan giữa kiểm soát HbA1c với chế độ dùng thuốc của người bệnh, người bệnh có kiến thức tốt hơn kiểm soát HbA1c tốt hơn. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với kiểm soát glucose.

Qua phân tích hồi quy đơn biến cho thấy, có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với tuổi và thời gian điều trị bệnh của người bệnh với mối tương quan thuận, người bệnh có thời gian điều trị càng dài thì kiến thức về chế độ dùng thuốc càng tốt. Không có mối liên quan giữa kiến thức về chế độ dùng thuốc với trình độ văn hóa của người bệnh.

4.1.4. Kiến thức về chế độ chăm sóc và một số yếu tố liên quan.

Về chế độ chăm sóc, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt chiếm 33,6%, tỷ lệ người bệnh có kiến thức trung bình đạt 35%, có 31,4% người bệnh có kiến thức ở mức kém. Tỷ lệ người bệnh trả lời trên 50% số câu hỏi đạt trên 50%. Theo Dagmar Magurová tại Slovakia thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ chăm sóc là 43,9% [67]. Nghiên cứu của Adibe Maxwell tại Nigeria cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về chế độ chăm sóc từ 45,5% đến 75,8% [45].

Người bệnh ở thành phố có tỷ lệ kiến thức tốt cao hơn người bệnh ở nông thôn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Người bệnh nam có tỷ lệ kiến thức tốt cao hơn người bệnh nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Không có mối liên quan giữa mức độ kiểm soát glucose, HbA1c với kiến thức về chế độ chăm sóc của người bệnh.

Kiến thức về chế độ chăm sóc có liên quan với trình độ văn hóa của người bệnh với hệ số tương quan thuận, người bệnh có trình độ văn hóa càng cao thì kiến thức về chế độ chăm sóc càng tốt. Thời gian điều trị bệnh, tuổi không liên quan đến kiến thức về chế độ chăm sóc của người bệnh. Nghiên cứu của Adibe Maxwell tại Nigeria cho thấy các yếu tố giới tính, tuổi, tình

trạng hôn nhân, trình độ học vấn là các yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh về chế độ chăm sóc [45].

4.1.5. Kiến thức chung và một số yếu tố liên quan

Trong tổng số 20 câu hỏi về kiến thức với 4 lĩnh vực: kiến thức về chế độ ăn, chế độ tập luyện, chế độ dùng thuốc và chế độ chăm sóc, tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung đạt mức tốt là 2,4%, kiến thức ở mức trung bình chiếm 70,2%, có 27,4% người bệnh có kiến thức ở mức kém, trong đó người bệnh có kiến thức tốt nhất là kiến thức về chế độ tập luyện, kiến thức kém nhất là kiến thức về chế độ ăn. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Khánh Thuận tại thành phố Hồ Chí Minh, kết quả về kiến thức chung của người bệnh về chế độ ăn và tập luyện đã được xác định là có 62% người bệnh đã trả lời đúng >50% câu hỏi [39]. Kết quả thấp hơn có thể do chúng tôi nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa tuyến huyện, còn nghiên cứu của Bùi Thị Khánh Thuận tiến hành tại bệnh viện tuyến trung ương. Theo Dagmar Magurová nghiên cứu tại Slovakia thấy, tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung tốt là 49% [67]. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy, còn tỷ lệ lớn người bệnh đang quản lý và điều trị ĐTD có kiến thức chung về bệnh ĐTD còn thấp, đặc biệt là kiến thức về chế độ ăn, do đó cần có chương trình giáo dục sức khỏe, truyền thông, tuyên truyền phù hợp cho các người bệnh để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm biến chứng cho người bệnh.

Có mối liên quan giữa kiến thức chung của người bệnh với địa bàn sống, người bệnh ở thành phố có kiến thức chung về bệnh tốt hơn người bệnh ở nông thôn. Nghiên cứu của Ahmad Ayaz Sabri tại Pakistan cho thấy có mối liên quan về kiến thức giữa người bệnh ở thành phố với người bệnh ở nông thôn, trong đó người bệnh ở thành phố có kiến thức chung, kiến thức về quản lý bệnh và theo dõi các biến chứng tốt hơn các người bệnh ở nông thôn [47]. Nghiên cứu của Pongmesa T tại Thái Lan cũng cho thấy, các người bệnh ở

Bangkok có kiến thức về bệnh ĐTĐ tốt hơn các người bệnh ở các tỉnh, thành khác của Thái Lan [107].

Người bệnh nam có kiến thức chung về bệnh tốt hơn các người bệnh nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của Adibe Maxwell tại Nigeria cho thấy người bệnh nữ có kiến thức về bệnh ĐTĐ tốt hơn người bệnh nam [45]. Sự khác nhau có thể do chủng tộc, môi trường sống, điều kiện tự nhiên, kinh tế xã hội ở các quốc gia, vùng lãnh thổ khác nhau có thể ảnh hưởng khác nhau để kiến thức chung về bệnh.

Trình độ học vấn có mối tương quan thuận với kiến thức chung về bệnh, người bệnh có trình độ học vấn càng cao thì kiến thức chung về bệnh càng tốt. Các nghiên cứu khác cũng chứng minh trình độ học vấn có liên quan chặt chẽ đến kiến thức chung của người bệnh. Nghiên cứu của Pongmesa T tại Thái Lan khẳng định trình độ học vấn của người bệnh có mối liên quan thuận với kiến thức chung của người bệnh [107]. Nghiên cứu của GH Murata tại Mỹ thấy có mối tương quan thuận giữa kiến thức chung với trình độ học vấn của người bệnh [74]. Theo Unyime Sunday Jasper nghiên cứu tại Nigeria, trình độ học vấn của người bệnh tăng lên thì kiến thức của người bệnh tăng lên [116]. Thời gian điều trị bệnh có mối tương quan thuận với kiến thức của người bệnh.

4.2. Chất lượng cuộc sống theo SF 36.

4.2.1. Chất lượng cuộc sống về hoạt động thể chất và một số yếu tố liên quan.

Điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể chất trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,46 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể chất là 66,6 điểm [64]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể chất là 67,7

điểm [76]. Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về hoạt động thể chất là 69,4 điểm [80]. Nghiên cứu khác của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số về hoạt động thể chất của người bệnh là 70,12 điểm [128]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số hoạt động thể chất của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 72,06 điểm [92]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực của người bệnh ĐTĐ là 74,7 điểm [66]. Điểm số trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn điểm số của các nghiên cứu khác trên thế giới có thể do sự khác biệt về văn hóa cũng như phong tục tập quán của người bệnh, không có nghĩa là người bệnh ĐTĐ ở Việt Nam có chất lượng cuộc sống thấp hơn người bệnh ở các nước khác, mặt khác, một số tác giả đánh giá theo bộ công cụ SF 36 phiên bản 1.0.

Địa bàn sống của người bệnh có ảnh hưởng đến điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực. Người bệnh ở thành phố có điểm số cao hơn người bệnh ở nông thôn. Sự khác biệt có thể do những người bệnh ở thành phố có điều kiện sống, làm việc và chăm sóc tốt hơn các người bệnh ở nông thôn. Giới tính có ảnh hưởng đến điểm số về hoạt động thể lực của người bệnh, người bệnh nam có điểm cao hơn người bệnh nữ. Nghiên cứu của Fariha Shaheen tại Parkistan cũng cho thấy người bệnh nam có điểm số về hoạt động thể lực cao hơn người bệnh nữ [73]. Mức glucose máu có ảnh hưởng đến điểm số hoạt động thể lực, các người bệnh ở nhóm kiểm soát glucose máu tốt và chấp nhận được có điểm hoạt động thể lực cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát glucose máu ở mức kém. Kiểm soát HbA1c có ảnh hưởng đến điểm số hoạt động thể lực, người bệnh có lượng HbA1c < 7% có điểm số cao hơn người bệnh có lượng HbA1c > 7%. Nghiên cứu của Harvey V. Thommasen tại Colombia thấy người bệnh ở nhóm kiểm soát tốt HbA1c có điểm số cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát kém HbA1c [80], nghiên cứu của Ruth Kalda nghiên cứu tại Estonia cho thấy người bệnh có lượng HbA1c

<7,5% có điểm số cao hơn người bệnh có lượng HbA1c > 7,5%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [109]. Huyết áp có ảnh hưởng đến hoạt động thể lực, những người bệnh kiểm soát tốt huyết áp có điểm cao hơn những người bệnh không kiểm soát tốt huyết áp.

Qua phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy các biến chứng của bệnh ĐTĐ ảnh hưởng đến điểm số hoạt động thể lực của người bệnh. Các biến chứng có hệ số tương quan nghịch, nếu người bệnh mắc các biến chứng sẽ làm giảm điểm số về hoạt động thể lực của người bệnh.

4.2.2. Chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực và một số yếu tố liên quan.

Điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,13 điểm. Kết quả trong nghiên cứu tương tự như kết quả nghiên cứu của Harvey V. Thommasen tại Colombia, điểm số trong nghiên cứu này là 43,1 điểm [80], thấp hơn kết quả nghiên cứu của Yao Yu, điểm số trung bình về các hạn chế do sức khỏe thể lực là 46,12 điểm [128]. Theo Grace Lindsay, điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực ở người bệnh ĐTĐ là 56,8 điểm [76], điểm số này trong nghiên cứu của Lau CY là 64,27 điểm [92], trong nghiên cứu của Cindy là 78,9 điểm [64]. Điều đó cho thấy, điểm số chất lượng cuộc sống là khác nhau ở các khu vực, quốc gia, dân tộc khác nhau.

Giới tính của người bệnh ảnh hưởng đến các hạn chế do sức khỏe thể lực. Người bệnh nam có điểm số trung bình cao hơn người bệnh nữ. Nghiên cứu của Fariha Shaheen tại Parkistan cho rằng không có sự khác biệt về điểm số giữa người bệnh nam và người bệnh nữ [73]. Địa bàn sống có ảnh hưởng đến các hạn chế do sức khỏe thể lực, người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn người bệnh ở nông thôn. Huyết áp là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực. Những người bệnh kiểm soát tốt glucose máu có điểm cao hơn những người bệnh kiểm soát kém glucose máu.

Nồng độ HbA1c trong máu không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực, nghiên cứu của Ruth Kalda nghiên cứu tại Estonia cũng chứng minh việc kiểm soát lượng HbA1c không ảnh hưởng đến điểm số về các hạn chế do sức khỏe thể lực [109].

Các biến chứng của bệnh ĐTĐ đều làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ về các hạn chế do sức khỏe thể lực. Trong đó biến chứng tim mạch có ảnh hưởng lớn nhất, ít ảnh hưởng nhất là biến chứng về mắt.

4.2.3. Chất lượng cuộc sống về cảm giác đau và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về cảm giác đau trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,28 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu khác, theo Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về cảm giác đau là 55,3 điểm [80], nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về cảm giác đau là 64 điểm [89]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về cảm giác đau của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 65,21 điểm [92]. Một số nghiên cứu khác cho kết quả cao hơn kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu khác của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số về cảm giác đau của người bệnh là 68,32 điểm [128]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về cảm giác đau là 68,5 điểm [76]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về cảm giác đau của người bệnh ĐTĐ là 71,6 điểm [66]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 72,9 điểm [64].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố địa bàn sống có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về cảm giác đau, người bệnh ở thành phố có điểm số cao hơn người bệnh ở nông thôn. Các người bệnh có mức độ kiểm soát glucose ở mức tốt và mức chấp nhận được có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm người bệnh kiểm soát kém. Các yếu tố giới tính, tăng huyết áp, kiểm soát HbA1c máu không ảnh hưởng đến điểm số về cảm giác đau của

người bệnh. Trong nghiên cứu của Fariha Shaheen cho thấy giới tính có ảnh hưởng đến điểm số về cảm giác đau của người bệnh, người bệnh nam có điểm số cao hơn người bệnh nữ [73].

Về ảnh hưởng của biến chứng đến chất lượng cuộc sống về cảm giác đau của người bệnh, kết quả cho thấy các biến chứng thần kinh, tim mạch và biến chứng chi làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, trong đó biến chứng chi ảnh hưởng mạnh nhất.

4.2.4. Chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,43 điểm, thấp nhất trong 8 khía cạnh đánh giá về chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy điểm số về sức khỏe chung là thấp nhất trong 8 lĩnh vực đánh giá [20]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số về sức khỏe chung của người bệnh là 47,74 điểm [128]. Theo nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung là 52 điểm [89]. Nghiên cứu của Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về sức khỏe chung là 53,2 điểm [80]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 54,5 điểm [64]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung là 56,1 điểm [76]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe chung của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 56,69 điểm [92]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung của người bệnh ĐTĐ là 65,5 điểm [66].

Địa bàn sống có ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh, các người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn các người bệnh ở nông thôn. Giới tính không ảnh hưởng đến điểm số của người bệnh. Các người bệnh có tăng

huyết áp có điểm số thấp hơn các người bệnh không tăng huyết áp. Kiểm soát glucose máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung. Các người bệnh kiểm soát tốt có điểm số cao hơn các người bệnh không kiểm soát tốt. Việc kiểm soát HbA1c không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung, nghiên cứu của Kalda cho thấy không có mối liên hệ giữa điểm số và kiểm soát HbA1c ở người bệnh [109], theo Fariha Shaheen, huyết áp không ảnh hưởng đến điểm số về sức khỏe chung của người bệnh [73]. Có thể thấy, yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh ở mỗi quốc gia, dân tộc, vùng địa lý ... là khác nhau.

Các biến chứng thần kinh, mắt, tim mạch và chi làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung của người bệnh. Biến chứng tăng huyết áp và thận không ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng cho thấy các biến chứng tai biến mạch máu não, biến chứng bàn chân và bệnh mạch vành có ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh [20].

4.2.5. Chất lượng cuộc sống về sinh lực và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về sinh lực trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,12 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu Theo Lau CY tại Mỹ, điểm số về sinh lực của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 48,18 điểm [92]. Theo nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về sinh lực là 50,0 điểm [89]. Nghiên cứu của Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về sinh lực là 50,7 điểm [80]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 55,3 điểm [64]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sinh lực là 55,7 điểm [76]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Philip M. Clarke, cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sinh lực của người bệnh ĐTĐ là 59,7 điểm [66]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc

trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số về sinh lực của người bệnh là 60,55 điểm [128].

Địa bàn sống có ảnh hưởng đến điểm số về sinh lực của người bệnh, các người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn các người bệnh ở nông thôn. Giới tính không ảnh hưởng đến điểm số của người bệnh. Các người bệnh có tăng huyết áp có điểm số thấp hơn các người bệnh không tăng huyết áp. Kiểm soát glucose máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về sinh lực, các người bệnh kiểm soát tốt lượng glucose máu có điểm số cao hơn các người bệnh không kiểm soát tốt. Việc kiểm soát HbA1c không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về sinh lực của người bệnh, tương tự như kết quả nghiên cứu của Kalda cho thấy không có mối liên hệ giữa điểm số và kiểm soát HbA1c ở người bệnh [109], theo Fariha Shaheen, huyết áp ảnh hưởng đến điểm số về sinh lực của người bệnh [73].

Các biến chứng tăng huyết áp, thần kinh, tim mạch và chi làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về sinh lực của người bệnh. Biến chứng mắt và thận không ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng cho thấy các biến chứng bàn chân và bệnh mạch vành có ảnh hưởng đến sinh lực của người bệnh [20].

4.2.6. Chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,04 điểm. Kết quả của các nghiên cứu khác cho điểm số không thống nhất. Theo nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội là 62,5 điểm [89]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số về hoạt động xã hội của người bệnh là 64,33 điểm [128]. Nghiên cứu của Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về hoạt động xã hội là 70,4 điểm [80]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về hoạt động xã hội của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 78,48 điểm [92]. Các nghiên cứu trên cho

điểm số thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Một số nghiên cứu khác cho kết quả cao hơn, nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội là 82,0 điểm [76]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 84,2 điểm [64]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội của người bệnh ĐTĐ là 84,9 điểm [66]. Điểm số giữa các nghiên cứu khác nhau không thống nhất thể hiện chất lượng cuộc sống của các dân tộc, quốc gia, vùng miền khác nhau ... có sự khác nhau.

Địa bàn sống có ảnh hưởng đến hoạt động xã hội của người bệnh, các người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn các người bệnh ở nông thôn. Người bệnh nữ có điểm hoạt động xã hội cao hơn các người bệnh nam. Các người bệnh có tăng huyết áp có điểm số thấp hơn các người bệnh không tăng huyết áp. Kiểm soát glucose máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội. Các người bệnh kiểm soát tốt có điểm số cao hơn các người bệnh không kiểm soát tốt. Việc kiểm soát HbA1c không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội của người bệnh. Nghiên cứu của Kalda cho thấy không có mối liên hệ giữa điểm số và kiểm soát HbA1c ở người bệnh [109], theo Fariha Shaheen, huyết áp không ảnh hưởng đến điểm số về hoạt động xã hội của người bệnh [73].

Các biến chứng thần kinh, mắt, tim mạch, thận và chi làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội của người bệnh. Biến chứng tăng huyết áp không ảnh hưởng đến hoạt động xã hội của người bệnh. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng cho thấy các biến chứng tai biến mạch máu não, biến chứng bàn chân có ảnh hưởng đến hoạt động xã hội của người bệnh [20].

4.2.7. Chất lượng cuộc sống các hạn chế do dễ xúc động và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,23 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động là 33,3 điểm [89]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc trên 54 người bệnh ĐTĐ type 2 thấy điểm số của người bệnh là 48,34 điểm [128]. Nghiên cứu của Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về các hạn chế do dễ xúc động là 55,6 điểm [80]. Một số nghiên cứu khác cho kết quả cao hơn, theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về các hạn chế do dễ xúc động của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 70,07 điểm [92]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm là 75,6 điểm [76]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 84,4 điểm [64]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động của người bệnh ĐTĐ là 86,2 điểm [66].

Địa bàn sống có ảnh hưởng đến các hạn chế do dễ xúc động của người bệnh, các người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn các người bệnh ở nông thôn. Người bệnh nữ có điểm cao hơn các người bệnh nam. Kiểm soát glucose máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động. Các người bệnh kiểm soát tốt có điểm số cao hơn các người bệnh không kiểm soát tốt. Việc kiểm soát HbA1c không làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, nghiên cứu của Kalda cho thấy không có mối liên hệ giữa điểm số và kiểm soát HbA1c ở người bệnh [109], theo Fariha Shaheen, huyết áp không ảnh hưởng đến điểm số về các hạn chế do dễ xúc động của người bệnh [73]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy huyết áp tâm thu không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động.

Các biến chứng thần kinh, mắt, tim mạch, thận và chi làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về hoạt động xã hội của người bệnh. Biến chứng tăng huyết áp không ảnh hưởng đến hoạt động xã hội của người bệnh. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng cho thấy các biến chứng tai biến mạch máu não, biến chứng bàn chân và bệnh mạch vành có ảnh hưởng đến các hạn chế do dễ xúc động của người bệnh [20].

4.2.8. Chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần và một số yếu tố liên quan.

Điểm số trung bình chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,24 điểm, cao nhất trong lĩnh vực được đánh giá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Harvey V. Thommasen nghiên cứu tại Colombia thấy điểm số về sức khỏe tinh thần là 70,4 điểm [80]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe tinh thần của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 58,42 điểm [92]. Theo nghiên cứu của Khaled J tại Ả rập, điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần là 56,0 điểm [89]. Nghiên cứu của Yao Yu tại Trung Quốc thấy điểm số của người bệnh là 60,11 điểm [128]. Nghiên cứu của Grace Lindsay tại Anh trên 136 người bệnh ĐTĐ type 2 cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần là 76,8 điểm [76]. Nghiên cứu của Cindy Li Whye Ng tại Singapore thấy điểm số là 77,3 điểm [64]. Nghiên cứu của Philip M. Clarke cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần của người bệnh ĐTĐ là 77,2 điểm [66].

Địa bàn sống có ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người bệnh, các người bệnh ở thành phố có điểm cao hơn các người bệnh ở nông thôn. Giới tính không ảnh hưởng đến điểm số của người bệnh. Các người bệnh có tăng huyết áp có điểm số thấp hơn các người bệnh không tăng huyết áp. Kiểm soát glucose máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống về sức khỏe tinh thần. Các người bệnh kiểm soát tốt có điểm số cao hơn các người bệnh không kiểm soát

tốt. Nghiên cứu của Kalda cho thấy không có mối liên hệ giữa điểm số và kiểm soát HbA1c ở người bệnh [109], theo Fariha Shaheen, huyết áp không ảnh hưởng đến điểm số về sức khỏe tinh thần của người bệnh [73]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kiểm soát HbA1c không ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người bệnh.

Các biến chứng thần kinh, mắt, tim mạch và chi làm giảm điểm chất lượng cuộc sống về sức khỏe chung của người bệnh. Biến chứng tăng huyết áp và thận không ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh. Nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng cho thấy các biến chứng tai biến mạch máu não, biến chứng bàn chân và bệnh mạch vành có ảnh hưởng đến sức khỏe chung của người bệnh [20].

4.2.9. Chất lượng cuộc sống về sức khỏe thể chất và một số yếu tố liên quan.

Sức khỏe thể chất trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 36,74 điểm, thấp hơn so với nghiên cứu của Laura, điểm số về sức khỏe thể chất là 46,2 điểm [99], nghiên cứu của Vegard Nilsen tại Na uy cho thấy, sức khỏe thể chất của người bệnh ĐTĐ là 42 điểm [118]. Theo Cindy Li Whye, điểm số sức khỏe thể chất của người bệnh là 49,6 điểm [54]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe thể chất của 380 người bệnh ĐTĐ type 2 là 44,45 điểm [92].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các yếu tố địa bàn sống, tuổi, số biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ ăn, lượng glucose máu có liên quan đến sức khỏe thể chất của người bệnh qua phân tích hồi quy đa biến, trong đó các yếu tố địa bàn sống, tuổi, số biến chứng mắc phải, lượng glucose máu có mối tương quan nghịch với sức khỏe thể chất của người bệnh, có nghĩa khi các yếu tố này tăng lên, sức khỏe thể chất của người bệnh sẽ giảm đi. Yếu tố kiến thức về chế độ ăn có mối tương quan thuận với sức khỏe thể chất của

người bệnh, có nghĩa nếu kiến thức về chế độ ăn của người bệnh tăng lên, sức khỏe thể chất của người bệnh sẽ tăng lên.

4.2.10. Chất lượng cuộc sống về sức khỏe tâm thần và một số yếu tố liên quan.

Sức khỏe tâm thần trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 49,96 điểm, thấp hơn so với nghiên cứu của Laura, điểm số về sức khỏe tâm thần là 54,6 điểm [93]. Theo Cindy Li Whye, điểm số sức khỏe tâm thần của người bệnh là 50,5 điểm [64]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vegard Nilsen tại Na uy cho thấy, sức khỏe tâm thần 48 điểm của người bệnh ĐTD là điểm [118]. Theo Lau CY nghiên cứu tại Mỹ, điểm số về sức khỏe tâm thần của 380 người bệnh ĐTD type 2 là 45,13 điểm [92].

Qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố địa bàn sống, số biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện có liên quan đến sức khỏe tâm thần của người bệnh, trong đó các yếu tố kiến thức về chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện có mối tương quan thuận, có nghĩa nếu kiến thức về các lĩnh vực trên tăng lên, sức khỏe tâm thần của người bệnh sẽ tăng lên. Các yếu tố địa bàn sống, số biến chứng có mối tương quan nghịch với sức khỏe tâm thần của người bệnh, làm giảm chất lượng cuộc sống về sức khỏe tâm thần của người bệnh.

4.3. Chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và VAS.

4.3.1. Chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và một số yếu tố liên quan.

Chất lượng cuộc sống theo nghiên cứu của chúng tôi đạt 0,729, thấp hơn nghiên cứu của Solli O, theo nghiên cứu của Soli O tại Na uy cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống là 0,81 [113], theo nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản, điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTD là 0,86 [110]. Nghiên cứu của Langkilde cho thấy, chất lượng cuộc sống theo EQ 5D của người bệnh ĐTD là 0,85 [91].

Qua so sánh giá trị trung bình cho thấy, địa bàn sống của người bệnh có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, các người bệnh ở thành phố có chất lượng cuộc sống cao hơn các người bệnh ở nông thôn, người bệnh có biến chứng có chất lượng cuộc sống thấp hơn có ý nghĩa so với người bệnh không có biến chứng. Nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh có biến chứng thấp hơn ở người bệnh không có biến chứng [110].

Qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố tuổi, kiến thức chung, số biến chứng và huyết áp tâm thu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, trong đó, kiến thức chung có mối tương quan thuận với chất lượng cuộc sống, nếu người bệnh được cung cấp nhiều kiến thức hơn, chất lượng cuộc sống của người bệnh sẽ tăng lên. Các yếu tố tuổi, số biến chứng và huyết áp tâm thu có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống, làm giảm chất lượng cuộc sống. Theo Soli O, qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ type 2 là lo lắng về hạ glucose máu, biến chứng tim mạch, biến chứng thần kinh và hạn chế làm việc, các yếu tố này làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [113].

4.3.2. Chất lượng cuộc sống theo công cụ VAS và một số yếu tố liên quan.

Chất lượng cuộc sống theo nghiên cứu của chúng tôi đạt 67,37, theo nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản, điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ là 74,3 [110], nghiên cứu của Langkilde cho thấy, chất lượng cuộc sống theo VAS của người bệnh ĐTĐ là 72,5 [91].

Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống là địa bàn sống và biến chứng của người bệnh. Các người bệnh ở nông thôn có chất lượng cuộc sống thấp hơn các người bệnh ở thành phố. Các người bệnh không có biến chứng có chất lượng cuộc sống cao hơn người bệnh có biến chứng. Nghiên cứu của Sakamaki H tại Nhật Bản cho thấy khi đánh giá theo công cụ VAS, biến chứng thận và thần kinh và HbA1c có liên quan đến chất lượng cuộc sống của

người bệnh, tuổi, giới tính không có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [110].

Quan phân tích hồi quy đa biến cho thấy, các yếu tố địa bàn sống, số biến chứng và huyết áp tâm thu có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Các yếu tố này có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống, điều đó có nghĩa khi các yếu tố này tăng lên, chất lượng cuộc sống của người bệnh sẽ giảm đi.

4.4. Hiệu quả giải pháp can thiệp quản lý, chăm sóc người bệnh tại nhà.

4.4.1. Thay đổi đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp.

4.4.1.1. Thay đổi đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Các nghiên cứu cho thấy các người bệnh ĐTD có tỷ lệ thừa cân, béo phì cao. Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan nghiên cứu tại Thái Nguyên, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người bệnh ĐTD là 30,56% [23], nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa tại Thái Bình cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người bệnh ĐTD là 30% [19]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh không kiểm soát tốt BMI là 35,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Phạm Trường Sơn tại Hà Nội [34]. Theo nghiên cứu Trần Thị Kiều Diễm tại Huế, trung bình BMI của 56 người bệnh ĐTD type 2 điều trị nội trú là $20,02 \pm 2,99$ [12]. Nghiên cứu của N. Kleefstra tại Hà Lan cho thấy, giá trị trung bình BMI của người bệnh là $32,7 \pm 5,8$ [90], theo Philipm. Clarke nghiên cứu tại Anh, giá trị trung bình BMI là $30,5 \pm 5,9$ [66] cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác tại Việt Nam, sự khác biệt có thể do thể trạng và tình trạng dinh dưỡng của người Việt Nam khác với Châu Âu. Tỷ lệ bệnh nhân có vòng eo cao là 39,2%.

Tần suất béo phì gia tăng theo tuổi và tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Tình trạng béo phì và béo bụng làm gia tăng tình tỷ lệ đề kháng insulin và là yếu tố nguy cơ cho bệnh mạch vành. Nghiên cứu của Nguyễn

Thị Thu Thảo cho thấy, sau can thiệp qua truyền thông, tỷ lệ người bệnh béo phì và béo bụng giảm không có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ giảm vòng eo và cân nặng giảm sau truyền thông giáo dục sức khỏe không có ý nghĩa thống kê [37]. Theo Lê Thị Cẩm, sau can thiệp, tỷ lệ kiểm soát tốt BMI tăng dần, tỷ lệ kiểm soát kém các chỉ số giảm dần không có ý nghĩa thống kê [8]. Nghiên cứu của AJ Farmer cho thấy, sau 12 tháng can thiệp, cân nặng và BMI của người bệnh giảm không có ý nghĩa thống kê [48]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp 1 năm, tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt BMI tăng từ 64,7% lên 66,7%, tỷ lệ vòng eo ở mức bình thường tăng từ 60,8% lên 61,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy để giảm được vòng eo và BMI của người bệnh cần thời gian tập luyện dài hơn mới cho hiệu quả rõ ràng.

Tăng huyết áp và ĐTĐ thường kết hợp với nhau. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người ĐTĐ gấp 2 lần so với người bình thường. Tăng huyết áp và ĐTĐ đều là yếu tố nguy cơ cho bệnh lý mạch máu, khoảng 30% đến 70% biến chứng ĐTĐ có liên quan đến bệnh lý của tăng huyết áp. Người ĐTĐ type 2 tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ cho bệnh lý thần kinh và mạch máu [25]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có 27,5% người bệnh kiểm soát huyết áp tâm thu ở mức kém và 9,8% người bệnh có kiểm soát huyết áp tâm trương ở mức kém. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ có tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu của Bé Thu Hà tại Bắc Kạn, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ có tăng huyết áp là 39% [14]. Tỷ lệ người bệnh có tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Trần Thị Mai tại Hải Phòng thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người bệnh ĐTĐ type 2 là 45,8% [26], theo Nguyễn Văn Tiến nghiên cứu tại Phú Thọ, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ type 2 có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp là 50,0% [40], nghiên cứu của Vũ Thùy Thanh tại Hà Nội cho thấy, có 86,3% người bệnh tăng huyết áp [36]. Tỷ

lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn là do đối tượng nghiên cứu là các người bệnh đang quản lý và điều trị tại các bệnh viện huyện và thành phố trong tỉnh Thái Bình, các nghiên cứu khác đối tượng nghiên cứu là các người bệnh đang điều trị tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và trung ương, tình trạng bệnh thường nặng hơn nên tỷ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn.

Tăng huyết áp được xem là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, bệnh mạch máu nào đồng thời cũng góp phần làm gia tăng phát triển bệnh vữa mạch và bệnh thận ĐTĐ. Kiểm soát tốt huyết áp sẽ làm giảm các nguy cơ trên và là vấn đề then chốt trong việc làm giảm nhu cầu lọc thận và ghép thận . Nếu kiểm soát huyết áp tích cực sẽ làm giảm tất cả các biến chứng liên quan tới ĐTĐ xuống 25%, tử vong liên quan đến ĐTĐ giảm 32% [37]. Theo một số nghiên cứu, sau can thiệp, sự thay đổi giá trị huyết áp tùy thuộc vào phương pháp can thiệp và đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của Lê Thị Cầm cho thấy, sau can thiệp, HATT giảm từ 135,5 mmHg xuống còn 129,4 mmHg có ý nghĩa thống kê. Huyết áp tâm trương giảm không có ý nghĩa thống kê [8]. Theo Nguyễn Thị Thu Thảo, sau can thiệp bằng truyền thông ghi nhận huyết áp trung bình giảm rõ rệt từ 128/78 mmHg xuống còn 112/72 mmHg có ý nghĩa thống kê [37]. Tuy nhiên, nghiên cứu của AJ Farmer cho thấy, sau 12 tháng can thiệp, huyết áp tâm thu của người bệnh giảm 3,8 mmHg, huyết áp tâm trương giảm 2,5 mmHg không có ý nghĩa thống kê [48].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh kiểm soát kém huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương không giảm.

4.4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Việc kiểm soát glucose máu chặt chẽ trên người bệnh ĐTĐ type 2 bằng nhiều phương pháp điều trị làm giảm tỷ lệ tử vong và mức độ tàn phế. Do vậy, kiểm soát glucose máu chặt chẽ, quan trọng là càng đưa glucose máu về gần với giá trị bình thường bao nhiêu thì càng kiểm soát được các biến chứng

bấy nhiêu [25]. Nhiều nghiên cứu dịch tễ học đã chứng minh có mối liên quan giữa đường máu và nguy cơ tim mạch, kiểm soát đường máu tích cực làm giảm các biến cố tim mạch chính và nhồi máu cơ tim, không gia tăng hoặc giảm tử vong do mọi nguyên nhân [6]. Kết quả tại biểu đồ 3.9 cho thấy có 83,3% người bệnh trong nghiên cứu có mức kiểm soát glucose máu lúc đói ở mức kém. Tỷ lệ người bệnh có mức kiểm soát đường huyết chấp nhận được là 11,8%, mức tốt là 7,8%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan tại Thái Nguyên, tỷ lệ người bệnh có mức glucose máu tốt là 14,4% ; trung bình là 17,78% ; kém là 67,78% [23]. Theo Nguyễn Ngọc Chất nghiên cứu tại Bình Định, người bệnh kiểm soát glucose máu ở mức kém chiếm tỷ lệ 83,9% [9]. Nghiên cứu của Phạm Thị Cà tại Hậu Giang cho thấy, tỷ lệ người bệnh kiểm soát đường huyết ở mức không chấp nhận được là 60,9% [7]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thùy Thanh tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ người bệnh kiểm soát glucose máu ở mức kém là 39% [36]. Kết quả cho thấy còn tỷ lệ cao người bệnh chưa kiểm soát được mức glucose máu ở mức tốt và chấp nhận được, người bệnh cần được giáo dục, kiểm soát chế độ ăn, tập luyện và điều trị để đảm bảo mức glucose máu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người bệnh có kiểm soát mức HbA1c ở mức kém là 34,3%, ở mức tốt là 31,4%, ở mức chấp nhận được là 34,3%. Nghiên cứu của Lê Thị Cầm tại Nghệ An cho thấy mức HbA1c trung bình ở người bệnh là $7,8 \pm 1,6\%$, ở ngưỡng kiểm soát kém [8]. Theo Nguyễn Thị Thu Thảo nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh, mức HbA1c trung bình ở người bệnh là $8,4 \pm 1,9\%$ [37]. Theo Đỗ Thị Mỹ Hạnh nghiên cứu tại Đà Nẵng, hàm lượng HbA1c trung bình là $9,2 \pm 2,3\%$, ở mức kiểm soát kém [15]. Nghiên cứu của Phạm Thị Cà tại Hậu Giang thấy tỷ lệ người bệnh có nồng độ HbA1c ở mức không chấp nhận được là 62,1% [7]. Theo Nguyễn Văn Tiến tại Phú Thọ, tỷ lệ người bệnh có mức HbA1c ở mức kém là 87,1%

[40]. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy việc quản lý người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ người bệnh đạt mức kiểm soát tốt và chấp nhận được nồng độ HbA1c là rất thấp. Kết quả phù hợp thể hiện kiểm soát kém lượng glucose máu.

Tình trạng tăng glucose máu kéo dài làm gia tăng sự phát triển biến chứng mạch máu lớn và biến chứng mạch máu nhỏ. Nếu kiểm soát tích cực glucose máu sẽ làm giảm tất cả biến chứng liên quan đến ĐTĐ 12%, nhồi máu cơ tim giảm 16%, biến chứng vi mạch giảm 25% [37]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt HbA1c tăng từ 31,4% lên 44,1%, tỷ lệ kiểm soát glucose kém giảm từ 83,3% xuống còn 80,4% cho thấy giải pháp can thiệp làm giảm rõ rệt trung bình HbA1c và tăng tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt HbA1c. Mặc dù giảm lượng glucose máu sau can thiệp của người bệnh trong nghiên cứu này không có ý nghĩa thống kê nhưng tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu tăng từ 4,9% lên 7,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chất cho thấy, sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ kiểm soát kém các chỉ số glucose máu, HbA1c giảm đi rõ rệt [9]. Theo Nguyễn Thị Thu Thảo, sau 12 tháng can thiệp bằng truyền thông, tỷ lệ HbA1c giảm đi từ 8,4% xuống còn 7,6% có ý nghĩa thống kê [37]. Nghiên cứu của Lê Thị Cẩm cho thấy, sau 6 tháng quản lý người bệnh ngoại trú, glucose máu và HbA1c giảm rõ rệt, tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu và HbA1c tăng lên, tỷ lệ người bệnh kiểm soát kém giảm đi [8]. Nghiên cứu của AJ Farmer cho thấy, sau 12 tháng can thiệp, lượng HbA1c của người bệnh giảm 0,17% không có ý nghĩa thống kê [48].

Rối loạn Lipid máu ở người bệnh ĐTĐ type 2 được ghi nhận ngay từ lúc người bệnh mới được chẩn đoán ĐTĐ. Rối loạn chuyển hóa Lipid thường liên quan đến tình trạng kháng insulin, tăng insulin máu. Hậu quả của rối loạn Lipid máu là sự tạo thành các mảng xơ vữa gây tắc mạch, làm gia tăng nguy cơ biến chứng tim mạch, đột quỵ và các biến chứng mạch máu khác [25].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh kiểm soát Cholesterol ở mức kém là 24,5%, tỷ lệ người bệnh kiểm soát Cholesterol ở mức tốt là 52,9%. Tỷ lệ người bệnh kiểm soát Triglycerid ở mức kém là 43,1%, tỷ lệ người bệnh kiểm soát Triglycerid ở mức tốt là 25,5. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ người bệnh tăng Cholesterol là 26,7%, tăng Triglycerid là 42,2% [37]. Nghiên cứu của Philipm. Clarke tại Anh, giá trị trung bình Cholesterol ở nhóm người bệnh nghiên cứu là $4,9 \pm 0,8$ mmol/l [66]. Tỷ lệ rối loạn Lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chất, Phạm Thị Cà [9], [7].

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ cho bệnh thận ĐTĐ, trong đó tăng cholesterol và tăng triglycerid là yếu tố tiên đoán của vi đạm niệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp, cholesterol và triglycerid trung bình và tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt cholesterol và triglyceride giảm không nhiều. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Chất cho thấy, sau can thiệp, các chỉ số lipid máu, chỉ số khối cơ thể ở mức kiểm soát kém có giảm đi nhưng không nhiều so với thời điểm ban đầu [9]. Theo Lê Thị Cẩm, cholesterol, triglyceride giảm dần không có ý nghĩa thống kê [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo cho thấy rối loạn lipid máu nói chung trong nghiên cứu chưa cải thiện sau truyền thông giáo dục sức khỏe [37]. Hiệu quả các giải pháp can thiệp trên người bệnh ĐTĐ bằng truyền thông chưa mang lại hiệu quả đến cải thiện rối loạn lipid máu của người bệnh, có thể do thời gian can thiệp ngắn.

4.4.2. Hiệu quả của giải pháp can thiệp đến kiến thức người bệnh.

Kiến thức về bệnh ĐTĐ là điều kiện cơ bản để người bệnh có quyết định về chế độ ăn, chế độ tập luyện, kiểm soát cân nặng, kiểm soát glucose máu, sử dụng thuốc, chăm sóc bàn chân, mắt và kiểm soát các nguy cơ bệnh

tim mạch [74]. Các nghiên cứu cho thấy hiệu quả của các giải pháp can thiệp làm tăng kiến thức của người bệnh về bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của Dunn SM cho thấy sau 15 tháng can thiệp, kiến thức chung của người bệnh ĐTĐ tăng lên 25% có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp [72]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo cho thấy, sau can thiệp truyền thông, người bệnh ĐTĐ có thay đổi về nhận thức và thực hành theo chiều hướng tốt hơn [37]. Theo Briden, kiến thức và thái độ của người bệnh ĐTĐ tăng lên có ý nghĩa sau khi can thiệp tự giáo dục sức khỏe, những thay đổi làm tăng tự quản lý bệnh ĐTĐ, giảm chi phí điều trị các biến chứng [60].

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kiến thức của người bệnh trên các lĩnh vực tăng đáng kể sau can thiệp, tăng cao nhất kiến thức về chế độ ăn và chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện và chế độ chăm sóc tăng thấp hơn, trong đó kiến thức về chế độ chăm sóc tăng không có ý nghĩa thống kê. Kiến thức chung của người bệnh tăng 21,2% có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo, sau can thiệp, trước TTGD tỉ lệ bỏ trị là 31,7% và tự điều chỉnh liều thuốc là 29,2%; sau giáo dục chỉ còn 9,3% bỏ trị và 13,7% tự điều chỉnh liều thuốc, trước TTGD có đến 88,2% người bệnh có ăn đường hấp thu nhanh như chè, bánh ngọt, kẹo, nước ngọt và sau TTGD tỉ lệ này giảm còn 53,4% [37]. Nghiên cứu của Rebecca M. Smith cho thấy, sau can thiệp, kiến thức của người bệnh tăng 33% có ý nghĩa thống kê [108]. Việc can thiệp bằng truyền thông hoặc các biện pháp giáo dục khác tăng có ý nghĩa kiến thức của người bệnh ĐTĐ, góp phần tăng tự kiểm soát, quản lý của người bệnh, làm giảm biến chứng và tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

4.4.3. Hiệu quả giải pháp can thiệp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Các giải pháp can thiệp, đặc biệt là các giải pháp về truyền thông, tư vấn cho người bệnh ĐTĐ làm tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết

quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 12 tháng tư vấn, can thiệp cho người bệnh chăm sóc, quản lý bệnh tại nhà, chất lượng cuộc sống của người bệnh về các hạn chế do sức khỏe thể lực, cảm giác đau, sức khỏe chung, sinh lực, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động, sức khỏe tinh thần và hai nhóm đánh giá chất lượng cuộc sống là sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần đều tăng có ý nghĩa thống kê. Trong đó, chất lượng cuộc sống về các hạn chế do dễ xúc động tăng 25,5%, cao nhất trong các lĩnh vực được đánh giá. Chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực tăng 6,1% không có ý nghĩa thống kê. Việc đánh giá chất lượng cuộc sống theo công cụ EQ-5D và VAS cũng cho kết quả tương tự, giải pháp can thiệp qua điện thoại làm tăng chất lượng cuộc sống theo cả hai phương pháp đánh giá có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới cho các kết quả không thống nhất. Theo nghiên cứu của Vegard Nilsen tại Na uy cho thấy, sau can thiệp 6 tháng, các lĩnh vực chất lượng cuộc sống được đánh giá đều tăng, trong đó các lĩnh vực hoạt động thể lực, các hạn chế do hoạt động thể lực, sức khỏe chung, sinh lực và sức khỏe thể chất tăng có ý nghĩa thống kê. Các lĩnh vực cảm giác đau, sức khỏe tinh thần, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động và sức khỏe tâm thần của người bệnh tăng không có ý nghĩa thống kê [118]. Nghiên cứu của Lau CY cho thấy, sau 12 tháng can thiệp, các lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống có thay đổi khác nhau, chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực, sức khỏe chung, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động và sức khỏe thể chất của người bệnh giảm đi không có ý nghĩa thống kê. Chất lượng cuộc sống về sinh lực, sức khỏe tinh thần và sức khỏe tâm thần của người bệnh tăng có ý nghĩa thống kê, trong đó tăng cao nhất là sức khỏe tinh thần. Chất lượng cuộc sống về các hạn chế do sức khỏe thể lực và cảm giác đau tăng không có ý nghĩa thống kê [92]. Nghiên cứu của Cindy Li cho thấy, sau 8 tuần can thiệp, chất lượng cuộc sống về hoạt động thể lực, sức khỏe chung, sinh lực, sức khỏe tinh thần và sức khỏe tâm thần tăng có ý

nghĩa thống kê, trong đó tăng cao nhất là sức khỏe chung. Chất lượng cuộc sống về các hạn chế do hoạt động thể lực, cảm giác đau, hoạt động xã hội, các hạn chế do dễ xúc động tăng không có ý nghĩa thống kê. Chất lượng cuộc sống về sức khỏe tâm thần giảm 1% không có ý nghĩa thống kê [64].

Các nghiên cứu sử dụng công cụ EQ-5D và VAS cho thấy sau can thiệp, chất lượng cuộc sống của người bệnh tăng lên. Nghiên cứu của Langkilde cho thấy, khi sử dụng thuốc mới, chất lượng cuộc sống đánh giá theo công cụ EQ-5D tăng lên 0,03 và theo công cụ VAS tăng lên 4,5 [91]. Theo AJ Fermer, khi can thiệp bằng truyền thông, chất lượng cuộc sống của người bệnh tăng lên 0,041 [48].

Hiệu quả can thiệp đến chất lượng cuộc sống của người bệnh không đồng đều, có thể do khác nhau về địa lý, văn hóa, lối sống, lứa tuổi, tình trạng dinh dưỡng ... của các dân tộc, các vùng địa lý khác nhau. Tuy nhiên, có thể khẳng định rằng, các giải pháp can thiệp đều tăng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

KẾT LUẬN

1. Kiến thức về ĐTD và một số yếu tố liên quan.

Chế độ ăn: kiến thức tốt: 3,1%, trung bình 29%, kém 67,9%. Trình độ học vấn, thời gian điều trị và tuổi có liên quan đến kiến thức về chế độ ăn.

Chế độ tập luyện: kiến thức tốt: 56%, trung bình 29,8%, kém 14,3%. Trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức về chế độ tập luyện.

Chế độ dùng thuốc: kiến thức tốt: 16,9%, trung bình 54,8%, kém 28,3%. Địa bàn sống, tuổi, thời gian điều trị và mức độ kiểm soát HbA1c có liên quan đến kiến thức về chế độ dùng thuốc.

Chế độ chăm sóc: kiến thức tốt: 33,6%, trung bình 35%, kém 31,4%. Trình độ học vấn, giới tính có liên quan đến kiến thức về chế độ chăm sóc

Kiến thức chung: kiến thức tốt: 2,4%, trung bình 70,2%, kém 27,4%. Địa bàn sống, trình độ học vấn, thời gian điều trị có liên quan đến kiến thức chung.

2. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan.

Sinh lực 51,12, sức khỏe tinh thần 47,24, hoạt động xã hội 47,04, cảm giác đau 46,28, các hạn chế do dễ xúc động 44,23, hoạt động thể lực 41,46, các hạn chế do sức khỏe thể lực 41,13, sức khỏe chung 31,43. Sức khỏe thể chất là 36,74 điểm, sức khỏe tâm thần là 49,96 điểm.

Địa bàn sống, tuổi, số biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ ăn, lượng glucose máu có liên quan đến sức khỏe thể chất. Địa bàn sống, số biến chứng mắc phải, kiến thức về chế độ dùng thuốc, kiến thức về chế độ tập luyện có liên quan đến sức khỏe tâm thần.

Chất lượng cuộc sống theo EQ-5D đạt 0,729, tuổi, kiến thức chung, số biến chứng và huyết áp tâm thu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Chất lượng cuộc sống theo VAS đạt 67,37, địa bàn sống, số biến chứng và huyết áp tâm thu có liên quan đến chất lượng cuộc sống.

3. Hiệu quả giải pháp can thiệp.

Sau tổ chức tư vấn, hỗ trợ người bệnh qua điện thoại trong 12 tháng:

Tỷ lệ kiểm soát BMI ở mức tốt tăng từ 64,7% lên 66,7%

Tỷ lệ kiểm soát vòng eo ở mức bình thường tăng từ 60,8% lên 61,8%.

Tỷ lệ kiểm soát huyết áp tâm thu và tâm trương không thay đổi

Tỷ lệ kiểm soát glucose máu ở mức tốt tăng từ 4,9% lên 7,8%

Tỷ lệ kiểm soát HbA1c ở mức tốt tăng từ 31,4% lên 44,1

Kiến thức về chế độ ăn tăng 44,6%, kiến thức về chế độ dùng thuốc tăng 42,1%, kiến thức về chế độ tập luyện tăng 9,1%, kiến thức chung tăng 21,2%

Sức khỏe thể chất tăng 3,35 và sức khỏe tâm thần tăng 5,52 có ý nghĩa thống kê.

Chất lượng cuộc sống EQ-5D tăng 0,075, VAS tăng 3,58 có ý nghĩa thống kê

KHUYẾN NGHỊ

1. Kiến thức và chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTD ở nông thôn so với thành phố còn thấp; vì thế, cần có nhiều chương trình hỗ trợ cho người bệnh ở các vùng này.

2. Tư vấn, hỗ trợ cho người bệnh ĐTD qua điện thoại có hiệu quả nâng cao kiến thức và chất lượng cuộc sống cho người bệnh; vì thế, có thể nhân rộng giải pháp tư vấn, hỗ trợ cho người bệnh qua điện thoại tại các bệnh viện, trung tâm y tế, trạm y tế.

3. Có thể áp dụng mô hình tư vấn, hỗ trợ chăm sóc tại nhà cho người bệnh ĐTD điều trị ngoại trú tại cộng đồng bằng cách đào tạo, huấn luyện cán bộ y tế xã về tự chăm sóc người bệnh ĐTD tại nhà và tổ chức tư vấn qua điện thoại tại các trạm y tế xã, phường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hoàng Bùi Bảo (2012), "Nghiên cứu chất lượng sống ở người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, 11, tr. 22-31.
2. Bệnh viện Nội tiết Trung ương (2010), *Báo cáo kết quả chẩn đoán, phát hiện sớm Đái tháo đường type 2 tại cộng đồng*, Hà Nội.
3. Bệnh viện Nội tiết Trung ương (2013), *Báo cáo hoạt động phòng chống Đái tháo đường năm 2012 và kế hoạch hoạt động năm 2013*, Hà Nội.
4. Đỗ Thanh Bình (2012), Tình hình bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở Quảng Bình năm 2011. *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI 6*.
5. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2*, Hà Nội.
6. Lê Văn Bôn, Nguyễn Hải Thủy (2012), "Hướng dẫn kiểm soát đường máu sau ăn trong bệnh đái tháo đường của liên đoàn đái đường quốc tế năm 2011", *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường 7*(2012).
7. Phạm Thị Cà (2012), "Điều trị bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa Hậu Giang", *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường 7*(2012).
8. Lê Thị Cầm (2014), "Đánh giá kiểm soát một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện nội tiết Nghệ An", *Hội nghị khoa học về nội tiết và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII*.
9. Nguyễn Ngọc Chát (2012), "Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào glucose, HbA1c và một số chỉ số khác ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định", *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường 7*(2012).

10. Nguyễn Huy Chiến (2007), “Nghiên cứu một số giải pháp, xây dựng mô hình phòng và quản lý bệnh đái tháo đường dựa vào cộng đồng tại tỉnh Thái Bình”, *Đề tài nghiên cứu khoa học ngành Y tế Thái Bình*.
11. Nguyễn Thị Bích Đào (2012), Kiến thức, thái độ và hành vi tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* **16**(2).
12. Trần Thị Kiều Diễm (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh Đái tháo đường type 2 được điều trị insulin", *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI*.
13. Nguyễn Tiến Dũng (2013), Các yếu tố liên quan đến hành vi chăm sóc bàn chân ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại Thái Nguyên, Việt Nam , *Tạp chí Khoa học và Công nghệ* **104**(04).
14. Bé Thu Hà (2009), "Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn", *Luận Văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên*.
15. Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2012), "Khảo sát chỉ số huyết sắc tố HbA1c ở người bệnh đái tháo đường type 2 mới phát hiện tại bệnh viện C Đà Nẵng", *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường* **7**(2012).
16. Võ Thị Xuân Hạnh (2010), “Mối liên hệ giữa các yếu tố dân số xã hội và bệnh mạn tính với chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe”, *Tạp chí Y học trường Đại học Y dược TPHCM* **5**.
17. Nguyễn Văn Vy Hậu (2012), Nghiên cứu dự báo nguy cơ đái tháo đường type 2 bằng thang điểm Findrisc ở người bệnh tiền đái tháo đường trên 45 tuổi. *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI* **6**.
18. Hồ Hữu Hóa (2009), "Chẩn đoán sớm biến chứng thận bằng xét nghiệm microalbumin niệu ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên", *Luận Văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên*.

19. Nguyễn Thị Hoa , Trần Minh Hậu (2014), "Đặc điểm lâm sàng bệnh đái tháo đường của bệnh nhân tại bệnh viện Phụ Dực, Quỳnh Phụ, Thái Bình năm 2012", *Tạp chí Y học dự phòng* Tập XXIV(2 (150)).
20. Trần Ngọc Hoàng , Nguyễn Thị Bích Đào (2012), "Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện nhân dân 115", *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI*.
21. Trần Quốc Hùng (2011), "Tình hình quản lý bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi 6 tháng đầu năm 2010 tại phòng BVSKTW-2B", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 15.
22. Nguyễn Trung Kiên (2011), "Nghiên cứu kiến thức, thực hành về bệnh Đái tháo đường của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa Hòa Bình-tỉnh Bạc Liêu", *Tạp chí Y học thực hành* 6(711).
23. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện A Thái Nguyên", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ* **08**(01): 83-89.
24. Đỗ Văn Lương, Trần Khánh Thu (2013), "Đặc điểm lâm sàng của người bệnh Đái tháo đường được quản lý và điều trị tại bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình", *Tạp chí Y học thực hành* **5**(868).
25. Nguyễn Kim Lương (2012), *Bệnh đái tháo đường trong thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học.
26. Trần Thị Mai , Nguyễn Thị Thùy Ngân (2014), "Điều tra yếu tố nguy cơ, biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ở bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2006", *Hội nghị khoa học về nội tiết và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII*.
27. Phạm Văn Minh (2013), "Bước đầu đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh tổn thương tủy sống do chấn thương", *Tạp chí Y học thực hành*, 1.

28. Lê Phong (2011), “Điều tra kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh Đái tháo đường tại Cao Bằng năm 2011”, *Bệnh viện Nội tiết Trung ương*, Hà Nội.
29. Lê Phong (2011), “Điều tra, khảo sát thực trạng bệnh Đái tháo đường trong một số doanh nghiệp ngành công thương và biện pháp phòng chống”, *Bệnh viện Nội tiết Trung ương*, Hà Nội
30. Cao Mỹ Phượng (2012), Thang điểm Findrisc và dự báo nguy cơ đái tháo đường trong 10 năm trong cộng đồng. *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI 6.*
31. Phạm Hồng Phương (2012), Thực trạng bệnh đái tháo đường type 2 và tiền đái tháo đường tại tỉnh Quảng Ngãi năm 2011. *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI 6.*
32. Nguyễn Vinh Quang (2011), “Điều tra kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh Đái tháo đường tại Việt Nam năm 2012”, *Bệnh viện Nội tiết Trung ương*, Hà Nội.
33. Nguyễn Thanh Sơn (2012), "Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ mắc tiểu đường type 2 trong nhóm người 30-69 tuổi tại 4 vùng đặc thù của tỉnh Thái Bình" *Tạp chí Y học thực hành* 834.
34. Phạm Trường Sơn (2013), "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị của xạ hình tưới máu cơ tim trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh động mạch vành ở người bệnh đái tháo đường type 2", *Luận Văn tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.*
35. Lê Việt Thắng (2012), "Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ", *Tạp chí Y dược học Quân sự* 1.
36. Vũ Thùy Thanh, Nguyễn Trang Nhung (2014), "Kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh ngoại trú tham gia chương trình quản lý đái tháo đường tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai", *Hội nghị khoa học về nội tiết và chuyển hóa toàn quốc lần thứ VII.*

37. Nguyễn Thị Thu Thảo (2009), "Đánh giá ảnh hưởng truyền thông giáo dục về kiến thức, thái độ thực hành và các chỉ số kiểm soát trên người bệnh đái tháo đường típ 2", *Tạp chí Y học TP HCM*, 13(6), tr. 71-78.
38. Sharma, R. C. (1990), *Dân số, tài nguyên, môi trường và chất lượng cuộc sống*, Viện Khoa học giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
39. Bùi Thị Khánh Thuận (2009), "Nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và tập luyện ở người bệnh ĐTĐ type 2", *Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*.
40. Nguyễn Văn Tiến (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số biến chứng đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ", *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI*.
41. Trịnh Quang Trí (2012), "Kết quả khám sàng lọc Đái tháo đường năm 2010-2012 tại một số huyện thuộc tỉnh Đắc Lắc". *Đề tài nghiên cứu cấp ngành, Đắc Lắc*.
42. Nguyễn Thị Thu Trang (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tăng huyết áp". *Tạp chí Y học thực hành*, 870, số 5, 2013.
43. Trường Đại học Y tế Công cộng (2008), *Giáo trình Kinh tế Y tế*, Hà Nội.
44. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2015), "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA năm 2011 và các yếu tố nguy cơ", *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 95(5).

Tiếng Anh

45. Adibe Maxwell O (2009), Diabetes self-care knowledge among type 2 diabetic outpatients in south-eastern Nigeria, *Int J. Drug Dev. & Res*, 9(1), pp 85.

46. Agurs-Collins (1997), A randomized controlled trial of weight reduction and exercise for diabetes management in older African-American subjects, *Diabetes Care*, 20(10), pp 1503-1511.
47. Ahmad Ayaz Sabri (2007), Comparing knowledge of diabetes mellitus among rural and urban diabetics, *McGill Journal of Medicine* 10(2).
48. AJ Farmer (2009), Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial, *Health Technology Assessment* 14(15).
49. Ali Gholami (2013), Quality of Life in Patients with type 2 Diabetes: Application of WHOQoL-BREF Scale, *Shiraz E-Medical Journal* 14(3).
50. Al-Qazaz HKh (2011), Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes, *Int J Clin Pharm* 33(6).
51. American Diabetes Association (2000), Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus, *Diabetes Care* 23(1).
52. American Diabetes Association (2010), Standards of Medical Care in Diabetes-2010, *Diabetes Care*, 33(1), pp 11-61.
53. American Diabetes Association (2014), *Diabetes Statistics*
54. American Diabetes Association Educators (2014), *AADE7 Self-Care Behaviors*, *Diabetes Educ* 34
55. Anju Gautam (2015), Diabetes related health knowledge, attitude and practice among diabetic patients in Nepal, *BMC Endocrine Disorders*, (2015) 15:25
56. Baumann (2010), Self-care Beliefs and Behaviors in Ugandan Adults With type 2 Diabetes, *The Diabetes Educator* 36(2).
57. Boeing (2010), Lifestyle factors and mortality among adults with diabetes: findings from the European prospective investigation into cancer and nutrition-postdam study, *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2.

58. Borrott N (2008), Measuring Quality of Life among those with type 2 diabetes in primary care, *A report for the IWMDGP, Healthy Communities Research Centre*, The University of Queensland.
59. Bradley C (2006), Quality of life in diabetes, *Int J Diab Dev Ctries*, 26(1)
60. Briden Laura B (2012), Evaluating the Impact of Two Different Methods of Diabetes Self-management Education on Knowledge, Attitude, and Behaviours of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, *Master of Science Thesis*, The University of Western Ontario.
61. CDC (2000), *Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life*, Atlanta, Georgia.
62. Chiang H.C (2007), Applying Orem's Theory to the Care of a Diabetes Patient with a Foot Ulcer, *Tzu Chi Nursing Journal*, 6(6), pp127-135.
63. Chiou (2009), Self-care behavior and related factors in older people with type 2 diabetes, *Journal of Clinical Nursing* 18.
64. Cindy Li Whye Ng (2011), Health status of older adults with Type 2 diabetes mellitus after aerobic or resistance training: A randomised trial, *Health and Quality of Life Outcomes* 9(59).
65. Clarke P (2002), Estimating Utility Values for Health States of Type 2 Diabetic Patients Using the EQ-5D, *Medical Decision Making*, 22(4), pp 340-349.
66. Clarke P (2006), Assessing the Impact of Visual Acuity on Quality of Life in Individuals With Type 2 Diabetes Using the Short Form-36, *Diabetes Care* 29(7).
67. Dagmar Magurová (2012), Knowledge of diabetes in patients with type 2 diabetes on insulin therapy from eastern Slovakia, *Diabetologia Croatica* 43(3).
68. Denyes (1989), Health and illness self-care in adolescents with IDDM: a test of Orem's theory, *ANS Adv Nurs Sci*. 1989 Oct;12(1):67-75.

69. DeSalvo K (2006), Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis, *Gen Intern Med*, 21(3), pp 267-275.
70. Diener E (1999), Subjective well-being: three decades of progress, *Psychological Bulletin*, 125(2), pp 276-302.
71. Dominick K (2002), Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults, *Aging Clin Exp Res*, 14(6), pp 499-508.
72. Dunn SM (1990), Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education, *Soc Sci Med* 31(10).
73. Fariha Shaheen (2014), Assessing health related quality of life in diabetic subjects by SF 36 questionnaire in a tertiary care diabetes unit of Karachi, Pakistan, *International Journal of Advanced Research* 2(6).
74. GH Murata (2003), Factors affecting diabetes knowledge in Type 2 diabetic veterans, *Diabetologia*, 46(8), pp 1170-1178.
75. Golicki D (2015), Quality of life in patients with type 2 diabetes in Poland - comparison with the general population using the EQ-5D questionnaire, *Adv Clin Exp Med* 24(1).
76. Grace Lindsay (2011), Quality of Life in People with type 2 Diabetes in Relation to Deprivation, Gender, and Age in a New Community-Based Model of Care, *Nursing Research and Practice* 2011.
77. Grandy (2014), Health-related quality of life (EQ-5D) among type 2 diabetes mellitus patients treated with dapagliflozin over 2 years, *International Journal of Clinical Practice* 68(4).
78. Gulabani M (2008), Knowledge of diabetes, its treatment and complications amongst diabetic patients in a tertiary care hospital, *Indian J Community Med*, 33(3), pp 204-206.

79. Gumbs. J (2012), Relationship between diabetes self-management education and self-care behaviors among African American women with type 2 diabetes, *Pubmed abstract*.
80. Harvey V. Thommasen (2006), Health-related quality of life and type 2 diabetes: A study of people living in the Bella Coola Valley, *BC Medical Journal* 48(6).
81. Heinrich E (2012), Evaluation of the web-based Diabetes Interactive Education Programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes, *Patient Education and Counseling* 86 (2012).
82. Hosler (2005), Population based assessment of diabetes care and selfmanagement among Puerto Rican adults in New York City. USA, *The Diabetes Educator* 31(3).
83. Ibrahim A. Bani (2015), Prevalence, Knowledge, Attitude and Practices of Diabetes Mellitus among Jazan Population, Kingdom of Saudi Arabia (KSA), *Journal of Diabetes Mellitus*, 2015, 5, 115-122
84. Janssen MF (2011), The use of the EQ-5D preference-based health status measure in adults with Type 2 diabetes mellitus, *Diabet Med* 28(4).
85. John E (2015), SF-36 health survey update
86. Junling Gao (2013), Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes, *BMC Family Practice* 2013, 14:66
87. Katherine (2003), *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorthea Orem*, Spinger PublishingCompany, New York.
88. Keeratiyutawong P (2006), Effectiveness of a Self-Management Program for Thais with Type 2 Diabetes, *Thai J Nurs Res*, 10(2), pp 85-97.
89. Khaled J. Issa (2014), The effect of diabetes mellitus on quality of life, *Sudanese Journal of Public Health* 9(1).

90. Kleefstra (2010), Self-monitoring of blood glucose in tablet-treated type 2 diabetic patients (ZODIAC-17), *The Netherlands Journal of Medicine* 68(7/8).
91. Langkilde (2014), Health-related quality of life (EQ-5D) among type 2 diabetes mellitus patients treated with dapagliflozin over 2 years, *International Journal of Clinical Practice* 2014(2).
92. Lau CY (2004), Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus, *J Postgrad Med* 50(3).
93. Laura Kzunetsov S (2014), Diabetes-specific quality of life but not health status is independently associated with glycaemic control among patients with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis of ADDITION-Europe trial cohort, *Diabetes Research and Clinical Practice* 104.
94. Lee W. L (2000), Impact of Diabetes on Coronary Artery Disease in Women and Men: A meta-analysis of prospective studies, *Diabetes care*, 23(7), pp 962-968.
95. Liu Y (2015), Effect of peer education on self-management and psychological status in type 2 diabetes patients with emotional disorders, *J Diabetes Investig* 6(4).
96. Muangkae W (2002), The effectiveness of an educative-supportive program on improving perceived self-care efficacy and diabetic control in uncontrolled type 2 diabetic patients : a case study of a rural hospital in the North, *Master Thesis of Nursing*, Mahidol University, Thailand.
97. Murrock (2009), Dance and peer support to improve diabetes outcomes in African American Women, *The Diabetes Educator* 35(6).
98. Narayan, K. M (2006), Disease control priorities in developing countries, Oxford University Press and The World Bank.
99. Nascimentoa T (2015), Self-care improvement after a pharmaceutical intervention in elderly type 2 diabetic patients, *Curr Diabetes Rev* 22.

100. Ortiz (2010), Self-Care behaviors and health indicators in adults with type 2 diabetes, *Rev Latino-Am. Enfermagem* 18(4).
101. Pace A (2006), *Knowledge on Diabetes Mellitus in the self care process*, Rev Latino-am Enfermagem 2006 setembro-outubro, 15(5), pp 728-734.
102. Padmalath B (2007), Gain in Patients' Knowledge of Diabetes Management Targets Is Associated With Better Glycemic Control, *Diabetes care*, 30(6).
103. Park PH (2015), Improving Diabetes Management and Cardiovascular Risk Factors Through Peer-Led Self-management Support Groups in Western Kenya, *Diabetes Care* 38(8).
104. Pattanaphesaj (2015), Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to EQ-5D-3L in the Thai diabetes patients, *Quality of Life Outcomes* 13.
105. Paulo Joaquim (2014), Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession, *Revista de Enfermagem Referência*. IV.3.
106. Plodnaimuang A (1999), The effectiveness of educative-supportive program to improve perceived self-care efficacy and diabetic control in uncontrolled type 2 diabetic patients, *Master Thesis*, Mahidol University, Thailand.
107. Pongmesa T (2008), A Comparison of Diabetes Knowledge among Residents in Bangkok and other Central Provinces of Thailand, *Value in Health*, 11(6), pp 517.
108. Rebecca M. Smith (2007), Periodontal Disease and Diabetes: Knowledge and Attitudes Assessment Project, *Florida Public Health Review* 4(12).
109. Ruth Kalda A. R (2008), Predictors of quality of life of patients with type 2 diabetes, *Patient Preferences and Adherence*_2008(2).
110. Sakamaki H (2006), Measurement of HRQL Using EQ-5D in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Japan, *Value in Health*, 9(1).

111. Sanaun (1999), The effects of the supportive-educative nursing system of self-care on non- insulin dependent diabetes mellitus patients. *Master thesis*, University of Mahidol, Thailand.
112. Shigaki (2010), Motivation and Diabetes self-management, *Chronic Illness* 6.
113. Solli O (2010), Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores, *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(18).
114. Taylor (2001), A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's Theory of Self-Care, *Nursing Science Quarterly* 23.
115. UNESCO (1996), *Population and Quality of Life*: , Paris
116. Unyime Sunday Jasper (2014), Determinants of diabetes knowledge in a cohort of Nigerian diabetics, *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 13(39).
117. Van der Heide (2014), Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a dutch cross-sectional study, *Journal of Health Communication* 2.
118. Vegard Nilsen (2014), Predictors of health-related quality of life changes after lifestyle intervention in persons at risk of type 2 diabetes mellitus, *Qual Life Res* 2014(23).
119. Vishakha Jain (2014), Health-Related Quality of Life (Hr-Qol) in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus, *N Am J Med Sci* 6(2).
120. Wang Ye (2015), Cross-cultural measurement equivalence of the 5-level EQ-5D (EQ-5D-5L) in patients with type 2 diabetes mellitus in Singapore, *Health and Quality of Life Outcomes* 13.
121. Wen (2004), Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes, *The Diabetes Educator* 30(6).

122. WHO (1996), WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment
123. WHO (2011), *Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus*, Abbreviated Report of a WHO Consultation.
124. WHO (2012), *Diabetes Programme*, <http://www.who.int/diabetes/en/>.
125. Xu (2010), Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes, *Nursing and Health Sciences* 12.
126. Xu-Hao Z (2009), Is diabetes knowledge associated with health-related quality of life among subjects with diabetes?: a preliminary cross-sectional convenience-sampling survey study among English-speaking diabetic subjects in Singapore, *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 4(3), pp 144-150.
127. Yang W (2010), Prevalence of Diabetes among Men and Women in China, *The new England journal of medicine*, 362(12), pp 1090-1101.
128. Yao Yu (2013), Quality of Life and emotional change for middle-aged and elderly patients with diabetic retinopathy, *Int J Ophthalmol* 6(1).
129. Zaheera S (2010), A Study Of Knowledge Attitude And Practices Of Saudi Women Towards Diabetes Mellitus. A (KAP) Study In Al-Qassim Region, *The Internet Journal of Health*, 11(2).
130. Zanetti (2010), Self-Care of Patients with Diabetes Mellitus Cared for at an Emergency Service in Mexico, *Rev Latino-Am, Enfermagem* 18(6).