

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ SAU GIÁO DỤC SỨC KHOẺ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2020

Nguyễn Thị Thu Hiền^{1b}, Lê Thanh Tùng², Tô Minh Tuấn³,
Nguyễn Cao Cường³, Cao Thị Dung¹

¹Bệnh viện Đa khoa Thái Bình,

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định,

³Trường Cao đẳng y tế Thái Bình

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp giáo dục có so sánh trước sau trên 90 người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020. Tư vấn trực tiếp, nhóm nhỏ từ 7 - 10 người bệnh, nội dung tư vấn dựa trên hướng dẫn của CDC Hoa Kỳ, hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hướng dẫn của Viện dinh dưỡng Quốc gia. Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh thận KDQOL-SFTM phiên bản 1.3 bản tiếng Việt có độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,90 trước khi áp dụng cho nghiên cứu này. **Kết**

quả: Với phổ điểm từ 0 - 100 điểm, điểm ở các lĩnh vực đánh giá đều tăng lên so với trước can thiệp; cụ thể điểm trung bình chất lượng cuộc sống SF36 là 42,19 ± 19,75; sau can thiệp 1 tháng, tăng lên 45,70 ± 16,01, sau can thiệp 3 tháng, tăng lên 53,85 ± 16,84. Điểm các vấn đề bệnh thận trước can thiệp là 54,91 ± 21,69 tăng lên 57,94 ± 9,62 sau 1 tháng can thiệp và tăng lên 59,67 ± 10,03 sau 3 tháng can thiệp. Điểm chất lượng cuộc sống chung của người bệnh trước can thiệp là 48,55 ± 16,75, tăng lên 51,82 ± 11,62 sau can thiệp 1 tháng và tăng lên 56,76 ± 12,52 sau can thiệp 3 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Chương trình giáo dục sức khỏe đã góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Chạy thận nhân tạo chu kỳ, chất lượng cuộc sống, người bệnh.

QUALITY OF LIFE OF REGULAR HEMODIALYSIS PATIENTS AFTER THE HEALTH EDUCATION IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2020

ABSTRACT

Objective: To assess changes in the quality of life of regular hemodialysis patients in General Hospital of Thai Binh province in 2020 after health education. **Method:** An

educational intervention was implemented in 90 patients with regular hemodialysis at the Department of Nephrology, Thai Binh General Hospital from December 2019 to April 2020. Direct consultations for small groups of 7-10 patients were applied, the counseling contents based on the guidelines of the US CDC, guidelines of the World Health Organization, guidelines of the National Institute of Nutrition were applied for educating patients. The KDQOL-SFTM

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hiền
Email: Hienbvdktb@gmail.com
Ngày phản biện: 26/8/2020
Ngày duyệt bài: 28/8/2020
Ngày xuất bản: 31/8/2020

version 1.3 in Vietnamese language was used to measure with Cronbach alpha coefficient of 0,90. **Results:** Within a band score from 0 - 100 points, scores in the evaluation domains all increased compared to results before the intervention; specifically, the SF36 average quality of life score which was $42,19 \pm 19,75$; 1 month after intervention, it was increased to $45,70 \pm 16,01$, after 3 months, it increased to $53,85 \pm 16,84$. Before the intervention, kidney problems criterium scored $54,91 \pm 21,69$. It increased to $57,94 \pm 9,62$ after 1 month of intervention and $59,67 \pm 10,03$ after 3 months of intervention. The overall quality of life score of patients before intervention was $48,55 \pm 16,75$, increased to $51,82 \pm 11,62$ one month after intervention and increased to $56,76 \pm 12,52$ after 3 months of intervention (the differences were significant with p values of 0,001). **Conclusion:** The health education programs improved the quality of life of regular hemodialysis patients.

Keywords: Hemodialysis, quality of life, patients

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận giai đoạn cuối được định nghĩa là sự suy giảm không thể phục hồi trong chức năng thận của một người, đủ nghiêm trọng để gây tử vong trong trường hợp không được lọc máu hoặc cấy ghép thận [21]. Chính vì thế mà lọc máu trở thành phương pháp điều trị cho đa số các người bệnh mắc bệnh thận mạn tính, trong đó chạy thận nhân tạo là loại lọc máu phổ biến chiếm 90%. Chi phí điều trị bệnh thận mạn tính bằng phương pháp chạy thận nhân tạo chu kỳ đặt ra một gánh nặng tài chính đáng kể lên hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tại Mỹ, chi phí chăm sóc chạy thận nhân tạo trung bình 90.000 đô la mỗi người

bệnh mỗi năm [17]. Ở Việt Nam, theo tác giả Nguyễn Hoàng Lan, người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện quận Thủ Đức có tổng chi phí điều trị trực tiếp trung bình hàng tháng là 9.591.443 đồng/người (\$5,377US/người/năm), trong đó chi phí người bệnh phải tự chi trả là 3.192.610 đồng [4].

Rất nhiều biến chứng có thể xảy ra trong quá trình lọc máu cùng với biến chứng của bệnh thận giai đoạn cuối làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh. Chỉ có 35% người bệnh chạy thận nhân tạo còn sống sau 5 năm điều trị [17]. Bên cạnh đó, quá trình chạy thận nhân tạo còn gây ra nhiều vấn đề và nhu cầu không thể đáp ứng ở người bệnh [19]. Điều này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo và tăng gánh nặng cho quá trình chăm sóc. Người bệnh đóng vai trò chủ yếu trong việc quản lý bệnh, một chương trình can thiệp giáo dục hợp lý sẽ góp phần nâng cao kiến thức, cải thiện hành vi lối sống giúp người bệnh cải thiện chất lượng cuộc sống [11], [16].

Tại Việt Nam có một vài nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ khá thấp [5] nhưng chưa có nhiều nghiên cứu nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020 sau giáo dục sức khỏe.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 90 người bệnh đang điều trị suy thận mạn bằng phương pháp chạy thận nhân tạo chu kỳ tối thiểu 3 tháng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, từ tháng 12

năm 2019 đến tháng 4 năm 2020. Người bệnh từ 18-79 tuổi có khả năng tiếp nhận, trả lời các câu hỏi và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau trên một nhóm nghiên cứu không có đối chứng; tại các thời điểm T1: trước can thiệp; T2: sau can thiệp giáo dục 1 tháng và T3: sau can thiệp giáo dục 3 tháng.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.3.1. Cơ mẫu:

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{p_0(1-p_0)} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1)}]^2}{(p_0 - p_1)^2}$$

Trong đó:

- $Z_{(1-\alpha/2)}$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α . Với lực mẫu là 90% ($\beta = 0,1$), mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 0,05$) tương đương với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ và $Z_{(1-\beta)} = 1,29$.

- p_0 là tỷ lệ người bệnh có CLCS khá tốt trước can thiệp. Theo tác giả Lê Việt Thắng $p=5,35\%$ [5], nên chúng tôi lấy $p_0 = 0,05$.

- p_1 là tỷ lệ người bệnh có CLCS tốt sau can thiệp. Theo Masumeh H.M và cộng sự (2015) điểm CLCS sau can thiệp tăng 10% so với trước can thiệp [15]. Do đó lấy $p_1 = p_0 + 10\% = 0,05 + 0,1 = 0,15$. Thay vào công thức trên tính được $n = 79$.

Để dự phòng, chúng tôi thêm 10% số ĐTNC nên tổng số ĐTNC của chúng tôi là 90 người.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn ngẫu nhiên 15 người bệnh/ca lọc máu của 6 ca lọc máu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn mẫu. Trong tháng 1/2020, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn được 90 người

bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, số người bệnh này đã tham gia đầy đủ chương trình can thiệp, đánh giá sau 1 tháng can thiệp và đánh giá sau 3 tháng can thiệp.

2.4. Công cụ nghiên cứu

Sử dụng bản dịch tiếng Việt Bộ công cụ KDQOL-SF™ 1.3 (Kidney Disease Quality of Life Short Form - Chất lượng cuộc sống bệnh thận dạng ngắn phiên bản 1.3) đã được Lê Thị Huyền dùng trong nghiên cứu đánh giá CLCS người bệnh suy thận mạn tại Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba, Đồng Hới năm 2016 [3]. Sau đó, bộ công cụ được 3 chuyên gia về lĩnh vực chạy thận nhân tạo và điều dưỡng kiểm tra, chỉnh sửa và đánh giá tính giá trị. Kết quả đánh giá của chuyên gia thông qua chỉ số hiệu lực Content Validity Index (CVI) dao động từ 0,67 đến 1. Chỉ số scale CVI (sCVI) đạt 0,97 cao hơn mức đề xuất tối thiểu của Polit là 0,78 [18]. Khảo sát thử nghiệm bộ công cụ trên 30 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu (những người này không tham gia vào nghiên cứu) để hiệu chỉnh lại bộ công cụ cho phù hợp và phân tích, đánh giá độ tin cậy của bộ công cụ. Hệ số Cronbach's Alpha của bộ công cụ là 0,9 gồm 80 câu hỏi, chia thành 19 lĩnh vực; trong đó hệ số Cronbach's Alpha của từng lĩnh vực là :

- Lĩnh vực dành riêng cho bệnh thận hệ số Cronbach's Alpha từ 0,6 đến 0,9: Các triệu chứng (12 câu) 0,9; Ảnh hưởng bệnh thận (8 câu) 0,9; Gánh nặng bệnh thận (4 câu) 0,7; Tình trạng công việc (2 câu) 0,6; Chức năng nhận thức (3 câu) 0,8; Chức năng tương tác xã hội (3 câu) 0,7; Chức năng tình dục (2 câu) 0,9; Giấc ngủ (4 câu) 0,6; Hỗ trợ xã hội (2 câu) 0,8; Sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu (2 câu) 0,8;

- Lĩnh vực sức khỏe thể chất hệ số

Cronbach's Alpha từ 0,7 đến 0,9: Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất (10 câu) 0,9; Hạn chế vai trò của thể chất (4 câu) 0,9; Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn (2 câu) 0,7; Tự đánh giá sức khỏe tổng quát (5 câu) 0,8.

- Lĩnh vực sức khỏe tinh thần hệ số Cronbach's Alpha từ 0,8 đến 0,9: Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống (5 câu) 0,9; Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội (3 câu) 0,9; Hạn chế vai trò của tinh thần (2 câu) 0,8; Sức khỏe tâm thần tổng quát (4 câu) 0,8.

- Câu số 2 và câu số 22 không đưa vào tính điểm mà chỉ có ý nghĩa lượng giá cho sự thay đổi trung bình của tình trạng sức khỏe trong năm nên không tính điểm Cronbach's Alpha riêng.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu.

Sử dụng phiếu phỏng vấn chuẩn bị trước phỏng vấn trực tiếp người bệnh sau khi người bệnh được kết nối máy thận 30 phút. Sử dụng cùng một loại phiếu đánh giá cho 3 thời điểm phỏng vấn: T1; T2; T3.

- Nội dung can thiệp: Sử dụng tài liệu truyền thông và sổ tay hướng dẫn do nghiên cứu viên xây dựng dựa trên hướng dẫn của CDC Hoa Kỳ, hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới (WHO), hướng dẫn của Viện dinh dưỡng Quốc gia. Nội dung bao gồm quy trình chạy thận nhân tạo, các biến chứng trong quá trình chạy thận nhân tạo, chế độ ăn uống, chế độ tập luyện, chăm sóc lỗ rò động mạch tĩnh mạch....

- Hình thức can thiệp: Tư vấn trực tiếp từng nhóm khoảng 7 – 10 người bệnh ngay tại phòng lọc máu khoa Thận nhân tạo bằng tài liệu thiết kế phù hợp, tranh ảnh, hướng dẫn, giải đáp thắc mắc theo các nhóm nhỏ. Cho người bệnh và người nhà xem video tuyên truyền về bệnh thận, chế độ dinh dưỡng, chế độ tập luyện, cách

theo dõi và tự chăm sóc bệnh 15 phút trước mỗi ca lọc máu.

- Thời gian can thiệp: 50-60 phút/nhóm.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đối với số liệu có phân phối chuẩn sử dụng Paired-Samples T Test để so sánh 2 giá trị trung bình tại thời điểm trước và sau can thiệp 1 tháng, trước và sau can thiệp 3 tháng.

- Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; với khoảng tin cậy 95%.

2.7. Thang đo và tiêu chuẩn đánh giá.

- Dựa vào câu trả lời của người bệnh để đánh giá kết quả. Chuyển đổi các giá trị từ 0-10 do người bệnh lựa chọn trong mỗi câu thành thang điểm số từ 0 đến 100 tương ứng.

- Điểm số các lĩnh vực là điểm trung bình của các câu hỏi tương ứng theo các lĩnh vực. Điểm CLCS là điểm trung bình cộng của điểm sức khỏe tổng quát và điểm vấn đề bệnh thận. Điểm càng cao thể hiện chất lượng cuộc sống càng tốt và ngược lại.

3. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của người bệnh là $52,6 \pm 12,2$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 77 tuổi, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%, sau đó đến nhóm tuổi 60-77 chiếm 36,7% và nhóm tuổi 27-39 chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,1%.

Kết quả đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh thông qua điểm số chất lượng cuộc sống theo các lĩnh vực tại các thời điểm Trước giáo dục sức khỏe (T1), Sau giáo dục sức khỏe 1 tháng (T2) và Sau giáo dục sức khỏe 3 tháng được trình bày trong các Bảng dưới đây.

3.1. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống theo SF36

Bảng 3.1. Chất lượng cuộc sống lĩnh vực sức khỏe thể chất tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Sức khỏe thể chất	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p (t-test)
	T1	T2	T3	
Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất	43,44 ± 20,34	43,00 ± 18,26	49,17 ± 20,14	p ₂₋₁ : 0,538 p ₃₋₁ : 0,000
Hạn chế vai trò của thể chất	27,78 ± 39,39	36,67 ± 29,32	55,83 ± 25,71	p ₂₋₁ : 0,003 p ₃₋₁ : 0,000
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn	44,36 ± 27,55	47,83 ± 26,38	51,56 ± 27,01	p ₂₋₁ : 0,006 p ₃₋₁ : 0,000
Tự đánh giá sức khỏe tổng quát	12,83 ± 14,63	10,28 ± 9,93	17,28 ± 12,88	p ₂₋₁ : 0,002 p ₃₋₁ : 0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm số lĩnh vực hạn chế vai trò thể chất và lĩnh vực sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp với $p < 0,05$. Lĩnh vực sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Lĩnh vực tự đánh giá sức khỏe tổng quát sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số của 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất đều tăng so với trước can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Thay đổi điểm số các lĩnh vực liên quan đến sức khỏe tinh thần tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Sức khỏe tinh thần	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p
	T1	T2	T3	
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	55,29 ± 23,90	61,78 ± 16,08	65,91 ± 17,09	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	46,30 ± 47,06	49,26 ± 43,91	67,41 ± 29,97	p ₂₋₁ : 0,073 p ₃₋₁ : 0,000
Hạn chế do vai trò của tinh thần	64,72 ± 29,30	68,89 ± 24,59	70,00 ± 24,35	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Sức khỏe tâm thần tổng quát	42,83 ± 21,15	47,89 ± 16,23	53,67 ± 16,82	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm số sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống, hạn chế vai trò của tinh thần và sức khỏe tâm thần tổng quát đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm số sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội cao hơn so với trước can thiệp, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số 4 lĩnh vực sức khỏe tâm thần đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Thay đổi chất lượng cuộc sống theo SF-36 tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Lĩnh vực	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p
	T1	T2	T3	
SKTC	32,10 ± 18,54	34,44 ± 15,21	43,46 ± 17,63	p ₂₋₁ : 0,007 p ₃₋₁ : 0,000
SKTT	52,29 ± 23,40	56,95 ± 19,41	64,25 ± 17,78	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
SF-36	42,19 ± 19,75	45,70 ± 16,01	53,85 ± 16,84	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, điểm SF-36 cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, điểm SF-36 cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.2. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống các vấn đề bệnh thận

Bảng 3.4. Thay đổi điểm số các lĩnh vực liên quan đến vấn đề bệnh thận tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Vấn đề bệnh thận	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p
	T1	T2	T3	
Các triệu chứng	57,15 ± 17,27	65,51 ± 16,17	71,13 ± 14,95	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Ảnh hưởng của bệnh thận	51,42 ± 18,63	50,69 ± 14,72	54,51 ± 15,74	p ₂₋₁ : 0,33 p ₃₋₁ : 0,006
Gánh nặng của bệnh thận	20,83 ± 14,78	15,49 ± 11,33	18,47 ± 11,92	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,071
Tình trạng công việc	12,78 ± 26,56	12,78 ± 26,56	12,22 ± 25,21	p ₃₋₁ : 0,32
Chức năng nhận thức	69,93 ± 27,84	73,56 ± 23,91	74,52 ± 23,56	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Chức năng tương tác xã hội	73,70 ± 24,16	76,44 ± 20,58	77,48 ± 20,45	p ₂₋₁ : 0,002 p ₃₋₁ : 0,006
Chức năng tình dục	41,81 ± 36,02	41,07 ± 32,96	38,79 ± 35,09	p ₂₋₁ : 0,449 p ₃₋₁ : 0,165
Giấc ngủ	37,89 ± 22,10	43,42 ± 19,16	45,11 ± 20,91	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Hỗ trợ xã hội	64,44 ± 14,61	66,66 ± 12,98	65,55 ± 13,87	p ₂₋₁ : 0,039 p ₃₋₁ : 0,276
Sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu	94,72 ± 15,45	98,33 ± 5,98	98,75 ± 4,98	p ₂₋₁ : 0,001 p ₃₋₁ : 0,001
Sự hài lòng của người bệnh	70,56 ± 21,64	81,85 ± 15,33	85,56 ± 14,18	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000
Vấn đề của bệnh thận	54,92 ± 11,38	57,94 ± 9,62	59,67 ± 10,03	p ₂₋₁ : 0,000 p ₃₋₁ : 0,000

Sau can thiệp 1 tháng: Điểm số ảnh hưởng của bệnh thận và điểm số chức năng tình dục giảm so với trước can thiệp, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điểm số gánh nặng bệnh thận giảm so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Điểm số tình trạng công việc không thay đổi so với trước can thiệp. Các lĩnh vực còn lại điểm số đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số gánh nặng bệnh thận, tình trạng công việc và chức năng tình dục giảm hơn so với trước can thiệp với $p > 0,05$. Điểm số hỗ trợ xã hội cao hơn so với trước can thiệp với $p > 0,05$. Điểm số các lĩnh vực còn lại đều cao hơn so với trước can thiệp, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Điểm trung bình các vấn đề bệnh thận tăng từ $54,92 \pm 11,38$ lên $57,94 \pm 9,62$ sau 1 tháng can thiệp, sau 3 tháng can thiệp tăng lên $59,67 \pm 10,03$ với $p < 0,001$.

3.3. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống chung

Bảng 3.5. Thay đổi điểm chất lượng cuộc sống chung (n=90)

Thời điểm đánh giá	Điểm trung bình (Mean ± SD)	Khoảng tin cậy (99%)	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	48,85 ± 14,01		
Sau can thiệp 1 tháng (T2)	51,82 ± 11,62	2,10 – 4,42	$p_{2-1} = 0,000$
Sau can thiệp 3 tháng (T3)	56,76 ± 12,52	6,30 – 10,11	$p_{3-1} = 0,000$

Sau can thiệp 1 tháng, điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tăng là 3,26 với khoảng tin cậy (CI 99%) 2,10 - 4,42 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tăng 8,20 với khoảng tin cậy (CI 99%) 6,30 -10,11 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 90 người bệnh, đa số người bệnh thuộc hai nhóm tuổi từ 27 – 39 chiếm 21,1% và 40 – 59 chiếm tỷ lệ 42,2%. Kết quả này tương đồng nhiều nghiên cứu về tuổi người bệnh suy thận chạy thận nhân tạo chu kỳ như nghiên cứu của Lê Thị Huyền (2016) tại BV Cu Ba – Đồng Hới [3]; nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường (2014) tại Thái Bình [2]. Kết quả này cho thấy đa số người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ ở trong độ tuổi lao động, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả lao động, làm giảm hoặc mất thu nhập dẫn đến chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng. Hơn nữa, người bệnh suy thận giai đoạn cuối điều trị thay thế thận bằng chạy thận nhân tạo có nhiều vấn đề ảnh hưởng đến hình thức như cầu tay, da sạm,... điều này sẽ gây ảnh hưởng tâm lý rất lớn đến những người trẻ tuổi. Chính vì vậy, cần thiết có các biện pháp

can thiệp trong điều trị, chăm sóc giúp người bệnh kéo dài tuổi thọ và nâng cao chất lượng cuộc sống là rất cần thiết.

4.1. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống SF36

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, khoảng thời gian 1 tháng sau can thiệp, sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất và tự đánh giá sức khỏe tổng quát chưa có sự thay đổi thậm chí điểm số còn giảm so với trước can thiệp vì đây là lĩnh vực không thể thay đổi ngay sau khi người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe mà phải sau khi người bệnh thay đổi hành vi một thời gian mới có thể thấy hiệu quả. Riêng lĩnh vực hạn chế vai trò của thể chất và sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn, chỉ cần người bệnh có đủ kiến thức và bắt đầu thay đổi hành vi là có thể cảm nhận được. Sau 3 tháng can thiệp, cả 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất đều tăng

điểm số so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Với lĩnh vực sức khỏe tinh thần (bảng 3.2), 1 tháng sau can thiệp điểm số sức khỏe liên quan đến các hoạt động xã hội cao hơn trước can thiệp nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điểm số các lĩnh vực khác đều được cải thiện đáng kể với $p < 0,001$. Sau 3 tháng can thiệp, điểm số cả 4 lĩnh vực của sức khỏe tinh thần đều tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Như vậy ở bảng 3.1 và bảng 3.2, sự thay đổi điểm số 8 lĩnh vực của CLCS SF-36 ở thời điểm 1 tháng sau can thiệp giáo dục sức khỏe cho thấy có 3/8 lĩnh vực chưa có sự cải thiện điểm số, có thể do thời gian sau can thiệp quá ngắn chưa đủ để việc thay đổi hành vi có tác động hoặc người bệnh chưa có sự thay đổi hành vi sau khi được giáo dục sức khỏe. Đây là thời điểm tháng Tết Nguyên đán nên việc tuân thủ các chế độ tập luyện, dinh dưỡng bị ảnh hưởng do phong tục, tập quán. Tuy 3 tháng sau can thiệp tất cả các điểm số của 8 lĩnh vực đều được cải thiện ($p < 0,001$). Điều này cho thấy, chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả trong việc nâng cao điểm số tất cả các lĩnh vực của CLCS chung SF-36.

Chương trình can thiệp bằng giáo dục sức khỏe đã được áp dụng trong một số nghiên cứu và cũng đạt được một số kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Bakarman, M. A và cộng sự (2019) [9] đã áp dụng chương trình giáo dục sức khỏe bao gồm các nội dung về bệnh thận mạn tính, thận nhân tạo là gì, cách tuân thủ điều trị trong chạy thận nhân tạo chu kỳ, chế độ dinh dưỡng, chăm sóc cầu tay và hạn chế chất lỏng. Kết quả đánh giá sau 2 tháng can thiệp, cả 8 lĩnh vực của CLCS SF-36 đều được cải thiện điểm số so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phù hợp do chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe của chúng tôi cũng bao gồm các nội dung tương tự.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Ghadam M.S và cộng sự (2015): tất cả các lĩnh vực CLCS của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ đều tăng so với nhóm chứng ($p < 0,001$) sau 8 buổi can thiệp giáo dục tự chăm sóc cho người bệnh [13]. Theo Borji, M và các cộng sự đã tiến hành áp dụng mô hình chăm sóc liên tục để nâng cao CLCS cho người bệnh chạy thận nhân tạo, kết quả là có 4/8 lĩnh vực chưa được cải thiện điểm số sau 1 tháng can thiệp là sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất, hạn chế vai trò của thể chất, hạn chế vai trò của tinh thần và sức khỏe tâm thần tổng quát; tuy nhiên, sau 2 tháng can thiệp cả 8 lĩnh vực của CLCS SF-36 đều được cải thiện điểm số [10].

Ở bảng 3.3, điểm trung bình chất lượng cuộc sống SF36 sau can thiệp 1 tháng tăng từ $42,19 \pm 19,75$ lên $45,70 \pm 16,01$ và sau 3 tháng tăng lên $53,85 \pm 16,84$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này cho thấy hiệu quả của can thiệp bằng giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi đã giúp nâng cao chất lượng cuộc sống chung SF-36. Theo Bakarman, M. A. và cộng sự (2019) cho thấy hiệu quả của giáo dục sức khỏe đã cải thiện điểm số CLCS -SF36 từ $51,5 \pm 13,2$ lên $64,4 \pm 12,2$ [9]; việc không được tác động sẽ làm cho điểm số chất lượng cuộc sống SF36 giảm từ $54,1 \pm 15,0$ xuống $53,5 \pm 14,6$. Thay đổi điểm số CLCS SF36 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Borji M và cộng sự điểm SF36 của nhóm can thiệp bằng hướng dẫn biện pháp tự chăm sóc sau 1 tháng tăng từ $54,75 \pm 14,31$ lên $58,84 \pm 15,55$ và sau 2 tháng là $65,54 \pm 17,24$; ngược lại đối với nhóm người bệnh không được tham gia chương trình can thiệp điểm trung bình SF-36 từ $52,19 \pm 16,97$ giảm còn $48,89 \pm 13,42$ sau 1 tháng và sau 2 tháng là $49,85 \pm 12,29$ [10]. Điều này cho thấy điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo thấp và sẽ tiếp tục giảm nếu không có các biện pháp can thiệp phù hợp; việc can thiệp bằng biện pháp giáo dục sức khỏe giúp cải thiện chất lượng

cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ một cách đáng kể.

4.2. Thay đổi điểm số các vấn đề bệnh thận

Sau 1 tháng can thiệp, điểm số các lĩnh vực bệnh thận như triệu chứng, chức năng nhận thức, chức năng tương tác xã hội, giấc ngủ, hỗ trợ xã hội, hỗ trợ của nhân viên lọc máu và sự hài lòng của người bệnh tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 3 tháng can thiệp, điểm số của 7/11 lĩnh vực bệnh thận tăng với $p < 0,05$, trong đó điểm số ảnh hưởng bệnh thận chỉ tăng sau can thiệp 3 tháng, điểm số hỗ trợ xã hội sau 3 tháng có tăng nhưng giảm hơn so với thời điểm 1 tháng sau can thiệp (bảng 3.4). Kết quả trên cho thấy chương trình giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi đã giúp cải thiện điểm số của đa số các lĩnh vực của vấn đề bệnh thận.

Đối với lĩnh vực ảnh hưởng của bệnh thận, sau 1 tháng can thiệp điểm số giảm so với trước can thiệp ($50,69 \pm 14,72$ so với $51,42 \pm 18,63$) tuy nhiên, sau 3 tháng can thiệp, điểm số ảnh hưởng của bệnh thận đã tăng từ $51,42 \pm 18,63$ lên $54,51 \pm 15,74$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 4). Nhiều người bệnh khi được hỏi đều có cùng quan điểm không muốn gặp gỡ nhiều người, không muốn chia sẻ, không muốn được hỏi thăm về tình hình bệnh tật, thậm chí không muốn nhiều người biết bệnh của mình. Tuy nhiên, thời điểm 1 tháng sau can thiệp là Tết nguyên đán, theo truyền thống của người Việt Nam, Tết là thời gian mọi người gặp gỡ nhau, hỏi thăm sức khỏe, trao đổi thông tin làm cho người bệnh cảm thấy nặng nề hơn.

Đối với lĩnh vực hỗ trợ xã hội, điểm số tăng từ $64,44 \pm 14,61$ lên $66,66 \pm 12,98$ ($p < 0,05$), tuy nhiên sau 3 tháng điểm số này tăng $65,55 \pm 13,87$ không có ý nghĩa thống kê. Việc áp dụng chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi có thể không giúp người bệnh tăng cường điểm số hỗ trợ xã hội. Tuy nhiên, đạt được kết quả này có thể do thời điểm trước Tết

nguyên đán, Bệnh viện đã có nhiều chính sách hỗ trợ người bệnh như tiêm Vaccin phòng viêm gan B, kêu gọi sự hỗ trợ từ các tổ chức, cá nhân để trao cho người bệnh chạy thận nhân tạo có hoàn cảnh khó khăn nhân dịp Tết nguyên đán.

Có 3 lĩnh vực không được cải thiện điểm số sau 1 tháng và sau 3 tháng can thiệp đó là gánh nặng bệnh thận, tình trạng công việc và chức năng tinh dục. Kết quả này cho thấy biện pháp can thiệp bằng giáo dục sức khỏe không thể tác động đến các lĩnh vực này và muốn cải thiện điểm số của 3 lĩnh vực này cần có các biện pháp can thiệp hiệu quả hơn như : tạo việc làm phù hợp với tình trạng sức khỏe và thời gian giúp người bệnh có thêm thu nhập. Điểm số gánh nặng bệnh thận không cải thiện thậm chí có xu hướng giảm, điều này cũng có thể do tình trạng công việc và hỗ trợ xã hội không được cải thiện, trong khi đó theo Alexopoulou M và cộng sự có 64% người bệnh chạy thận nhân tạo cần sự giúp đỡ của người khác trong các hoạt động hàng ngày [7], chính điều này làm cho người bệnh có cảm giác mình là gánh nặng của người thân và gia đình. Điểm số chức năng tinh dục có xu hướng giảm vì rối loạn chức năng tinh dục là phổ biến ở người bệnh chạy thận nhân tạo và lọc máu không cải thiện hầu hết các rối loạn [12], hơn nữa đây là lĩnh vực khá nhạy cảm nên trong nội dung giáo dục sức khỏe chúng tôi cũng chưa đề cập đến nội dung này.

Chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu đã giúp cải thiện điểm đa số các lĩnh vực bệnh thận, tuy còn một số lĩnh vực không thể cải thiện nhưng điểm trung bình vấn đề bệnh thận trong nghiên cứu của chúng tôi được tăng lên từ $54,92 \pm 11,38$ lên $57,94 \pm 9,62$ sau 1 tháng can thiệp và sau can thiệp 3 tháng tăng lên $59,67 \pm 10,03$ ($p < 0,001$).

4.3. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh thận

Giáo dục sức khỏe là nhiệm vụ chuyên môn hàng đầu trong 12 nhiệm vụ của người

điều dưỡng được quy định trong Thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện [1]. Chính vì vậy, công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh là hoạt động bắt buộc mà người điều dưỡng phải thực hiện cho tất cả người bệnh mà mình chăm sóc. Tư vấn đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo đã được cải thiện thông qua chương trình giáo dục sức khỏe được thể hiện bằng điểm trung bình chất lượng cuộc sống trước can thiệp là $48,85 \pm 14,01$, sau can thiệp 1 tháng tăng lên $51,82 \pm 11,62$ và sau can thiệp 3 tháng là $56,76 \pm 12,52$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 5). Hemmati M.M và cộng sự trong nghiên cứu về tác động của chương trình giáo dục sức khỏe đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ cũng cho kết quả tương tự [15]. Nghiên cứu của Ghadam M.S và cộng sự (2015) cũng đã cho thấy hiệu quả của giáo dục sức khỏe tự chăm sóc trong việc nâng cao điểm số chất lượng cuộc sống cho người bệnh, cải thiện chức năng của người bệnh [13]. Sở dĩ có được kết quả này là do chương trình giáo dục sức khỏe đã giúp người bệnh nâng cao khả năng tự chăm sóc, giảm các vấn đề của bệnh thận và tăng cường điểm số chất lượng cuộc sống chung cho người bệnh chạy thận nhân tạo. Can thiệp giáo dục sức khỏe còn giúp hạn chế các biến chứng như hạ huyết áp và chuột rút trong quá trình chạy thận nhân tạo, việc giảm các biến chứng góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [14]. Bên cạnh đó, giáo dục sức khỏe cho người bệnh chạy thận nhân tạo giúp tăng cường sự tuân thủ qua đó có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh [8], điều này cũng lý giải cho việc tăng điểm số chất lượng cuộc sống sau 3 tháng can thiệp.

Nghiên cứu của Xhulia D.J và cộng sự cho thấy nhu cầu cao nhất của người bệnh

chạy thận nhân tạo chu kỳ là được tư vấn, hướng dẫn [22]. Tư vấn người bệnh có thể cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách cải thiện nhận thức và loại bỏ những quan niệm sai lầm về quá trình điều trị và tăng khả năng tự chăm sóc [20]. Vì thế, người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh cần xây dựng một chương trình giáo dục sức khỏe để giúp người bệnh chạy thận nhân tạo nâng cao chất lượng cuộc sống.

Về chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe, trong nghiên cứu của chúng tôi có nội dung tương đồng với chương trình can thiệp của Hemmati M.M và cộng sự (2015) [15] và Ghadam M.S và cộng sự (2015) [13], tuy nhiên về thời gian can thiệp của cả 2 chương trình đều thực hiện giáo dục cho người bệnh liên tục trong 8 buổi lọc máu. Chính vì thế mà điểm số CLCS của người bệnh tăng cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi đã kết hợp nhiều hình thức giáo dục sức khỏe: giáo dục trực tiếp, qua video và tài liệu hướng dẫn do nghiên cứu viên xây dựng, tuy nhiên trong thời gian tới để đạt hiệu quả cao hơn cần tổ chức giáo dục trực tiếp cho người bệnh nhiều buổi hơn. Người bệnh chạy thận nhân tạo ít hoạt động hơn so với những người không mắc bệnh thận mạn tính đặc biệt là vào những ngày chạy thận vì vậy cần thúc đẩy để giúp người bệnh tăng cường các hoạt động thể chất [14]. Chương trình can thiệp của chúng tôi đã bổ sung nội dung hướng dẫn tập luyện để nâng cao thể chất, tuy nhiên mới chỉ dừng lại ở việc hướng dẫn người bệnh nên có thể hiệu quả chưa cao.

5. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh có lọc máu chu kỳ trước chương trình giáo dục sức khỏe còn thấp với điểm số chất lượng cuộc sống chung là $48,55 \pm 16,75$ điểm. Chương trình can thiệp giáo dục đã cải thiện có ý nghĩa chất lượng cuộc sống của người bệnh với điểm số chất lượng cuộc sống sau 1 tháng kể từ khi kết thúc chương trình là

51,82 ± 11,62 điểm và tiếp tục tăng lên đạt 56,76 ± 12,52 điểm sau kết thúc chương trình 3 tháng (p < 0,001).

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy giáo dục sức khỏe hỗ trợ người bệnh đã có tác dụng nhất định trong cải thiện chất lượng cuộc sống và cần được duy trì thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011). Thông tư 07/2011/TT-BYT Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.

2. Nguyễn Duy Cường và Phạm Đăng Thuần (2014). Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm gan ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đại học y Thái Bình. *Y học thực hành*, 905(2), tr. 85-87.

3. Lê Thị Huyền (2016). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới năm 2016. *Khoa học điều dưỡng*, 1(2), tr. 58-65.

4. Nguyễn Hoàng Lan và Phù Văn Hưng (2016). Chi phí điều trị bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 6(4), tr. 34-40.

5. Lê Việt Thắng (2012). Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí Y- Dược học Quân sự*, 1, tr. 110-115.

6. Abraham Suja, Venu Anju, Ramachandran Anju và cộng sự (2012). Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23(5), tr. 953-957.

7. Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E và cộng sự (2016). The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Mater Sociomed*, 28(5), tr. 338-342.

8. Alikari V, Tsironi M, Matziou V và cộng sự (2019). The impact of education on knowledge, adherence and quality of life among patients on haemodialysis. *Qual Life Res*, 28(1), tr. 73-83.

9. Bakarman M. A, Felimban M. K, Atta M. M và cộng sự (2019). The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 40(1), tr. 66-71.

10. Borji Milad, Tavan Hamed, Azami Milad và cộng sự (2016). The effect of continuous care model on blood pressure and quality of life in patients on hemodialysis. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 9(2), tr. 689-695.

11. Dyck M.V (2019). *Körperliche Aktivität bei chronischen Hämodialysepatienten*, Imu.

12. Georges TD, Alex MT, Mahamat M và cộng sự (2017). Sexual Health of Patients on Maintenance Hemodialysis. Where are we. *Int J Nephrol Kidney Failure*, 4(1).

13. Ghadam M.S, Poorgholami F, Badiyepeymaie J.Z và cộng sự (2015). Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Glob J Health Sci*, 8(6), tr. 121-7.

14. Gomes Edimar Pedrosa, Reboredo Maycon Moura, Carvalho Erich Vidal và cộng sự (2015). Physical Activity in Hemodialysis Patients Measured by Triaxial Accelerometer. *BioMed Research International*, 2015, tr. 645645.

15. Hemmati M.M và Shams S (2015). A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(3), tr. 234-243.

16. Narva A.S, Norton J.M và Boulware L.E (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. *Clinical Journal of the*

American Society of Nephrology, 11(4), tr. 694-703.

17. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes và Digestive and Kidney Diseases (2018). *2018 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States*, Bethesda, MD.

18. Poli D.F, Beck C.T và Owen S.V (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*, 30(4), tr. 459-67.

19. Shahgholian N và Yousefi H (2015). Supporting hemodialysis patients:

A phenomenological study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(5), tr. 626-33.

20. Thomas D, Joseph J, Francis B và cộng sự (2009). Effect of patient counseling on quality of life of hemodialysis patients in India. *Pharm Pract (Granada)*, 7(3), tr. 181-4.

21. Webster A.C, Nagler E.V, Morton R.L và cộng sự (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 389(10075), tr. 1238-1252.

22. Xhulia D, J. Gerta, Z. Dajana và cộng sự (2016). Needs of hemodialysis patients and factors affecting them. *Global journal of health science*, 8(6), tr. 109.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG – ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP NĂM 2018

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Thanh Tiên¹, Đỗ Thị Mỹ Phượng¹, Lê Hoàng Dũng¹, Lê Thục Quyên¹

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân nội trú (> 48 giờ) ở 6 khoa lâm sàng trong khoảng thời gian từ tháng 02 đến 7/2018. Bộ câu hỏi tự phát triển và được chỉnh sửa dựa trên mục tiêu của nhóm nghiên cứu. Thông tin được thu thập gián tiếp thông qua hồ sơ bệnh án, số liệu giám sát từ khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn và báo cáo từ khoa Vi sinh ở thời điểm các đợt khảo sát hàng tháng. Các

yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện được xác định bằng mô hình hồi quy poisson đa biến. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc phải nhiễm khuẩn bệnh viện là 2,02%. Mô hình hồi quy poisson đa biến xác định các yếu tố liên quan đến tăng tỷ lệ mắc phải NKBV chung: thực hiện 1 trong các chỉ định xâm lấn (mở khí quản, thở máy, đặt thông tiểu) và điều trị tại 1 trong các khoa lâm sàng (ngoại trừ khoa Y Dược cổ truyền và Ngoại – Chỉnh hình). **Kết luận:** Dữ liệu từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh sự cần thiết trong việc giám sát tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình thực hành vô khuẩn cơ bản và đánh giá chất lượng các dịch vụ chăm sóc y tế tại bệnh viện. Đồng thời, dữ liệu thu thập giúp bệnh viện đưa ra các quyết định và biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn phù hợp, hiệu quả.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, yếu tố nguy cơ, người bệnh nội trú.

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hiền
Email: nguyenthien197469@gmail.com
Ngày phản biện: 25/8/2020
Ngày duyệt bài: 27/8/2020
Ngày xuất bản: 31/8/2020