

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ HỒNG HẢI

**THỰC TRẠNG HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI
SUY TIM ĐANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ
VIỆT NAM CU BA - ĐÔNG HỚI - QUẢNG BÌNH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH – 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ HỒNG HẢI

**THỰC TRẠNG HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI
SUY TIM ĐANG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ
VIỆT NAM CUBA - ĐỒNG HỚI - QUẢNG BÌNH NĂM 2017**

Chuyên ngành: Điều dưỡng

Mã số: **60.72.05.01**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

PGS.TS NGUYỄN NGỌC MINH

Nam Định -2017

Thư viện số NDUN

Thư viện số NDUN

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả hành vi tự chăm sóc và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba - Đồng Hới - Quảng Bình năm 2017.

Đối tượng nghiên cứu: 121 người bệnh suy tim đang điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới từ 01/2017 đến 4/2017.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người bệnh dựa vào bộ câu hỏi có sẵn gồm 4 phần: Phần hành chính, Bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc bản thân; Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội; Bộ câu hỏi về kiến thức suy tim.

Kết quả: Tuổi trung bình là $74,9 \pm 9,6$. Nam chiếm 61,2%; nữ chiếm 38,8%. Điểm số hành vi tự chăm sóc là $29,57 \pm 5,67$. Người bệnh cao tuổi suy tim có hành vi tự chăm sóc ở mức thấp chiếm 82,6%; 17,4% người bệnh có hành vi tự chăm sóc ở mức cao. Điểm số của hỗ trợ xã hội ở mức trung bình $4,18 \pm 1,08$. Điểm trung bình về kiến thức suy tim là $7,60 \pm 2,44$. Người bệnh có kiến thức về suy tim ở mức độ thấp chiếm 76%; kiến thức về suy tim mức cao chiếm 24%. Hành vi tự chăm sóc liên quan với trình độ học vấn, số bệnh kèm theo, kiến thức suy tim và hỗ trợ xã hội; không liên quan với giới.

Kết luận: Điểm số hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim ở mức thấp. Trình độ học vấn, số bệnh kèm theo, kiến thức suy tim và hỗ trợ xã hội liên quan với hành vi tự chăm sóc.

LỜI CAM ĐOAN

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

Nam Định, ngày tháng năm 2017

Tác giả luận văn

Nguyễn Thị Hồng Hải

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG BIỂU

DANH MỤC SƠ ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
Chương 1	4
TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Suy tim.....	4
<i>1.1.1. Định nghĩa suy tim</i>	<i>4</i>
<i>1.1.2. Dịch tễ học suy tim</i>	<i>4</i>
<i>1.1.3. Đánh giá mức độ suy tim</i>	<i>5</i>
1.2. Tự chăm sóc	6
<i>1.2.1. Định nghĩa tự chăm sóc.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.2. Hành vi tự chăm sóc trong suy tim.....</i>	<i>7</i>
<i>1.2.3. Các công cụ đo lường.....</i>	<i>10</i>
1.3. Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim	12
<i>1.3.1. Giới tính</i>	<i>12</i>
<i>1.3.2. Bệnh kèm theo</i>	<i>12</i>
<i>1.3.3. Trình độ học vấn.....</i>	<i>13</i>
<i>1.3.4. Kiến thức về suy tim</i>	<i>13</i>
<i>1.3.5. Hỗ trợ xã hội.....</i>	<i>14</i>
1.4. Thực trạng các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim.....	15
<i>1.4.1. Các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim trên thế giới.....</i>	<i>15</i>
<i>1.4.2. Các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim ở Việt Nam.....</i>	<i>18</i>
1.5. Học thuyết Điều dưỡng	19
1.6. Đặc điểm của địa bàn nghiên cứu	21
Chương 2	23
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu	23
<i>2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn</i>	<i>23</i>
<i>2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....</i>	<i>23</i>
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	23
2.3. Thiết kế nghiên cứu	23
2.4. Cỡ mẫu	23
2.5. Phương pháp chọn mẫu	24
2.6. Phương pháp thu thập số liệu	24
2.7. Các biến số nghiên cứu	24
<i>2.7.1. Biến độc lập</i>	<i>24</i>
<i>2.7.2. Biến phụ thuộc.....</i>	<i>25</i>

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá	25
2.8.1. Bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc bản thân	25
2.8.2. Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội	26
2.8.3. Bộ câu hỏi về kiến thức suy tim	26
2.9. Phương pháp phân tích số liệu	27
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	28
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	28
Chương 3	29
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	29
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	29
3.2. Mô tả hành vi tự chăm sóc, hỗ trợ xã hội và kiến thức suy tim của đối tượng nghiên cứu	32
3.2.1. Hành vi tự chăm sóc.....	32
3.2.2. Hỗ trợ xã hội.....	33
3.2.3. Kiến thức suy tim.....	36
3.3. Mối liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và các biến độc lập	38
3.3.1. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và giới	38
3.3.2. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn	38
3.3.3. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo.....	39
3.3.4. Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội.....	40
3.3.5. Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim	40
Chương 4	41
BÀN LUẬN	41
KẾT LUẬN	51
KHUYẾN NGHỊ	52
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Từ viết đầy đủ	Diễn giải
ACC	American College of Cardiology	Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ
AHA	American Heart Association	Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ
EHFScBS	European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale	Thang đo hành vi tự chăm sóc suy tim Châu Âu
HFScBS-9	The Revised European Heart Failure Self-care Behavior Scale	Thang đo sửa đổi hành vi tự chăm sóc suy tim Châu Âu
NYHA	New York Heart Association	Hội Tim Mạch New York
SCHF	Self-Care of Heart Failure Index	Chỉ số tự chăm sóc của suy tim
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Số hiệu bảng	Tên Bảng	Trang
3.1	Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	29
3.2	Bệnh kèm theo	31
3.3	Số bệnh kèm theo	31
3.4	Mô tả hành vi tự chăm sóc	32
3.5	Điểm số hành vi tự chăm sóc	33
3.6	Mô tả sự hỗ trợ từ gia đình	33
3.7	Mô tả sự hỗ trợ từ bạn bè	34
3.8	Mô tả sự hỗ trợ từ những người quan trọng khác	35
3.9	Điểm số hỗ trợ xã hội	36
3.10	Mô tả kiến thức về suy tim	36
3.11	Điểm số kiến thức về suy tim	37
3.12	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và giới	38
3.13	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn	38
3.14	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo	39
3.15	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội	40
3.16	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và kiến thức suy tim	40

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Số hiệu sơ đồ	Tên sơ đồ	Trang
2.1	Khung khái niệm lý thuyết về tự chăm sóc của Orem	23
2.2	Khung lý thuyết về tự chăm sóc đối với người bệnh suy tim	23
3.1	Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo	39

Thư viện số MDON

Thư viện số NDUN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, có tỷ lệ mắc và tử vong cao, ảnh hưởng đến hơn 23 triệu người trên toàn thế giới với một tỷ lệ ngày càng tăng đối với người già [9], [19], [24]. Bệnh có tỷ lệ nhập viện hàng năm khoảng 2% với tỷ lệ tử vong sau 1 năm là 30% .Và được xếp hạng là lý do thường gặp nhất cho nhập viện và tái nhập viện ở người lớn tuổi, chiếm 5% của tất cả các chẩn đoán ra viện. [9]

Suy tim được báo cáo là làm tăng tỉ lệ nằm viện từ 877.000 đến 1.106.000 năm 2006 và tăng 171% tại Mỹ [7]

Theo Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ (AHA), năm 2015 có khoảng 5,7 triệu người Mỹ đang sống chung với căn bệnh này. Trên thực tế, suy tim là một trong những lý do thông thường nhất khiến cho những người ở độ tuổi 65 trở lên phải vào bệnh viện.

Tại Việt Nam, có khoảng 320.000 người đến 1.6 triệu người suy tim cần điều trị [5]. Theo Nguyễn Lâm Việt và cộng sự nghiên cứu về đặc điểm mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong 5 năm 2003 - 2007, suy tim chiếm 19,8% lượt người bệnh nhập viện. Số người bệnh nhập viện do suy tim tăng dần qua các năm: 2003 có 1416 lượt người bệnh; 2004 có 1766 lượt người bệnh; 2005 có 1900 lượt người bệnh; 2006 có 1914 lượt người bệnh; 2007 có 1962 lượt người bệnh. [5]

Suy tim có ảnh hưởng đáng kể về hoạt động thể chất, sinh lý và xã hội cũng như các hoạt động hàng ngày của người bệnh, đặc biệt là những người đang liên tục nhập viện vì triệu chứng nặng lên; vấn đề này đặt ra một chi phí lớn vào các cá nhân và cả cộng đồng [28], [35]

Theo AHA, trong năm 2010, chi phí điều trị liên quan đến suy tim được ước tính là 39,2 tỷ USD [8]. Do đó, điều quan trọng là người bệnh suy tim tham gia vào các hành vi tự chăm sóc để có thể ảnh hưởng tích cực tới bệnh tật và giảm số lần nhập viện.

Điều tra cho thấy khả năng tự chăm sóc thấp có mối quan hệ trực tiếp đến sự xấu đi của tình trạng bệnh nói chung và gia tăng khả năng nhập viện [49]

Tự chăm sóc là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tối ưu cho những người bệnh suy tim. Hành vi tự chăm sóc đã được coi là chiến lược quan trọng nhất để kiểm soát bệnh và là chìa khóa để giúp điều trị thành công. [35]

Hành vi tự chăm sóc là một trong những yếu tố quan trọng nhất để phòng các biến chứng và hậu quả do bệnh suy tim gây ra. Tuy nhiên rất nhiều người bệnh suy tim không đủ hành vi tự chăm sóc [5]. Đặc biệt là hành vi tự chăm sóc của người già suy tim được cho thấy rằng rất phức tạp và khó để người bệnh có thể tuân thủ theo dõi triệu chứng bệnh và chế độ điều trị [31]

Do đó, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Thực trạng hành vi tự chăm sóc và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt nam Cu ba- Đồng hới - Quảng bình năm 2017”*

Thư viện S&MD

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình năm 2017
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình năm 2017

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Suy tim

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trong thực hành và là hậu quả của nhiều bệnh lý về tim mạch như các bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh mạch vành, bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh khác có ảnh hưởng nhiều đến tim [2],[3].

1.1.1. Định nghĩa suy tim

Đã có rất nhiều định nghĩa về suy tim trong vòng 50 năm qua. Trong những năm gần đây, hầu hết các định nghĩa suy tim đều nhấn mạnh cần phải có sự hiện diện của: Triệu chứng cơ năng của suy tim và dấu hiệu thực thể của tình trạng ứ dịch trên lâm sàng.

Theo Trường Môn Tim mạch Hoa Kỳ (ACC): “Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, là hậu quả của tổn thương thực thể hay rối loạn chức năng của tim, dẫn đến tâm thất không đủ khả năng tiếp nhận máu (suy tim tâm trương) hoặc tống máu (suy tim tâm thu)”.

Theo Hội Tim Mạch Châu Âu: “Suy tim là một hội chứng mà người bệnh phải có các đặc điểm sau: Các triệu chứng cơ năng của suy tim (mệt, khó thở khi gắng sức hoặc khi nghỉ ngơi); các triệu chứng thực thể của tình trạng ứ dịch (sung huyết phổi hoặc phù ngoại vi); và các bằng chứng khách quan của tổn thương thực thể hoặc chức năng của tim lúc nghỉ” [16]

1.1.2. Dịch tễ học suy tim

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, có tỷ lệ mắc và tử vong cao, ảnh hưởng đến hơn 23 triệu người trên toàn thế giới với một tỷ lệ ngày càng tăng đối với người già [9], [19], [24]. Suy tim có tỷ lệ nhập viện hàng năm khoảng 2% với tỷ lệ tử vong sau 1 năm là 30% .Suy tim được xếp hạng là lý do thường gặp nhất cho

nhập viện và tái nhập viện ở người lớn tuổi, chiếm 5% của tất cả các chẩn đoán ra viện. [9]

Suy tim được báo cáo là làm tăng tỉ lệ nằm viện từ 877.000 đến 1.106.000 năm 2006 và tăng 171% tại Mỹ [7]

Theo Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ, năm 2015 có khoảng 5,7 triệu người Mỹ đang sống chung với căn bệnh này. Trên thực tế, suy tim là một trong những lý do thông thường nhất khiến cho những người ở độ tuổi 65 trở lên phải vào bệnh viện. [43]

Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính có khoảng 5 triệu người mới mắc suy tim hàng năm trên toàn thế giới và gánh nặng kinh tế cho chăm sóc điều trị người bệnh suy tim cũng tiêu tốn nhiều tỉ đô la Mỹ mỗi năm. Tỷ lệ suy tim và nguyên nhân gây suy tim rất khác nhau ở các khu vực và các nước. Một thống kê tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong hàng năm do suy tim nhiều hơn tất cả các loại ung thư cộng lại. Có 500.000 người bệnh mới bị suy tim/năm. Ước tính có 10 triệu người bệnh suy tim có triệu chứng vào năm 2037 [1], [2], [3]

Tại Việt Nam, có khoảng 320.000 người đến 1,6 triệu người suy tim cần điều trị [5]. Theo Nguyễn Lâm Việt và cộng sự nghiên cứu về đặc điểm mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong 5 năm 2003 - 2007, suy tim chiếm 19,8% lượt người bệnh nhập viện, đứng thứ 4 sau thấp tim và bệnh van tim do thấp 30,8%; Tăng huyết áp 20,4%; Rối loạn nhịp 20,2%. Số người bệnh nhập viện do suy tim tăng dần qua các năm: 2003 có 1416 lượt người bệnh; 2004 có 1766 lượt người bệnh; 2005 có 1900 lượt người bệnh; 2006 có 1914 lượt người bệnh; 2007 có 1962 lượt người bệnh. [5]

1.1.3. Đánh giá mức độ suy tim

Có nhiều cách để đánh giá mức độ suy tim, nhưng trên y văn thế giới người ta hay dùng cách phân loại mức độ suy tim theo Hội tim mạch học New York viết tắt là NYHA, dựa trên sự đánh giá mức độ hoạt động thể lực và các triệu chứng cơ năng của người bệnh.

Phân độ suy tim theo NYHA (Hội Tim Mạch New York) [3], [16]

Độ I: Không hạn chế các vận động thể lực. Vận động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở.

Độ II: Hạn chế nhẹ vận động thể lực. Người bệnh khỏe khi nghỉ ngơi. Vận động thể lực thông thường dẫn đến mệt, khó thở.

Độ III: Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù người bệnh khỏe khi nghỉ ngơi, nhưng chỉ vận động nhẹ đã có triệu chứng.

Độ IV: Mệt, khó thở khi nghỉ ngơi.

Phân độ suy tim theo giai đoạn của AHA/ACC (Hội Tim Mạch Hoa Kỳ/Trường môn Tim Mạch Hoa Kỳ) [3], [16]

Suy tim giai đoạn A: “Người bệnh có nguy cơ cao của suy tim; không bệnh tim thực thể và không có triệu chứng cơ năng của suy tim”.

Suy tim giai đoạn B: “Người bệnh có bệnh tim thực thể, nhưng không có triệu chứng của suy tim”.

Suy tim giai đoạn C: “Người bệnh có bệnh tim thực thể kèm theo triệu chứng cơ năng của suy tim trước đây hoặc hiện tại”.

Suy tim giai đoạn D: “Người bệnh suy tim giai đoạn cuối, suy tim kháng trị, cần can thiệp đặc biệt”.

1.2. Tự chăm sóc

1.2.1. Định nghĩa tự chăm sóc

Tự chăm sóc là một khái niệm đa chiều và có nhiều định nghĩa khác nhau.

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

Jarrsma và cộng sự (2003) nhận thấy rằng tự chăm sóc có thể được định nghĩa là các hoạt động nhằm duy trì ổn định thể chất, phòng tránh các hành vi có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh và phát hiện các triệu chứng sớm của bệnh. [32]

Arcury và cộng sự (2009) cũng đã đánh giá rằng hành vi tự chăm sóc có thể được bắt đầu riêng lẻ hoặc phối hợp thực hiện với các chuyên gia y tế. Họ xuất phát từ kiến thức và kỹ năng của cá nhân họ. [11]

Theo Orem (1995), tự chăm sóc là một chức năng điều tiết của con người mà dựa trên khả năng của bản thân để thực hiện chăm sóc của mình. Orem lưu ý rằng tự chăm sóc là hành vi được học và có thể được thực hiện bởi bản thân họ. Nói cách khác, nếu nhu cầu tồn tại mà không thể được đáp ứng bởi các cá nhân, thì có thể cung cấp các mức độ khác nhau của sự trợ giúp, từ hướng dẫn đơn giản đến giảng dạy để hoàn thành chăm sóc. Do đó tự chăm sóc phụ thuộc vào khả năng của một người hoặc cơ quan thực hiện tự chăm sóc, lần lượt là một tác dụng của các yếu tố điều kiện cơ bản như nhân khẩu học, gia đình và môi trường. Yếu tố điều kiện cơ bản kết nối con người với môi trường của họ, do đó ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc [44]

1.2.2. Hành vi tự chăm sóc trong suy tim

Tự chăm sóc là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì sức khỏe tối ưu cho những người bệnh suy tim. Hành vi tự chăm sóc đã được chứng minh là một chiến lược hiệu quả để giảm chi phí điều trị suy tim và cải thiện kết quả của người bệnh. [50]

Trong suy tim hành vi tự chăm sóc là rất cụ thể và liên quan đến các hoạt động nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh và duy trì sự ổn định sinh lý [47], bao gồm các hoạt động như dùng thuốc theo quy định, theo dõi các triệu chứng, tôn trọng một chế độ ăn uống đặc biệt, duy trì hạn chế chất lỏng và tham gia tập luyện thường xuyên [50]

1.2.2.1. Sử dụng thuốc

Điều trị bằng thuốc được coi là phương pháp hàng đầu giúp giảm triệu chứng, hạn chế sự tiến triển của bệnh và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim. [50]

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng các loại thuốc nhất định, thường kết hợp, có thể giúp kéo dài cuộc sống và cải thiện các triệu chứng. Điều quan trọng là phải uống thuốc theo quy định. [39]

Trong tự chăm sóc đối với người bệnh suy tim, người ta còn hướng dẫn cho người bệnh suy tim thay đổi liều thuốc lợi tiểu để đáp ứng với những thay đổi về trọng lượng của cơ thể. Bất kể là phác đồ điều trị nào thì tự chăm sóc trong lĩnh vực này bao gồm các quyết định và các kế hoạch để có thể đưa việc sử dụng thuốc vào các hoạt động hàng ngày [50]

1.2.2.2. Theo dõi triệu chứng

Một số nhà nghiên cứu đã chứng minh rằng người bệnh trì hoãn trong nhiều ngày trước khi tìm kiếm chăm sóc cho các triệu chứng của suy tim. Sự chậm trễ này có thể là do có sự thất bại khi thường xuyên theo dõi các triệu chứng hoặc không có khả năng nhận biết và giải thích các triệu chứng khi chúng xảy ra. [50]

Hướng dẫn theo dõi trọng lượng bản thân hàng ngày của người bệnh là để giữ ổn định cân bằng chất lỏng. Giữ một thói quen theo dõi cân nặng, huyết áp và các triệu chứng sẽ giúp người bệnh và đội ngũ y tế đánh giá và điều chỉnh khi cần thiết. Ví dụ, tăng trọng lượng 2-3 cân Anh trong 1 ngày hoặc 5 cân Anh trong 1 tuần cần được báo cáo. [39]

Những thành thạo trong việc ghi nhận triệu chứng sớm thì có nhiều khả năng hơn để tham gia vào các chiến lược tự điều trị như là hạn chế chất lỏng hoặc lượng Natri hoặc dùng một liều thuốc lợi tiểu bổ sung [50]

1.2.2.3. Tuân thủ chế độ ăn uống

Theo Hiệp hội châu Âu về hướng dẫn Tim mạch đã có tuyên bố rằng hạn chế natri trong chế độ ăn uống có thể giúp kiểm soát các triệu chứng ở người bệnh suy tim có triệu chứng (New York Heart Association Class III và IV) [40]. Do đó, một chế độ ăn ít muối là gợi ý cho người bệnh, thường chỉ giới hạn đến 2000 mg natri mỗi ngày. [39]

Trong một thiết kế tốt, nghiên cứu tiềm năng của cộng đồng người bệnh suy tim sử dụng nhiều nhật ký thực phẩm trong 3 ngày, Arcand và cộng sự cho thấy những người bệnh có lượng natri ăn uống > 2,8 g có nguy cơ cao hơn 1,4 lần của mọi nguyên

nhân nhập viện và 3,5 lần nguy cơ tử vong trong khoảng thời gian 3 năm so với người bệnh có chế độ ăn nhạt. [10]

Điều quan trọng cần xem xét khi đề nghị một mức độ natri trong khẩu phần là xem xét các nguồn natri các nền văn hóa và các nước. Ở các nước phát triển, có xu hướng ngày càng tăng đối với thực phẩm đóng gói hơn, thực phẩm chế biến sẵn và nhà hàng chứ không phải là thực phẩm sống họ tự chuẩn bị. Những loại thực phẩm này thường có xu hướng có lượng natri tăng cao. Do đó, chế độ ăn yêu cầu giảm natri sẽ bị hạn chế. [39]

1.2.2.4. Hạn chế chất lỏng

Hiệp hội suy tim Mỹ hướng dẫn đề nghị một hạn chế dịch <2 lít / ngày [39] đặc biệt là ở những người bệnh hạ natri máu nặng hoặc giữ nước dai dẳng hoặc tái phát mặc dù hạn chế natri và sử dụng thuốc lợi tiểu. [50]

Hiệp hội Tim mạch Châu Âu vừa sửa đổi đề nghị hướng dẫn của nó với nhà nước mà lượng chất lỏng nên được giới hạn là 1,5-2,0 lít / ngày ở những người bệnh có triệu chứng nặng và hạ natri máu, lưu ý rằng hạn chế dịch thường xuyên ở người bệnh có triệu chứng nhẹ đến trung bình không đem lại lợi ích lâm sàng. Ở những người bệnh có triệu chứng nặng và hạ natri máu, thận kinh kích hoạt nội tiết tố làm hạn chế khả năng của cơ thể bài tiết natri ăn vào và nước. Như vậy, tuân thủ các chất lỏng và chế độ ăn ít natri có thể giúp cân bằng natri và nước và giảm thiểu nguy cơ các cơn sung huyết cấp tính. [50]

1.2.2.5. Tập thể dục

Tập thể dục thường xuyên là một cách hiệu quả để cải thiện cung cấp oxy và giảm viêm. Tập thể dục làm tăng ngưỡng yếm khí, tăng đỉnh hấp thụ oxy ở những người bị suy tim, và tăng lưu lượng mạch vành dự trữ ở những người có bệnh động mạch vành. Tập thể dục có thể làm giảm trầm cảm, một biểu hiện phổ biến trong suy tim. [50]

Duy trì một lối sống năng động nên là mục tiêu của người bệnh suy tim. Tập thể dục nhẹ, vừa phải theo hướng dẫn của nhân viên y tế là an toàn và được khuyến khích. Người bệnh suy tim cũng có thể được quy định một chương trình đi bộ hoặc phục hồi chức năng riêng. Cũng quan trọng đối với người bệnh suy tim là tránh thuốc lá, rượu và các chất kích thích.

1.2.3. Các công cụ đo lường

1.2.3.1. Công cụ đo lường hành vi tự chăm sóc bản thân

Barnes và Benjamin (1987) đã phát triển danh mục đánh giá tự chăm sóc (Self-care Assessment Schedule: SCAS), đo tần số của 10 hành vi trong một khoảng thời gian 14 ngày. Quy mô này chứng tỏ mức độ cao về độ tin cậy và tính hợp lệ. Đó là một quy mô bệnh cụ thể không có địa chỉ hoạt động mà một người cam kết đó có ý nghĩa đặc biệt đối với hầu hết người lớn trong bất kỳ môi trường (ví dụ trang phục mà không cần sự hỗ trợ), sau đó thay vì giải quyết các hành vi được đặc biệt nhắm vào các vấn đề chăm sóc sức khỏe. [12]

Dodd (1984) đã phát triển một bảng câu hỏi để đo lường các hoạt động tự chăm sóc người bệnh ung thư gặp các tác dụng phụ của hóa trị. Tự chăm sóc đã được định nghĩa là các hoạt động của người bệnh (gia đình hoặc bạn bè) thực hiện để làm giảm bớt những tác dụng phụ từ hóa trị. Trong bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc của tác giả người bệnh được yêu cầu báo cáo mỗi tác dụng phụ và mức độ nghiêm trọng của nó. Đối với mỗi tác dụng phụ, người bệnh được yêu cầu cho biết các hành động để giảm bớt tác dụng phụ và hiệu quả của nó. Người bệnh bắt đầu và tiếp tục hành vi tự chăm sóc mà họ cho là có hiệu quả trong việc giảm tác dụng phụ được trao điểm số cao hơn. Độ tin cậy của thang đo này được đánh giá bằng kiểm tra thử lại tính hợp lệ và nội dung phù hợp được xây dựng [18]

Connelly (1993) phát triển bảng câu hỏi tự chăm sóc cho các bệnh mãn tính, trong đó xác định tự chăm sóc là hành vi để tăng cường sức khỏe, ngăn ngừa bệnh tật, đối xử và đối phó với các vấn đề sức khỏe. Bảng câu hỏi 45 mục này chỉ được thí điểm

thử nghiệm với 49 đối tượng bị bệnh kinh niên để thiết lập độ tin cậy và tính hợp lệ. [14]

1.2.3.2. Công cụ đo lường hành vi tự chăm sóc trong suy tim

Trong một tổng quan hệ thống nhằm xác định những công cụ để đo lường tự chăm sóc ở người bệnh suy tim, có 14 bộ công cụ đã được xác định trong đó hai bộ công cụ đã phải chịu kiểm tra nghiêm ngặt là: Chỉ số tự chăm sóc của suy tim (Self-Care of Heart Failure Index: SCHFI) và Thang đo hành vi tự chăm sóc suy tim Châu Âu (European Heart Failure Self Care Behaviour Scale: EHFSBS). Cả hai công cụ đánh giá các khía cạnh khác nhau của hành vi tự chăm sóc [13]

SCHFI là một quy mô tự báo cáo bao gồm 15 câu hỏi đánh giá trên thang điểm đáp ứng bốn điểm và chia thành ba bảng phân đo lường tự chăm sóc, quản lý tự chăm sóc và tự tin tự chăm sóc. [46]

EHFSBS gồm 12 câu hỏi nhằm đánh giá, phát hiện các dấu hiệu và triệu chứng của mất bù và ra quyết định khi có sự xuất hiện của các triệu chứng. Quy mô EHFSBS có sẵn trong 14 ngôn ngữ (Anh và tiếng Anh Mỹ, Hà Lan, Thụy Điển, Ý, Tây Ban Nha, tiếng Catalan, tiếng Đức, Phần Lan, Đan Mạch, tiếng Hebrew, Lithuania, Trung Quốc, và Nhật Bản) [32]

Trong nghiên cứu này, các hành vi tự chăm sóc được đánh giá bởi Thang đo sửa đổi hành vi tự chăm sóc suy tim Châu Âu (HFScBS-9) được sửa đổi từ 12 mục của Thang đo hành vi tự chăm sóc suy tim Châu Âu (HFScBS) còn 9 mục. HFScBS-9 được phát triển bởi Jaarsma T. và cộng sự (2009). Chúng tôi chọn công cụ này bởi vì nó ngắn nên không cần dành nhiều thời gian để hoàn thành toàn bộ công cụ và nó dễ hiểu với người bệnh suy tim lớn tuổi. HFScBS-9 bao gồm chín mục đánh giá trên thang điểm Likert 5 điểm từ 1 (Tôi hoàn toàn đồng ý) đến 5 (Tôi hoàn toàn không đồng ý). Ngoài ra, độ tin cậy và tính hợp lệ của HFScBS-9 đã được thử nghiệm tại sáu quốc gia. Ước tính độ tin cậy cho tổng quy mô chín mục đã được thỏa đáng (0,80) và cao hơn so với phiên bản 12 mục (0,77). Hệ số Cronbach alpha dao động 0,68-0,87 trong

sáu quốc gia [30]. Hơn nữa, HFScBS-9 đã có phiên bản Tiếng Việt bởi Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Tiến Dũng (2013) với độ tin cậy 0,73 [4]. Do đó, tôi sử dụng HFScBS-9 để đo lường hành vi tự chăm sóc của người lớn tuổi bị suy tim trong nghiên cứu này.

1.3. Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim

1.3.1. Giới tính

Cameron và cộng sự, 2009 tìm thấy rằng nữ chỉ có 24% trong mẫu nghiên cứu [13] và nam giới đã gần gấp đôi nữ giới về tỷ lệ mắc bệnh suy tim (nam: 68,4% và nữ: 31,6%) [20]. Fateme Shojaei và cộng sự (2011) cho thấy những người đàn ông suy tim có hành vi tự chăm sóc tốt hơn, điều này có thể giải thích là do vai trò và khối lượng công việc trong gia đình là rào cản đối với những người phụ nữ Iran [20]

Hơn nữa, Heo và cộng sự (2008) đã đánh giá sự khác biệt giới tính trong các yếu tố quyết định hành vi tự chăm sóc trong một mẫu có 122 người bệnh bị suy tim. Kết quả chỉ ra rằng kiến thức suy tim tốt hơn có liên quan đến hành vi tự chăm sóc tốt hơn ở nam giới ($r^2 = 0,18$; $p = 0,001$), trong khi đó những người bệnh suy tim có sự tự tin tự chăm sóc cao hơn có liên quan đến hành vi tự chăm sóc tốt hơn ở phụ nữ ($r^2 = 0,35$; $p < 0,001$). [27]

1.3.2. Bệnh kèm theo

Trong nghiên cứu để mô tả hành vi tự chăm sóc trong số người già bị suy tim và để đánh giá mối quan hệ giữa hành vi tự chăm sóc với đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm liên quan đến tuổi và đặc điểm lâm sàng của Ghasem A. D. và cộng sự (2012) cho thấy có 62,5% người bệnh có bệnh kèm theo và có mối quan hệ có ý nghĩa với hành vi tự chăm sóc ($p < 0,05$). Sự hiện diện của các rối loạn mãn tính khác cùng với suy tim sẽ làm cho người bệnh phải tăng hành vi tự chăm sóc đối với mỗi bệnh đó, do đó, mỗi bệnh kèm theo đều có ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh trong nghiên cứu này [23]

Trojahn M.M và cộng sự (2013) cũng cho thấy khả năng tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim có bệnh kèm theo thấp hơn so với những người không có. Sự hiện diện của các bệnh kèm theo, đặc biệt là các triệu chứng tương tự như suy tim thì sẽ làm người bệnh khó nhận ra và quản lý các đặc điểm lâm sàng theo sau. [53]

1.3.3. Trình độ học vấn

Trong nghiên cứu để xác định khả năng tự chăm sóc ở những người bệnh suy tim thực hiện trên 72 người bệnh tại Iran bởi Fateme Shojaei và cộng sự (2011) cho thấy những người có trình độ học vấn cao thì có nhận thức cao hơn và có quyết tâm hơn trong hoạt động tự chăm sóc, do đó có hành vi tự chăm sóc tốt hơn [20]

Trình độ học vấn cao hơn liên quan đến hành vi tự chăm sóc suy tim tốt hơn. Dường như quá trình học tập ảnh hưởng đến mức độ hiểu biết và thái độ của người bệnh đối với hành vi tự chăm sóc và có vai trò quyết định về khả năng tự chăm sóc [23]

Ngoài ra, Trojahn M.M. và cộng sự. (2013) khi kiểm tra các yếu tố dự đoán đến hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim cũng cho thấy rằng, trình độ học vấn cao thì có hành vi tự chăm sóc tốt hơn ($p = 0,016$) [53]

1.3.4. Kiến thức về suy tim

Kiến thức về suy tim là một yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động của các hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim [27]. Orem, (2001) đã chứng minh rằng kiến thức là sức mạnh để có thể thực hiện được hành vi tự chăm sóc. Quan trọng hơn, người bệnh bị suy tim nên có kiến thức đầy đủ, cả không điều trị bằng thuốc và điều trị bằng thuốc, đặc biệt là liên quan đến chế độ ăn uống, tập thể dục, hạn chế dịch, theo dõi cân nặng hàng ngày, tác dụng y học, tác dụng phụ và cách dùng thuốc cần được thực hiện và chuẩn độ. Điều này có thể là một thách thức ở người bệnh rối loạn chức năng nhận thức [17]. Hơn nữa, kiến thức suy tim là yếu tố quan trọng liên quan đến sự tuân thủ hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim [55]

Nhà nghiên cứu phát hiện ra rằng đa số người bệnh có kiến thức về bệnh thấp chiếm 75,3% và cũng cho thấy sự cần thiết của phương pháp tiếp cận sáng tạo để cung cấp thông tin cho người bệnh với tình trạng này. Mặc dù mức độ thấp nhưng kiến thức liên quan đáng kể với hành vi tự chăm sóc ($p < 0,001$), nêu bật tầm quan trọng của mức độ kiến thức đối với hành vi tự chăm sóc trong suy tim [34]

Trong một nghiên cứu khác cho thấy kiến thức về bệnh thấp (29,3%) và nhất là không nhận thức được tầm quan trọng của tự chăm sóc trong suy tim. Kiến thức về suy tim có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc ($r = 0,42$; $p < 0,01$) [37]. Cũng trong một nghiên cứu khác cho thấy kiến thức suy tim cũng liên quan với hành vi tự chăm sóc bản thân ($r = 0,66$; $p < 0,01$). [4]

1.3.5. Hỗ trợ xã hội

Trong nghiên cứu của Sayers S.L và cộng sự (2008) để điều tra tác động của hỗ trợ xã hội ở những người bệnh bị suy tim và kiểm tra xem các khía cạnh hỗ trợ xã hội có liên quan với tự chăm sóc, bao gồm cả tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ chế độ ăn uống và theo dõi triệu chứng suy tim. Kết quả cho thấy rằng các thành viên trong gia đình, đặc biệt là vợ chồng, thường bao gồm các dịch vụ chăm sóc y tế của người bệnh suy tim và cung cấp một loạt các mức hỗ trợ cho người bệnh. Nhận thức được hỗ trợ xã hội vừa phải kết hợp tương đối tốt hơn tự báo cáo về thuốc và tuân thủ chế độ ăn uống, và các khía cạnh khác của tự chăm sóc như theo dõi cân nặng hàng ngày. Do đó, kết quả cũng cho rằng hỗ trợ xã hội của các thành viên trong gia đình phải đóng một vai trò lớn hơn trong việc chăm sóc lâm sàng tập trung vào việc cải thiện tự chăm sóc [51]

Trong một nghiên cứu khác cho thấy người bệnh có mức độ hỗ trợ cao được báo cáo là có sự tự chăm sóc tốt hơn ($p = 0,002$) so với người bệnh có mức độ hỗ trợ xã hội thấp hoặc vừa phải. Người bệnh có mức độ hỗ trợ xã hội cao được báo cáo là có nhiều khả năng để tham khảo ý kiến một chuyên gia y tế về tăng cân ($p = 0,011$), để hạn chế lượng nước ($p = 0,02$), tình trạng dùng thuốc của họ ($p = 0,017$), để tiêm phòng cúm (p

= 0,001) và tập thể dục một cách thường xuyên ($p < 0,001$) so với những người có mức độ hỗ trợ xã hội thấp hoặc trung bình. [21]

1.4. Thực trạng các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim

1.4.1. Các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim trên thế giới

Hiện nay trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về tự chăm sóc ở người bệnh suy tim cũng như nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim

Heo S. và cộng sự (2008) nghiên cứu sự khác biệt về giới tính và các yếu tố liên quan tới hành vi tự chăm sóc ở 122 người bệnh suy tim từ các phòng khám ngoại trú của một trung tâm y tế học tập và hai bệnh viện cộng đồng. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim. Nghiên cứu này sử dụng bộ công cụ SCHFI để đánh giá hành vi tự chăm sóc. Kết quả: Điểm về hành vi tự chăm sóc < 70 , cho thấy đa số nam giới và nữ giới suy tim không luôn tham gia vào các hành vi tự chăm sóc. Sự tự tin về tự chăm sóc cao, kiểm soát nhận thức và kiến thức về quản lý suy tim tốt hơn được kết hợp với tự chăm sóc tốt hơn ($r^2 = 0,25$, $p < 0,001$), kiểm soát nhận thức cao hơn và kiến thức tốt hơn có liên quan đến hành vi tự chăm sóc tốt hơn ở nam giới ($r^2 = 0,18$, $p = 0,001$), trong khi sự tự tin trong tự chăm sóc cao hơn có liên quan đến hành vi tự chăm sóc tốt hơn ở phụ nữ ($r^2 = 0,35$, $p < 0,001$). [27]

Fateme Shojaei và cộng sự (2011) nghiên cứu về hành vi tự chăm sóc và các yếu tố ảnh hưởng ở những người bệnh bị suy tim ở Iran. Mục tiêu của nghiên cứu này là để chẩn đoán hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim và tìm hiểu mối tương quan với các biến ảnh hưởng như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, giáo dục, thời gian mắc bệnh, phân suất tổng máu của thất trái và các bệnh mãn tính theo ngữ cảnh. Kết quả tác giả phát hiện ra rằng chỉ có 26% người bệnh có tự chăm sóc tốt và hành vi "Tôi uống thuốc theo đơn của bác sỹ" là hành vi thực hiện nhiều nhất. Những hành vi này có một sự đảo ngược đáng kể mối quan hệ với độ tuổi và tỷ lệ tái nhập viện, và một mối quan

hệ trực tiếp với các biến khác ($p = 0,0001$). Do đó, cần thiết để hiểu được hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim, và sau đó cung cấp cho người bệnh về các chương trình giáo dục đặc biệt liên quan đến các hành vi, và cũng để làm theo những hành vi này. Quản lý các chương trình này bởi các điều dưỡng sẽ tăng khả năng tự chăm sóc của người bệnh suy tim và chất lượng cuộc sống. [20]

Ghasem A. D. và cộng sự (2012) nghiên cứu để xác định khả năng tự chăm sóc ở những người bệnh suy tim. Nghiên cứu được thực hiện trên 72 người bệnh bị suy tim với độ tuổi thấp nhất là 18 tuổi tại bệnh viện Imam Khomeini, Ardebil, Iran trong khoảng thời gian từ cuối tháng 5 đến cuối tháng 7 năm 2010. Các số liệu được thu thập bởi bộ công cụ EHFScBS. Kết quả cho thấy khả năng tự chăm sóc vừa phải với điểm trung bình $41,18 \pm 6,26$. Phân tích thống kê cho thấy có mối liên quan giữa tuổi tác, tình trạng hôn nhân, giáo dục, lịch sử đào tạo, thu nhập hàng tháng, phát triển các rối loạn mãn tính khác và nghề nghiệp với hành vi tự chăm sóc ($p < 0,05$), và không có sự tương quan đáng kể đã được tìm thấy giữa các nơi cư trú và giới với khả năng tự chăm sóc ($p > 0,05$). Do đó, điều dưỡng được yêu cầu phải xác định nhu cầu giúp đỡ của người bệnh trong khi thực hiện các can thiệp điều dưỡng và điều tra các hành vi tự chăm sóc, thiết kế và thực hiện đào tạo theo kế hoạch để thúc đẩy khả năng tự chăm sóc của người bệnh. [23]

Ahmad-Ali A.K và cộng sự (2014) nghiên cứu về hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim mãn tính và các yếu tố liên quan. Mục đích của nghiên cứu này là để mô tả hành vi tự chăm sóc trong số người cao tuổi bị suy tim và để đánh giá mối quan hệ giữa hành vi tự chăm sóc và đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm liên quan đến tuổi, đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu cắt ngang này, 184 người cao tuổi suy tim đã được lựa chọn từ 4 bệnh viện ở Iran. Để đánh giá hành vi tự chăm sóc bộ công cụ EHFScBS đã được sử dụng. Kết quả cho thấy: Giá trị trung bình của điểm số tự chăm sóc là $31,86 \pm 8,09$. Đa số người cao tuổi (56,5%) đã chăm sóc bản thân vừa phải (điểm số 29-44), 38% đã chăm sóc tốt (điểm số 12-28) và 5,5% đã chăm sóc không

đúng cách (điểm số 45-60). Giá trị trung bình của điểm số tự chăm sóc thấp hơn ở trẻ hơn tuổi, đáng kể ($p = 0,018$). Không có mối quan hệ đáng kể giữa điểm tự chăm sóc, giới tính và trình độ học vấn. Hành vi tự chăm sóc là tốt hơn giữa người già mà không suy giảm nhận thức ($p < 0,001$), không suy giảm thị lực ($p = 0,002$) và không có khiếm thính ($p = 0,012$). Không có tương quan đáng kể giữa các đặc điểm sinh hóa của các chỉ số máu và hành vi chăm sóc bản thân, ngoại trừ mức độ natri huyết thanh. Do đó, tác giả đã có những gợi ý để có thể làm cho hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim được tốt hơn, như là: Thường xuyên đánh giá thính giác, thị giác và tình trạng nhận thức của những người lớn tuổi bị suy tim; Sử dụng các tài liệu giảng dạy với cỡ chữ lớn hơn, nói chậm và lặp đi lặp lại nhiều lần; Phát triển môi trường phong phú để kích thích tất cả các giác quan; Phòng vấn động lực để thuyết phục các hoạt động thường xuyên về thể chất và dinh dưỡng hợp lý; Giám sát và kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch như cao huyết áp; Hỗ trợ xã hội ở cả các thành viên của gia đình và các nhà chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp. [6]

Liu M.H và cộng sự (2014) nghiên cứu về mối tương quan giữa kiến thức bệnh tật, hành vi tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi suy tim được thực hiện trên 141 người bệnh trong một bộ phận ngoại trú của bệnh viện giảng dạy tại Đài Loan từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2008. Một thiết kế nghiên cứu cắt ngang với ba bộ câu hỏi đã được thông qua. Kết quả cho thấy, kiến thức bệnh của người tham gia thấp (29,3%), và nhất là không nhận thức được tầm quan trọng của tự chăm sóc. Kiến thức bệnh tương quan với cả hai hành vi tự chăm sóc ($r = -0,42$, $p < 0,01$) và chất lượng cuộc sống ($r = -0,22$, $p < 0,01$). kiến thức bệnh tật và tuổi được xác định là yếu tố tương quan đáng kể của các hành vi tự chăm sóc ($r = 0,22$); và phân độ suy tim và tuổi được xác định là yếu tố tương quan đáng kể chất lượng cuộc sống ($r = 0,41$). Do đó, nghiên cứu này cho thấy chăm sóc cho người bệnh suy tim, người lớn đặc biệt lớn tuổi, nên tập trung vào giảng dạy các người bệnh về bệnh suy tim và quản lý triệu chứng. Hỗ trợ người bệnh lớn tuổi bị suy tim để thúc đẩy và duy trì chức năng vật lý để xử lý các hoạt

động của cuộc sống hàng ngày một cách độc lập là rất quan trọng để nâng cao chất lượng người bệnh của cuộc sống. Tuy nhiên hạn chế lớn của nghiên cứu là thiếu đánh giá thích hợp của các chức năng và mức độ nhận thức sức của những người tham gia, những người lớn tuổi thường có mức độ giáo dục thấp. Hạn chế thứ hai là các mối quan hệ giữa kiến thức bệnh tật, hành vi tự chăm sóc, và chất lượng cuộc sống đã chỉ được kiểm tra tại một thời điểm. Một hạn chế thứ ba mục tiêu của nghiên cứu chỉ thực hiện trên những người bệnh bị suy tim điều trị ngoại trú [26]

Jemal B. và cộng sự (2014) nghiên cứu về các yếu tố dự đoán về tuân thủ hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim mãn tính tại Ethiopia với 255 người bệnh ngoại trú. Các kết quả của nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu vào hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim. Đầu tiên, người bệnh suy tim mãn tính đã không tham gia đầy đủ vào các hành vi tự chăm sóc (52,9%). Thứ hai, yếu tố quan trọng bao gồm: 1, thời gian suy tim, bệnh đi kèm và kiến thức của người bệnh về suy tim đã được xác định là yếu tố dự báo hàng đầu của hành vi tự chăm sóc. Do đó, các chương trình can thiệp điều dưỡng về kiến thức của suy tim được đề nghị cho tăng cường các chiến lược tự chăm sóc và tự chăm sóc nên nhắm mục tiêu đặc biệt là những người bệnh bị tiểu đường, trầm cảm và người bệnh có ít hơn một năm thời gian mắc bệnh. [34]

1.4.2. Các nghiên cứu về tự chăm sóc của người bệnh suy tim ở Việt Nam

Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên . 126 người già suy tim đã tham gia vào nghiên cứu này trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2012. Mục tiêu của nghiên cứu này là tìm ra mối liên quan giữa hành vi tự chăm sóc bản thân và mối liên quan giữa các yếu tố bao gồm giới, trình độ học vấn, thu nhập, bệnh kèm theo, kiến thức suy tim và sự hỗ trợ xã hội với hành vi tự chăm sóc bản thân ở người già mắc suy tim tại Thái Nguyên, Việt nam. Kết quả nghiên cứu này đưa ra được người già suy tim có hành vi tự chăm sóc thấp ($\bar{X} = 33,58$, $SD = 5,32$). Kiến thức suy tim và hỗ trợ xã hội liên quan với hành vi tự chăm sóc ($r = 0,66$,

và $r=0,53, p < 0,01$). [4]

1.5. Học thuyết Điều dưỡng

Nghiên cứu áp dụng học thuyết về tự chăm sóc của Orem.

Dorothea Orem's (1971) xác định việc chăm sóc điều dưỡng cần nhấn mạnh về việc người bệnh tự chăm sóc. Orem khẳng định việc tự chăm sóc người bệnh cần được hướng dẫn, chỉ dẫn họ cách thức để tự họ làm, người bệnh sẽ thích thú vì thấy đời sống của họ vẫn còn có ý nghĩa, sức khỏe dần dần từng bước được nâng cao. Mục tiêu của học thuyết Orem là giúp người bệnh có năng lực tự chăm sóc. Việc nâng cao này được phát triển đến khi người bệnh tự làm lấy tất cả [45].

Để hiểu rõ về lý thuyết của Orem, chúng ta cần hiểu rõ các khái niệm chính trong khung lý thuyết bao gồm:

- Tự chăm sóc (self-care): Là việc thực hiện hoặc thực hành các hoạt động cá nhân một cách tự nguyện để chăm sóc bản thân duy trì cuộc sống khỏe mạnh và hạnh phúc. Khi tự chăm sóc được thực hiện có hiệu quả thì nó giúp đảm bảo sự phát triển toàn diện về cấu trúc cũng như chức năng của con người.

- Khả năng tự chăm sóc (self-care agency): Là khả năng của một cá nhân để xác định sự hiện diện và đặc tính của những yêu cầu cụ thể, từ đó cá nhân điều chỉnh các hoạt động chức năng của mình để phán quyết và quyết định về những gì để làm và tham gia thực hiện tự chăm sóc để đáp ứng các yêu cầu cụ thể đó. Khả năng tự chăm sóc này bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tuổi, môi trường, kinh nghiệm sống, tình trạng phát triển của đất nước, sức khỏe và các nguồn lực có sẵn...

- Nhu cầu tự chăm sóc: Là các hành động cá nhân cần phải thực hiện tại thời điểm nhất định hoặc qua một quá trình thời gian để duy trì cuộc sống, sức khỏe và hạnh phúc và để đáp ứng tất cả các điều kiện tiên quyết tự chăm sóc của một cá nhân.

- Hệ thống chăm sóc điều dưỡng và những thiếu hụt về tự chăm sóc.

- Các yếu tố tác động (basic conditioning factors) bao gồm các yếu tố sau: tuổi, giới, sự phát triển của nhà nước, tình trạng sức khỏe, định hướng của xã hội, các yếu tố

của hệ thống chăm sóc sức khỏe, các yếu tố về gia đình, yếu tố môi trường, các nguồn lực sẵn có và đầy đủ.

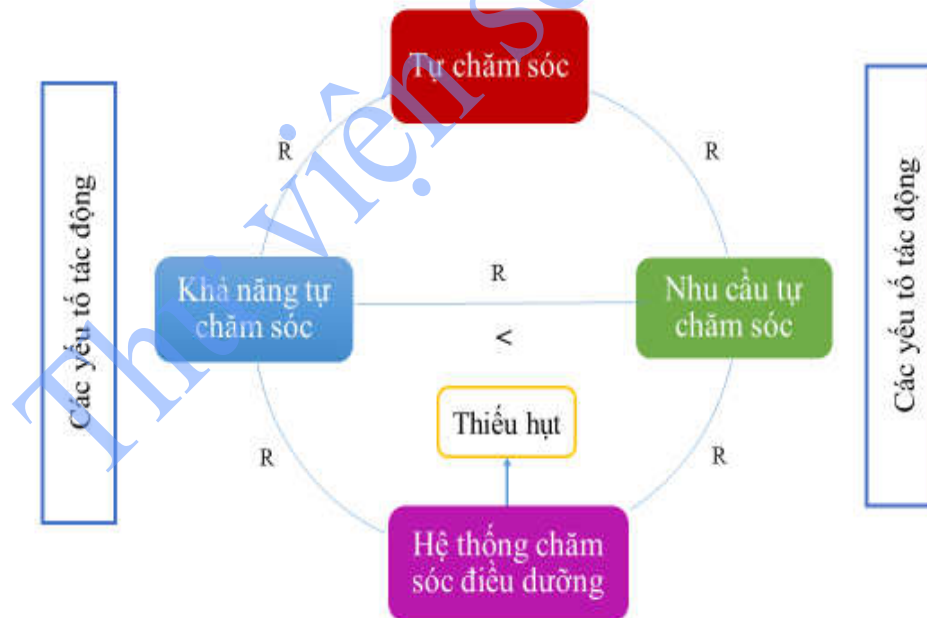
Ngoài ra lý thuyết Orem còn hai khái niệm liên quan đến điều dưỡng và vai trò của họ đó là cơ sở điều dưỡng và hệ thống điều dưỡng.

Bà đã đưa ra 3 mức độ có thể tự chăm sóc:

- Phụ thuộc hoàn toàn: Người bệnh không có khả năng tự chăm sóc, theo dõi và kiểm soát các hoạt động hàng ngày của mình phải nhờ vào điều dưỡng hoặc người chăm sóc trực tiếp cho họ.

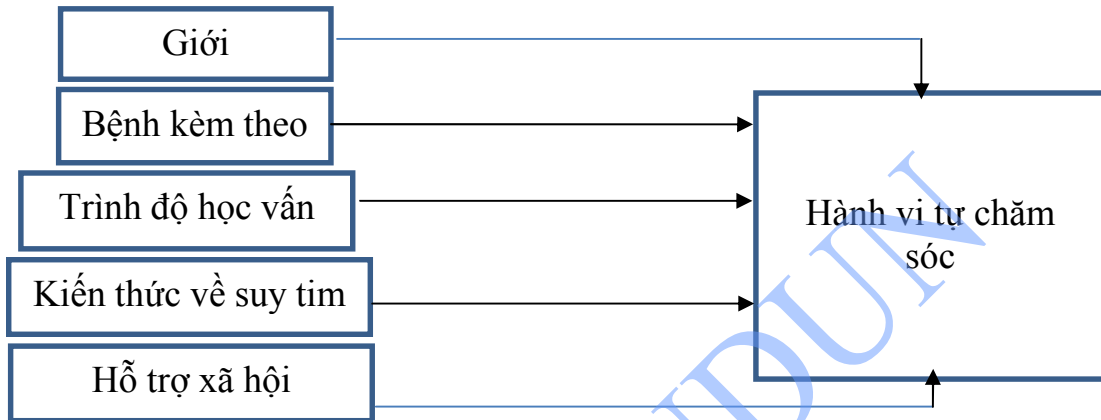
- Phụ thuộc một phần: Chăm sóc hỗ trợ khi người bệnh bị hạn chế về việc tự chăm sóc, điều dưỡng cung cấp, giúp đỡ việc chăm sóc một phần cho họ.

- Không cần phụ thuộc: Người bệnh tự mình hoàn toàn chăm sóc, điều dưỡng hướng dẫn, tư vấn cho họ tự làm.



Sơ đồ 1.1. Khung khái niệm lý thuyết về tự chăm sóc của Orem

Tuy nhiên trong nghiên cứu này để phù hợp với thực tế chúng tôi xin được giới thiệu khung học thuyết như sau:



Sơ đồ 1.2. Khung lý thuyết về tự chăm sóc đối với người bệnh suy tim

1.6. Đặc điểm của địa bàn nghiên cứu

Tỉnh Quảng Bình nằm ở Bắc Trung Bộ, Việt Nam, với diện tích tự nhiên 8.000 km², dân số năm 2015 có 872.925 người. Địa hình Quảng Bình hẹp và dốc từ phía Tây sang phía Đông. 85% tổng diện tích tự nhiên là đồi núi. Toàn bộ diện tích được chia thành vùng sinh thái cơ bản: Vùng núi cao, vùng đồi và trung du, vùng đồng bằng, vùng cát ven biển.

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới Quảng Bình là bệnh viện Đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y tế, thành lập năm 1981 và đón nhận Huân chương Lao động hạng Nhì năm 2016. Là bệnh viện nằm ở trung tâm thành phố Đồng Hới tỉnh Quảng Bình. Theo thống kê đến tháng 9 năm 2016, toàn bệnh viện hoạt động với 1.012 giường bệnh. Trung bình có khoảng 2.782 người đến điều trị nội trú và 1.352 người đến khám trong 1 tháng.

Khoa nội Tim mạch với 66 giường bệnh, số người điều trị suy tim trung bình trong 6 tháng cuối năm 2016 là 37 người bệnh/tháng.

Thư viện số NDUN

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán là suy tim đang điều trị tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới Quảng Bình.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 60 tuổi trở lên;
- Được chẩn đoán là suy tim;
- Có sức khỏe ổn định cho phép họ tham gia vào nghiên cứu;
- Có khả năng giao tiếp để trả lời các câu hỏi;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không hợp tác, từ chối phỏng vấn;
- Mắc các bệnh về tâm thần kinh được chẩn đoán bởi Bác sĩ;
- Người bệnh đang ở tình trạng cấp cứu như: phù phổi cấp, suy hô hấp,...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 01/2017 đến tháng 4/2017
- Địa điểm: Tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới Quảng Bình.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ người bệnh suy tim đang điều trị tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới Quảng Bình trong thời gian tiến hành nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Thực tế chúng tôi đã điều tra 121 người bệnh, đây là số người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ để lựa chọn người bệnh có đủ tiêu chuẩn phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Lựa chọn đối tượng đủ điều kiện nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn mẫu.
- Trước khi tiến hành người phỏng vấn tiếp xúc với người bệnh, giới thiệu bản thân và trình bày lý do cho việc phỏng vấn này.
- Giải thích ngắn gọn cho người bệnh hiểu mục đích của nghiên cứu cũng như những đóng góp của nghiên cứu cho cộng đồng.
- Việc tham gia vào nghiên cứu của người bệnh là hoàn toàn tự nguyện và có thể ngừng trả lời câu hỏi bất cứ lúc nào. Nếu người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu thì ký vào bản đồng thuận (Phụ lục 1).
- Thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp, điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi bao gồm có 5 phần (Phụ lục 2).
- Thời gian cho mỗi trường hợp khoảng 15 - 20 phút.
- Ngay sau khi phỏng vấn xong, người phỏng vấn sẽ kiểm tra lại bộ câu hỏi để đảm bảo tất cả những thông tin liên quan không bị bỏ sót.

2.7. Các biến số nghiên cứu

2.7.1. Biến độc lập

+ **Tuổi:** Được xác định là khoảng thời gian kể từ ngày sinh đến thời điểm lấy số liệu. Trong phân tích sẽ chia làm 3 nhóm: 60-69; 70-79; ≥ 80 theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Tiến Dũng (2013) [4]

+ **Giới:** Có hai giá trị là nam và nữ.

+ **Tình trạng hôn nhân:** Là tình trạng hôn nhân hiện tại của người bệnh, có 4 giá trị: Độc thân, kết hôn, ly hôn hay góa vợ/chồng.

+ **Trình độ học vấn:** Chỉ bậc giáo dục cao nhất mà người bệnh đã đạt được, có 6 giá trị: Không biết chữ, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, trung cấp, cao đẳng hay đại học.

+ **Điều kiện sống:** Chỉ điều kiện sống hiện tại của người bệnh; có 4 giá trị: Người bệnh sống một mình, hai ông bà sống với nhau hay sống cùng gia đình.

+ **Chi phí điều trị:** Có 2 giá trị: Có thẻ bảo hiểm và tự chi trả.

+ **Bệnh kèm theo:** Chỉ những bệnh được bác sỹ chẩn đoán đi kèm với suy tim.

+ **Hỗ trợ xã hội:** Những người bệnh suy tim có được gia đình, bạn bè và xã hội khích lệ, động viên và hỗ trợ để thực hiện hành vi tự chăm sóc.

+ **Kiến thức về suy tim:** Là kiến thức mà người bệnh biết được về suy tim như thông tin chung về suy tim, chế độ ăn, các hành động để đánh giá điều trị suy tim; triệu chứng và sự phát hiện triệu chứng suy tim.

2.7.2. *Biến phụ thuộc*

Hành vi tự chăm sóc: Là các hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim như: Theo dõi cân nặng hàng ngày; hạn chế chất lỏng; tuân thủ dùng thuốc; liên lạc với cán bộ y tế khi người bệnh có các triệu chứng như tăng cân, phù; tập thể dục thường xuyên...

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.8.1. Bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc bản thân: The Revised European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS-9)

Bộ câu hỏi này được phát triển bởi Jaarsma T. (2009) [30] gồm 9 câu hỏi về hành vi tự chăm sóc bản thân của người bệnh suy tim bao gồm: Theo dõi cân nặng hàng ngày, hạn chế nước, tuân thủ dùng thuốc, liên lạc với cán bộ y tế khi người bệnh có các triệu chứng như tăng cân,... Bộ câu hỏi này gồm 5 mức độ trả lời theo thang điểm Likert khác nhau như sau: 1 = Tôi rất đồng ý, 2 = Tôi đồng ý, 3 = Tôi không có ý kiến gì, 4 = Tôi không đồng ý, 5 = Tôi rất không đồng ý. Điểm số hành vi tự chăm sóc đã được tính toán bằng cách tổng hợp các điểm số của mỗi mục. Do đó, tổng số điểm

của hành vi tự chăm sóc nằm trong khoảng từ 9 đến 45. Tuy nhiên, để thuận lợi cho việc tính toán, trong nghiên cứu này chuyển đổi thành: 5 = Tôi rất đồng ý, 4 = Tôi đồng ý, 3 = Tôi không có ý kiến gì, 2 = Tôi không đồng ý, 1 = Tôi rất không đồng ý. Điểm số hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim nằm trong khoảng từ 9 - 45. Do đó, số điểm càng cao chứng tỏ hành vi tự chăm sóc tốt hơn.

Cách đánh giá mức độ hành vi tự chăm sóc như sau [4]:

+ 9 - 36: Hành vi tự chăm sóc thấp

+ 37 - 45: Hành vi tự chăm sóc cao

2.8.2. Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Được phát triển bởi tác giả Zimet (1988) [57] với mục tiêu để đo lường sự nhận thức về sự hỗ trợ xã hội. Bộ câu hỏi này gồm 12 câu hỏi với 3 nhóm về hỗ trợ xã hội của (1) Người thân (4 câu hỏi: 1, 2, 5, và 10), (2) Gia đình (4 câu hỏi: 3, 4, 8, và 11), và (3) Bạn bè (4 câu hỏi: 6, 7, 9, và 12). Mỗi câu hỏi có 7 phương án trả lời từ 1 “rất không đồng ý” đến 7 “rất đồng ý”.

Để tính điểm trung bình:

Hỗ trợ từ người quan trọng khác: Tổng điểm các câu 1, 2, 5, và 10, sau đó chia cho 4.

Hỗ trợ từ gia đình: Tổng điểm các câu 3, 4, 8, và 11, sau đó chia cho 4.

Hỗ trợ từ bạn bè: Tổng điểm các câu 6, 7, 9, và 12, sau đó chia cho 4.

Tổng số điểm hỗ trợ xã hội: Tổng điểm của 12 câu hỏi, sau đó chia cho 12. Như vậy, tổng điểm cao mà người cao tuổi suy tim có thì họ sẽ nhận được nhiều hơn về sự hỗ trợ xã hội. Tổng điểm của sự hỗ trợ xã hội từ 1-7 chia ra 3 mức độ [4]:

- Điểm số từ 1-2,9: Hỗ trợ thấp

- Điểm số 3-5: Hỗ trợ trung bình

- Điểm số từ 5,1-7 : Hỗ trợ cao

2.8.3. Bộ câu hỏi về kiến thức suy tim: The Dutch Heart Failure Knowledge Scale

(DHFKS)

Được phát triển bởi tác giả Van der Wal (2005) [56] gồm 15 câu hỏi nhiều lựa chọn và được chia ra làm 3 nhóm: 1) 4 câu hỏi về thông tin chung về suy tim, 2) 6 câu hỏi đánh giá về chế độ ăn, hạn chế dịch và các hoạt động để đánh giá điều trị suy tim; và 3) 5 câu hỏi đánh giá triệu chứng và sự phát hiện triệu chứng. Mỗi câu hỏi người bệnh nhận được 1 điểm cho sự lựa chọn câu trả lời đúng từ 3 sự lựa chọn và ngược lại nhận điểm 0 cho lựa chọn câu trả lời sai. Tổng số điểm bộ câu hỏi này là 0-15 điểm. Tổng điểm cao chứng tỏ người cao tuổi suy tim có kiến thức về suy tim tốt hơn. Van der Wal và cộng sự (2007) [54] khuyến cáo rằng kiến thức của suy tim phân biệt giữa người bệnh với một điểm số cao và thấp. Họ đã sử dụng số điểm trung bình trên các câu hỏi về kiến thức. Dựa vào đó, các điểm số về kiến thức suy tim trong nghiên cứu này được hiểu như sau [4]:

- Mức độ thấp về kiến thức : 0 - 10 điểm
- Mức độ cao về kiến thức: 11 - 15 điểm

Quy trình dịch 3 bộ câu hỏi: Hành vi tự chăm sóc bản thân (EHFScBS-9), kiến thức suy tim (DHFKS), và hỗ trợ xã hội (MSPSS) được thực hiện bởi 3 chuyên gia thông thạo về tiếng Anh và tiếng Việt và sử dụng phương pháp dịch ngược. Sau đó 3 tác giả đã cùng nhau thống nhất lại và đưa ra bản dịch. Cuối cùng bản tiếng Anh dịch ngược từ bản tiếng Việt đã được 3 tác giả của bộ câu hỏi kiểm tra và thống nhất một số vấn đề không phù hợp. Độ tin cậy của ba bộ câu hỏi EHFScBS-9 0.73; MSPSS là 0.74 và của DHFKS là 0.72. [4]

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu thu thập được bảo quản trong một môi trường an toàn để tránh mất mát và vi phạm bí mật. Tất cả các dữ liệu thu thập được làm sạch, xác nhận, mã hóa, xử lý và lưu trữ bởi nhà nghiên cứu.

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 16.0 để phân tích.

Mô tả thống kê: Sử dụng để mô tả thông tin cá nhân, kiến thức suy tim, sự hỗ trợ xã hội, hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim.

Hệ số tương quan Pearson: Sử dụng để kiểm tra sự ảnh hưởng của các đặc điểm cá nhân, kiến thức suy tim và hỗ trợ xã hội với hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi Đề cương được Hội đồng duyệt đề cương Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thông qua.

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới Quảng Bình.

Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nghiên cứu chứ không nhằm mục đích nào khác.

Sự đồng ý bằng văn bản được lấy từ tất cả các người bệnh tham gia nghiên cứu. Người bệnh có quyền từ chối nếu không đồng ý.

Quá trình nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người và môi trường. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho những người bệnh suy tim có thêm kiến thức về suy tim và hành vi tự chăm sóc. Đối với nhân viên Y tế có thể áp dụng kết quả nghiên cứu để cung cấp kiến thức về suy tim cho người bệnh và hướng dẫn cho người bệnh về những hành vi tự chăm sóc phù hợp.

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

- Có hạn chế của một nghiên cứu cắt ngang. Không nghiên cứu được các thời điểm trước đó.

- Là một nghiên cứu bước đầu điều tra, đánh giá kiến thức của người bệnh suy tim về tự chăm sóc mà không tiến hành bất cứ một sự can thiệp hỗ trợ nào.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 129 người bệnh suy tim đang điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới được lựa chọn nghiên cứu, đã tham gia vào trả lời bộ câu hỏi thông qua phỏng vấn trực tiếp từ ngày 18/01/2017 đến hết ngày 12/4/2017. Trong đó, có 8 người bệnh bị loại khỏi mẫu nghiên cứu do không đủ điều kiện. Nghiên cứu đã tiến hành trên 121 người bệnh suy tim đủ tiêu chuẩn đang được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới. Kết quả chúng tôi thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	60-69	42	34,7
	70-79	31	25,6
	≥ 80	48	39,7
	Tuổi trung bình: 74,9 ± 9,6		
Giới	Nam	74	61,2
	Nữ	47	38,8
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	6	5,0
	Kết hôn	66	54,5
	Ly hôn	7	5,8
	Góa vợ/chồng	42	34,7
Trình độ học vấn	Không đi học	11	9,1
	Tiểu học	37	30,6
	Trung học cơ sở	43	35,5

	Trung học phổ thông	23	19,0
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	7	5,8
Điều kiện sống	Một mình	27	22,3
	Chỉ 2 ông bà	48	39,7
	Với gia đình	46	38,0
Chi phí điều trị	Thẻ bảo hiểm	121	100,0
	Tự chi trả	0	0,0

Nhận xét:

Kết quả bảng 3.1 cho thấy độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $74,9 \pm 9,6$, nhóm tuổi ≥ 80 chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,7%.

Tỷ lệ nam giới (61,2%) nhiều hơn so với nữ giới (38,8%).

Tình trạng hôn nhân chủ yếu là kết hôn chiếm 54,5%; tiếp theo là góa vợ/chồng với 34,7%, số người ly hôn và độc thân chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là: 5,8% và 5,0%

Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu là trung học cơ sở (35,5%) và tiểu học (30,6%), tiếp theo là trung học phổ thông (19%); không đi học (9,1%) và trung cấp, cao đẳng, đại học (5,8%).

Điều kiện sống chủ yếu hai ông bà sống với nhau chiếm 39,7%, sống cùng gia đình 38%, sống một mình chiếm 22,3%.

100% người bệnh có bảo hiểm y tế.

Bảng 3.2. Bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo		n	Tỷ lệ %
Không		14	9,2
Có	Tăng huyết áp	39	25,7
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	27	17,8
	Đái tháo đường	24	15,8
	Bệnh khác	48	31,6

Nhận xét: Đa số người bệnh suy tim đều có bệnh kèm theo chiếm 90,8%, trong đó bị các bệnh khác như: Rung nhĩ, Gút, viêm khớp,... chiếm tỷ lệ cao hơn với 31,6%, tăng huyết áp 25,7%. Chỉ 9,2% người bệnh suy tim không có bệnh kèm theo.

Bảng 3.3. Số bệnh kèm theo

Số bệnh kèm theo		n	Tỷ lệ %
Không		14	11,6
Có	Một bệnh	77	63,6
	Hai bệnh	29	24,0
	Ba bệnh	1	0,8

Nhận xét: Đa số người bệnh suy tim có một bệnh kèm theo chiếm 63,6%; hai bệnh kèm theo chiếm 24%; có ba bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ ít nhất là 0,8%

3.2. Mô tả hành vi tự chăm sóc, hỗ trợ xã hội và kiến thức suy tim của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Hành vi tự chăm sóc

Hành vi tự chăm sóc đã được đánh giá bởi bộ công cụ EHFSBS-9. Bộ công cụ này có 9 câu. Điểm số phản ánh mức độ hành vi tự chăm sóc là tổng số điểm của 9 câu. Điểm số cao hơn, hành vi tự chăm sóc của người bệnh tốt hơn.

Bảng 3.4. Mô tả hành vi tự chăm sóc

Hành vi tự chăm sóc	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Không ý kiến gì n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Tôi tự theo dõi cân nặng hàng ngày	3 (2,5)	55 (45,5)	43 (35,5)	17 (14,0)	3 (2,5)
Nếu bị khó thở, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng	0 (0,0)	12 (9,9)	38 (31,4)	55 (45,5)	16 (13,2)
Nếu chân/ bàn chân của tôi bị phù, tôi sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng	0 (0,0)	30 (24,8)	56 (46,3)	23 (19,0)	12 (9,9)
Nếu tôi tăng 2kg trong 1 tuần, tôi sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng	0 (0,0)	42 (34,7)	54 (44,6)	21 (17,4)	3 (2,5)
Tôi hạn chế lượng dịch đưa vào hàng ngày (không quá 1,5-2 lít /ngày)	0 (0,0)	27 (22,3)	36 (29,8)	43 (35,5)	15 (12,4)
Nếu tôi thấy mệt mỗi tăng lên, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng	0 (0,0)	11 (9,1)	32 (26,4)	65 (53,7)	13 (10,7)

Tôi ăn nhạt	1 (0,8)	32 (26,4)	32 (26,4)	52 (43,0)	4 (3,3)
Tôi uống thuốc theo đơn bác sĩ	0 (0,0)	10 (8,3)	23 (19,0)	72 (59,5)	16(13,2)
Tôi tập luyện thường xuyên	1 (0,8)	18 (14,9)	63 (52,1)	30 (24,8)	9 (7,4)

Nhận xét: Hành vi tự chăm sóc “Tôi uống thuốc theo đơn bác sĩ” được người bệnh thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 16 người bệnh (13,6%) “rất đồng ý” và 72 người bệnh “đồng ý” (59,5%).

Bảng 3.5. Điểm số hành vi tự chăm sóc

Mức độ hành vi tự chăm sóc	n (%)	Điểm có thể đạt được	Điểm thực tế	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn
Cao	21 (17,4)	37 - 45	37 - 42	
Thấp	100 (82,6)	9 - 36	18 - 36	
Tổng	121 (100)	9 - 45	18 - 42	29,57 ± 5,67

Nhận xét: Điểm số hành vi tự chăm sóc là $29,57 \pm 5,67$ trên tổng điểm 45. Đa số người bệnh cao tuổi suy tim có hành vi tự chăm sóc ở mức thấp chiếm 82,6%; chỉ có 17,4% người bệnh có hành vi tự chăm sóc ở mức cao.

3.2.2. Hỗ trợ xã hội

Bảng 3.6. Mô tả sự hỗ trợ từ gia đình

Hỗ trợ	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Không đồng ý vừa n (%)	Không ý kiến gì n (%)	Đồng ý vừa n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Gia đình thực sự rất cố gắng giúp đỡ tôi	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (18,2)	14 (11,6)	33 (27,3)	37 (30,6)	15 (12,4)

Gia đình luôn giúp đỡ và hỗ trợ về tinh thần khi tôi cần	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (14,0)	14 (11,6)	35 (28,9)	42 (34,7)	13 (10,7)
Tôi có thể nói về những vấn đề của mình với gia đình	0 (0,0)	6 (5,0)	10 (8,3)	15 (12,4)	38 (31,4)	36 (29,8)	16 (13,2)
Gia đình luôn sẵn sàng giúp tôi đưa ra các quyết định	0 (0,0)	7 (5,8)	9 (7,4)	17 (14,0)	36 (29,8)	40 (33,1)	12 (9,9)
Điểm trung bình: $5,11 \pm 1,19$							

Nhận xét: Đa số người bệnh nhận được sự hỗ trợ từ gia đình. Trong đó người bệnh nhận được sự giúp đỡ và hỗ trợ về tinh thần là cao hơn với 34,7% người bệnh đồng ý

Bảng 3.7: Mô tả sự hỗ trợ từ bạn bè

Hỗ trợ	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Không đồng ý vừa n (%)	Không ý kiến gì n (%)	Đồng ý vừa n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Bạn bè thực sự cố gắng giúp đỡ tôi	0 (0,0)	30 (24,8)	22 (18,2)	41 (33,9)	26 (21,5)	1 (0,8)	1 (,8)
Tôi luôn cậy nhờ được bạn bè khi tôi gặp khó khăn	0 (0,0)	30 (24,8)	22 (18,2)	44 (34,6)	23 (19,0)	1 (0,8)	1 (0,8)
Tôi có những người bạn mà tôi có thể chia sẻ niềm vui và nỗi buồn	0 (0,0)	25 (20,7)	20 (16,5)	46 (38,0)	28 (23,1)	2 (1,7)	0 (0,0)
Tôi có thể nói về những	0 (0,0)	26	22	49	24	0 (0,0)	0 (0,0)

vấn đề của mình với bạn bè		(21,5)	(18,2)	(40,5)	(19,8)		
Điểm trung bình: 3,60 ± 1,06							

Nhận xét: Người bệnh không nhận được nhiều sự hỗ trợ từ bạn bè, đa số người bệnh đều không có ý kiến gì khi được hỏi về sự hỗ trợ từ bạn bè

Bảng 3.8: Mô tả sự hỗ trợ từ những người quan trọng khác

Hỗ trợ	Rất không đồng ý n (%)	Không đồng ý n (%)	Không đồng ý vừa n (%)	Không ý kiến gì n (%)	Đồng ý vừa n (%)	Đồng ý n (%)	Rất đồng ý n (%)
Có một người đặc biệt ở bên cạnh khi tôi cần đến	0 (0,0)	31 (25,6)	20 (16,5)	21 (17,4)	43 (35,5)	5 (4,1)	1 (0,8)
Có một người đặc biệt để tôi có thể chia sẻ niềm vui và nỗi buồn	0 (0,0)	28 (23,1)	22 (18,2)	23 (19,0)	42 (34,7)	5 (4,1)	1 (0,8)
Có một người đặc biệt mà người đó là nguồn an ủi cho tôi	0 (0,0)	28 (23,1)	16 (13,2)	28 (23,1)	43 (35,5)	6 (5,0)	0 (0,0)
Có một người đặc biệt luôn quan tâm đến cảm xúc của tôi	0 (0,0)	26 (21,5)	19 (15,7)	33 (27,3)	38 (31,4)	5 (4,1)	0 (0,0)
Điểm trung bình: 3,82 ± 1,23							

Nhận xét: Đa số người bệnh đều đồng ý vừa với sự hỗ trợ từ những người quan trọng khác

Bảng 3.9. Điểm số hỗ trợ xã hội

Nội dung	Điểm trung bình \pm Độ lệch chuẩn	Mức độ
Hỗ trợ từ gia đình	5,11 \pm 1,19	Cao
Hỗ trợ từ bạn bè	3,60 \pm 1,06	Trung bình
Hỗ trợ từ người quan trọng khác	3,82 \pm 1,23	Trung bình
Hỗ trợ xã hội	4,18 \pm 1,08	Trung bình

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy điểm trung bình của hỗ trợ xã hội ở mức trung bình (4,18 \pm 1,08). Đối với mỗi phần, điểm trung bình của hỗ trợ từ bạn bè (3,60 \pm 1,06) và hỗ trợ từ người khác (3,82 \pm 1,23) cũng ở mức trung bình, chỉ có hỗ trợ từ gia đình là ở mức cao (5,11 \pm 1,19).

3.2.3. Kiến thức suy tim

Bảng 3.10. Mô tả kiến thức suy tim

Kiến thức suy tim	Đúng	Sai
1. Người bệnh suy tim nặng cần tự theo dõi cân nặng bao lâu một lần	35 (28,9)	86 (71,1)
2. Tại sao người bệnh suy tim cần tự theo dõi cân nặng thường xuyên là quan trọng	70 (57,9)	51 (42,1)
3. Hàng ngày ông/bà được phép đưa vào bao nhiêu dịch	85 (70,2)	36 (29,8)
4. Lời phát biểu nào trong những phát biểu sau ông/bà cho là đúng	46 (38,0)	75 (62,0)
5. Khi tôi bị khó thở hoặc bị phù việc cần thiết nhất tôi phải làm là gì	93 (76,9)	28 (23,1)
6. Nguyên nhân gì có thể làm cho triệu chứng suy tim nặng lên	83 (68,6)	38 (31,4)

7. Suy tim nghĩa là gì	62 (51,2)	59 (48,8)
8. Tại sao bệnh nhân suy tim thường bị phù chân	75 (62,0)	46 (38,0)
9. Tim có chức năng gì	62 (51,2)	59 (48,8)
10. Tại sao người bệnh suy tim phải ăn nhạt	84 (69,4)	37 (30,6)
11. Nguyên nhân chính của suy tim là gì	42 (34,7)	79 (65,3)
12. Lời phát biểu nào đúng trong những phát biểu về việc tập luyện dành cho người bệnh suy tim là đúng	43 (35,5)	78 (64,5)
13. Tại sao bệnh nhân suy tim cần phải uống thuốc lợi tiểu	52 (43,0)	69 (57,0)
14. Lời phát biểu nào trong những phát biểu sau về việc tăng trọng lượng và bệnh suy tim là đúng	44 (36,4)	77 (63,6)
15. Khi ông/bà khát nước ông/bà nên làm gì là tốt nhất	43 (35,5)	78 (64,5)

Nhận xét: Câu hỏi “Khi tôi bị khó thở hoặc bị phù việc cần thiết nhất tôi phải làm là gì?” có nhiều người bệnh trả lời đúng nhất với 93 người bệnh chiếm 76,9%.

Bảng 3.11. Điểm kiến thức suy tim

Mức độ kiến thức về suy tim	n (%)	Điểm có thể đạt được	Điểm thực tế	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn
Cao	29 (24,0)	11 -15	11 – 15	
Thấp	92 (76,0)	0 – 10	3 – 10	
Tổng	121 (100)	0 – 15	3 – 15	7,60 ± 2,44

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy điểm trung bình về kiến thức suy tim ($7,60 \pm 2,44$) trên tổng số 15 điểm. Đa số đối tượng nghiên cứu có kiến thức về suy tim ở mức độ thấp chiếm 76%, kiến thức về suy tim mức cao chỉ chiếm 24%.

3.3. Mối liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và các biến độc lập

3.3.1. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và giới

Bảng 3.127. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và giới

Nội dung		Hành vi tự chăm sóc	p
Giới	Nam (n=74)	30,01 ± 5,62	0,282
	Nữ (n=47)	28,87 ± 5,73	

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và giới

3.3.2. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn

Bảng 3.83. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn

Nội dung	Hành vi tự chăm sóc		p
Trình độ học vấn	Không đi học (n=11)	24,91 ± 4,11	<0,05
	Tiểu học (n=37)	26,41 ± 4,65	
	Trung học cơ sở (n=43)	29,65 ± 4,60	
	Trung học phổ thông (n=23)	34,52 ± 4,54	
	Đại học, cao đẳng (n=7)	36,86 ± 1,96	

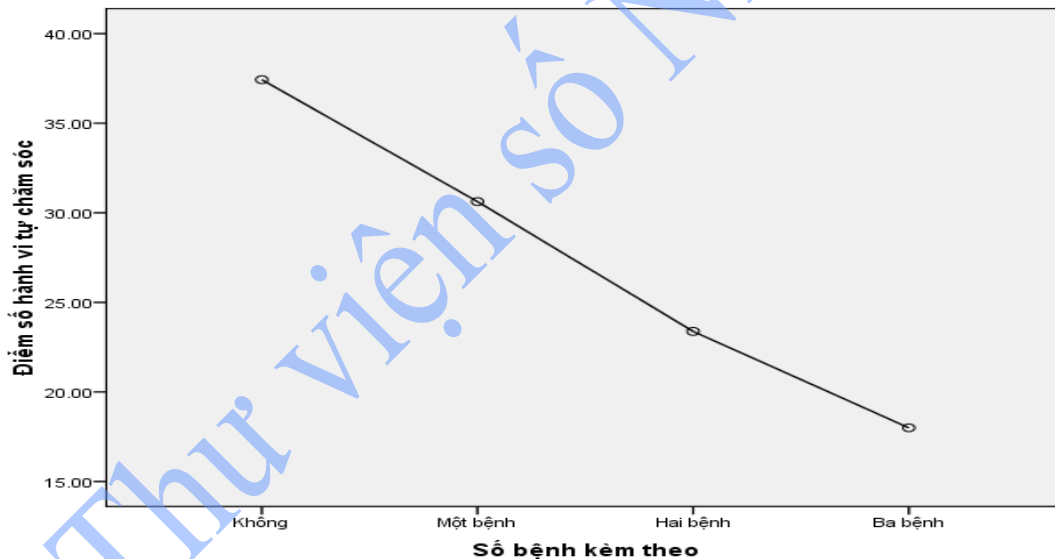
Nhận xét: Từ bảng 3.13 có thể thấy điểm số hành vi tự chăm sóc của nhóm có trình độ đại học, cao đẳng (36,86 ± 1,96); trung học phổ thông (34,52 ± 4,54) cao hơn 3 nhóm còn lại. Nhóm không đi học có điểm hành vi tự chăm sóc thấp nhất (24,91 ± 4,11). Như vậy, có mối liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.3. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo

Bảng 3.14. Liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo

Nội dung	Hành vi tự chăm sóc		p
	Không có bệnh (n=14)		
Số bệnh kèm theo	Không có bệnh (n=14)	37,43 ± 2,41	<0,05
	Một bệnh (n=77)	30,62 ± 4,42	
	Hai bệnh (n=29)	23,38 ± 1,90	
	Ba bệnh (n=1)	18 ± 0,00	

Nhận xét: Có liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo

Nhận xét: Từ biểu đồ 3.1 nhận thấy điểm số hành vi tự chăm sóc của nhóm người bệnh không có bệnh kèm theo (37,43 ± 2,41) cao hơn so với 3 nhóm còn lại. Nhóm người bệnh có ba bệnh kèm theo có điểm số hành vi tự chăm sóc thấp nhất (18 ± 0,00). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.3.4. *Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội*

Bảng 3.15. *Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội*

Nội dung	Hành vi tự chăm sóc	
	r	p
Hỗ trợ xã hội	0,56	<0,05
Hỗ trợ từ gia đình	0,56	<0,05
Hỗ trợ từ bạn bè	0,52	<0,05
Hỗ trợ từ những người quan trọng khác	0,48	<0,05

Nhận xét: Có sự tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội ($r=0,56$; $p<0,05$), hỗ trợ từ gia đình ($r=0,56$; $p<0,05$); bạn bè ($r=0,52$; $p<0,05$) và từ những người quan trọng khác ($r=0,48$; $p<0,05$).

3.3.5. *Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim*

Bảng 3.16. *Mối tương quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim*

Nội dung	Hành vi tự chăm sóc	
	r	p
Kiến thức về suy tim	0,67	<0,05

Nhận xét: Có sự tương quan chặt chẽ giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim ($r=0,67$; $p<0,05$)

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 121 người bệnh, nam chiếm 61,2%; nữ chiếm 38,8% (bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fateme Shojaei và cộng sự (2011) có 68,4% là nam giới cao hơn nữ là 31,6% [20]. Theo kết quả nghiên cứu của Liu M.H và cộng sự (2014), nam (51,8%) lớn hơn nữ (48,2%). Cameron và cộng sự (2009) tìm thấy rằng nữ chỉ có 24% trong mẫu nghiên cứu [13] và trong một nghiên cứu khác nam giới đã gần gấp đôi nữ giới về tỷ lệ mắc bệnh suy tim (nam: 68,4% và nữ: 31,6%) [20].

Về độ tuổi, tuổi trung bình mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $74,9 \pm 9,6$ (bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) tuổi trung bình là $70,38 \pm 8,14$ [4]. Theo kết quả nghiên cứu của Liu M.H và cộng sự (2014) thì độ tuổi trung bình là $68 \pm 13,7$; trong đó 49,6% người bệnh lớn hơn 71 tuổi [37]. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, có tỷ lệ mắc và tử vong cao với một tỷ lệ ngày càng tăng đối với cao tuổi [9], [19], [24].

4.1.2. Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, điều kiện sống, chi phí điều trị

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy đa số người bệnh có trình độ tiểu học, trung học cơ sở lần lượt chiếm 30,6% và 35,5%; phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) tỷ lệ người bệnh có trình độ tiểu học, trung học cơ sở lần lượt là 20,6% và 30,2% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn có 9,1% người bệnh không đi học. Điều này cũng dễ hiểu vì trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi vẫn có những người bệnh sinh trước năm 1945, thời kỳ đói khổ của đất nước cho nên không có điều kiện để học tập. Do đó cũng dễ giải thích vì

sao trình độ tiểu học và trung học cơ sở là chủ yếu. Và đối với trình độ trung học phổ thông; trung cấp, cao đẳng, đại học cũng chủ yếu tập trung ở nhóm đối tượng 60 - 69 tuổi.

Nhóm kết hôn, sống cùng vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao tới 54,5%; sau đó đến nhóm góa vợ/chồng chiếm 34,7%; tỷ lệ ly hôn và sống độc thân chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 5,8% và 5,0% (bảng 3.1). Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013), nhóm kết hôn chiếm 46,0%; nhóm góa vợ/chồng chiếm 34,1%; ly hôn 13,5%; độc thân 6,3% [4]. Theo Fateme Shojaei và cộng sự (2011) nhóm kết hôn chiếm 78,7%, nhóm góa vợ/chồng chiếm 11,3%; nhóm độc thân chiếm 10,0% [20]. Kết quả này là phù hợp vì ở độ tuổi của đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên nên đa số đã kết hôn là hợp lý. Độ tuổi ≥ 80 của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao 39,7% (bảng 3.1), đây là độ tuổi mà người xưa vẫn thường nói “xưa nay hiếm” do đó tỷ lệ góa/vợ chồng cao cũng dễ hiểu.

Về điều kiện sống, sống cùng người thân chiếm 77,7% (trong đó: chỉ 2 ông bà sống với nhau chiếm 39,7%; sống cùng gia đình chiếm 38,0%); sống một mình chiếm tỷ lệ thấp 22,3% (bảng 3.1). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) tỷ lệ sống cùng người thân là 86,5% (sống cùng vợ/chồng là 8,7%; sống cùng gia đình là 77,8%) [4]. Người bị bệnh mạn tính, đặc biệt ở người cao tuổi cần thiết sống chung cùng người thân hoặc cùng vợ/chồng vì khả năng tự chăm sóc, làm việc nhà, sinh hoạt cá nhân hạn chế, cần có sự giúp đỡ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh sống một mình chiếm 22,3% đa số thuộc vào đối tượng độc thân và đối tượng góa vợ/chồng hoặc một số đối tượng do con cái đi làm ăn xa nên bố/mẹ phải đi theo để trông cháu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy 100% người bệnh có bảo hiểm y tế. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) người bệnh có bảo hiểm y tế là 77,8% [4]. Điều này phù hợp vì suy

tim là một bệnh mạn tính thường xuyên phải nhập viện tái đi tái lại nhiều lần, nên khi được hỏi đa số người bệnh đều trả lời đã nhập viện nhiều lần vì suy tim. Do đó, đều mua bảo hiểm khi nhập viện sẽ đỡ tốn kém.

4.1.3. Bệnh kèm theo

Đa số người bệnh suy tim đều có bệnh kèm theo chiếm 90,8%, trong đó bị các bệnh khác như: Rung nhĩ, Gút, viêm khớp,... chiếm tỷ lệ cao hơn với 31,6%, tăng huyết áp 25,7%. Chỉ 9,2% người bệnh suy tim không có bệnh kèm theo.

Trong số những người bệnh suy tim có bệnh kèm theo thì đa số người bệnh có một bệnh kèm theo chiếm 63,6%; hai bệnh kèm theo chiếm 24%; có ba bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ ít nhất là 0,8%.

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ghasem A. D. và cộng sự (2012) cho thấy có 62,5% người bệnh có bệnh kèm theo và có mối quan hệ có ý nghĩa với hành vi tự chăm sóc ($p < 0,05$) [23]

4.2. Mô tả hành vi tự chăm sóc, kiến thức về suy tim và sự hỗ trợ xã hội

4.2.1. Hành vi tự chăm sóc

Từ kết quả bảng 3.5 cho thấy điểm số hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim dao động từ 18 - 42 điểm với điểm trung bình là $29,57 \pm 5,67$. Như vậy, so với điểm tối đa có thể có là 45 điểm thì hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim là ở mức độ thấp. Chỉ có 17,4% người bệnh có hành vi tự chăm sóc ở mức độ cao. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) cho thấy hơn nửa số người cao tuổi suy tim trong nghiên cứu của họ (50,9%) có hành vi tự chăm sóc ở mức độ thấp [4]. Nghiên cứu của Riegel và cộng sự (2009) cũng cho thấy rằng tự chăm sóc người bệnh suy tim trong mẫu ở Thái Lan là thấp [49]. Theo Fateme Shojaei và cộng sự (2011) thì chỉ có 26% người bệnh có hành vi tự chăm sóc tốt [20].

Do độ tuổi trung bình của mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là $74,9 \pm 9,6$ nên hành vi tự chăm sóc là khó khăn cho người lớn tuổi bị suy tim vì những thay đổi liên quan đến tuổi như bệnh tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, mắt và tai [41]. Do đó, những thay

đòi về sinh lý học liên quan đến lão hóa là rào cản cho người cao tuổi bị suy tim để thực hiện hành vi tự chăm sóc đầy đủ. Ví dụ, mắt thị lực sẽ gây khó khăn hơn cho người cao tuổi để nhận rõ thuốc, vì vậy họ có thể không thực hiện được nó trong tự chăm sóc. Hơn nữa, suy giảm do tuổi tác về mặt thể chất có thể làm cho việc thông tin liên lạc khó khăn hơn, vì thế họ ít có khả năng liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng khi các dấu hiệu và triệu chứng xảy ra và cũng khó khăn để tham gia vào việc theo dõi cân nặng hàng ngày, cũng như việc tập thể dục thường xuyên.

Ngoài ra, hành vi tim tự chăm sóc ở người bệnh suy rất phức tạp, bởi vì nó bao gồm nhiều khía cạnh, trong đó có lấy thuốc, chế độ ăn uống, theo dõi cân nặng hàng ngày, luyện tập thường xuyên và tìm kiếm sự giúp đỡ khi các triệu chứng xảy ra [29]. Trong nghiên cứu này, đa số những người tham gia (75,2%) có trình độ học vấn thấp (từ trung học cơ sở trở xuống) (bảng 3.1). Vì thế, khi các yếu tố này được kết hợp với sự thiếu kiến thức về suy tim, sự phức tạp trong hành vi tự chăm sóc càng gây khó khăn trong việc thực hiện hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim.

Dựa vào quan sát và thăm hỏi trong thời gian lấy số liệu, chúng tôi nhận thấy rằng các Điều dưỡng tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Hữu Nghị Việt nam – Cu Ba – Đồng Hới Quảng Bình tập trung vào giáo dục bệnh nhân về cách dùng thuốc. Do đó có thể dễ hiểu khi hành vi tự chăm sóc “Tôi uống thuốc theo đơn bác sĩ” được người bệnh thực hiện nhiều nhất với tỷ lệ 16 người bệnh (13,6%) “rất đồng ý” và 72 người bệnh “đồng ý” (59,5%) (bảng 3.4)

Tuy nhiên, khi được hỏi vẫn còn một số người bệnh thường sẽ ngưng dùng thuốc điều trị suy tim khi họ cảm thấy tốt hơn. Hơn nữa, nhiều người bệnh cao tuổi suy tim lại không uống thuốc thường xuyên là do họ thường bị quên, đặc biệt là khi có sự thay đổi thường xuyên trong đơn thuốc.

Và họ cũng không quan trọng trong chế độ ăn uống, nhiều người ăn mặn như là một thói quen không thể từ bỏ mặc dù họ biết có ảnh hưởng xấu đến bệnh.

Về theo dõi cân nặng hàng ngày thì đa số người bệnh đều không có cân trong nhà để theo dõi cân nặng của mình, chỉ khi nào đi khám hoặc lúc nào tiện có cân mới cân xem cân nặng mình được bao nhiêu. Một số ít có cân trong nhà thì cũng rất ít người có thói quen theo dõi cân nặng của mình hàng ngày. Vì đa số đều cho rằng không quan trọng hoặc thỉnh thoảng cân là được rồi.

Đa số người bệnh đều hiểu được tập thể dục thường xuyên là tốt tuy nhiên vì lý do sức khỏe, thời tiết hay thay đổi khiến người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện thường xuyên được vấn đề này.

Đó là những lý do khiến những người lớn tuổi gặp khó khăn với việc thực hiện đầy đủ những hành vi, nên đã dẫn đến mức độ thấp của hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.2. Kiến thức suy tim

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu có kiến thức về suy tim ở mức độ thấp chiếm 76%; kiến thức về suy tim mức cao chỉ chiếm 24%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) đã chỉ ra rằng đa số đối tượng nghiên cứu của họ có kiến thức về suy tim thấp [4]. Trong nghiên cứu của Jemal B. và cộng sự (2014) cũng đã phát hiện ra rằng đa số người bệnh có kiến thức suy tim thấp chiếm 75,3% và cũng cho thấy sự cần thiết của phương pháp tiếp cận sáng tạo để cung cấp thông tin cho người bệnh với tình trạng này [34]

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết những người tham gia (75,2%) có trình độ học vấn thấp (từ trung học cơ sở trở xuống) (bảng 3.1). Đó là một trong những lý do khiến điểm kiến thức về suy tim ở mức độ thấp ($7,60 \pm 2,44$). Hơn thế nữa tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $74,9 \pm 9,6$. Người bệnh cao tuổi kết hợp với trình độ học vấn thấp sẽ khó khăn trong việc tiếp cận thông tin, tìm hiểu về bệnh tật của mình. Do đó, khi phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi có nhiều câu người bệnh

chưa từng biết tới. Đó là lý do khiến đa số người bệnh trong mẫu của chúng tôi có điểm kiến thức suy tim thấp.

4.2.3. Hỗ trợ xã hội

Điểm trung bình của hỗ trợ xã hội ở mức trung bình ($4,18 \pm 1,08$). Đối với mỗi phần, điểm trung bình của hỗ trợ từ bạn bè ở mức trung bình ($3,60 \pm 1,06$); hỗ trợ từ người khác ở mức trung bình ($3,82 \pm 1,23$); chỉ có hỗ trợ từ gia đình là ở mức cao ($5,11 \pm 1,19$). Kết quả này phản ánh rằng người lớn tuổi bị suy tim nhận hỗ trợ nhiều từ các thành viên gia đình hơn là từ bạn bè và những người khác. Điều này cũng dễ hiểu vì trong nghiên cứu của chúng tôi đa số người bệnh sống cùng gia đình 77,7% (trong đó: chỉ 2 ông bà sống với nhau chiếm 39,7%; sống cùng các thành viên gia đình chiếm 38,0%).

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới hành vi tự chăm sóc

4.3.1. Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và giới

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể trong điểm số trung bình của nam ($30,01 \pm 5,62$) và nữ ($28,87 \pm 5,73$); $p = 0,282$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) cho thấy không có sự khác biệt về giới trong tự chăm sóc ở người bệnh suy tim [4]. Kết quả từ nghiên cứu của Riegel và cộng sự (2010) cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt cụ thể về giới trong hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim [48]. Theo kết quả của Ghasem A. D. và cộng sự (2012) cũng cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và khả năng tự chăm sóc ($p > 0,05$). [23]

Lee và cộng sự (2009), đã chỉ ra rằng giới tính không phải là một yếu tố quyết định duy nhất của bất kỳ khía cạnh của hành vi tự chăm sóc ở bệnh nhân suy tim [36]. Do vậy, nó có thể giải thích được tại sao giới lại không liên quan đến hành vi tự chăm sóc bản thân ở người cao tuổi suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.3.2. Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và trình độ học vấn. Trình độ học vấn cao hơn liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim tốt hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fateme Shojaei và cộng sự (2011) cho thấy những người có trình độ học vấn cao thì có nhận thức cao hơn và có quyết tâm hơn trong hoạt động tự chăm sóc, do đó có hành vi tự chăm sóc tốt hơn [20]. Ghasem A. D. và cộng sự (2012) cũng cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn và hành vi tự chăm sóc, mức độ giáo dục cao hơn đi cùng với khả năng tự chăm sóc tăng lên [23]. Ngoài ra, Trojahn M.M. và cộng sự (2013) khi kiểm tra các yếu tố dự đoán đến hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim cũng cho thấy rằng người bệnh có trình độ học vấn cao thì có hành vi tự chăm sóc tốt hơn ($p = 0,016$) [53]. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng những người bệnh suy tim có trình độ học vấn thấp gặp khó khăn trong việc hiểu được suy tim và tự chăm sóc bản thân, đặc biệt trong lĩnh vực quản lý triệu chứng và tuân thủ các chế độ [25], [38]

Tuy nhiên, kết quả của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) cho thấy trình độ học vấn có mối tương quan không có ý nghĩa thống kê với hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim ($r = 0,05$, $p > 0,05$) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích rằng đối với người bệnh có trình độ học vấn cao thì họ có nhiều khả năng và cách thức để tiếp nhận thông tin cũng như có trình độ để có thể tiếp nhận kiến thức vào thực hành tự chăm sóc của bản thân hơn. Và họ cũng sẽ hiểu biết hơn về tầm quan trọng của việc tự chăm sóc, do đó sẽ có thái độ tích cực đối với việc thực hành hành vi tự chăm sóc. Tuy nhiên, tự chăm sóc là một quá trình mà người bệnh có thể được giảng dạy và học tập. Do đó, những người bệnh có trình độ học vấn thấp nếu được hướng dẫn, tư vấn thì vẫn có thể thực hiện tốt hành vi tự chăm sóc. Vì vậy, giáo dục hành vi tự chăm sóc trong thời gian nằm viện có thể dẫn đến kết quả tốt hơn.

4.3.3. Liên quan giữa hành vi tự chăm sóc và bệnh kèm theo

Kết quả của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và số bệnh kèm theo. Từ biểu đồ 3.1 nhận thấy điểm số hành vi tự chăm sóc của nhóm người bệnh không có bệnh kèm theo ($37,43 \pm 2,41$) cao hơn so với 3 nhóm còn lại. Nhóm người bệnh có ba bệnh kèm theo có điểm số hành vi tự chăm sóc thấp nhất ($18 \pm 0,00$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Moser và Watkins (2008) đã giải thích rằng một tỷ lệ lớn các bệnh nhân bị suy tim có bệnh kèm theo là điều kiện làm phức tạp kế hoạch điều trị của họ và cản trở khả năng để họ tham gia vào tự chăm sóc hiệu quả, đặc biệt là suy tim ở người cao tuổi [42]. Tương tự như vậy, nghiên cứu của Ghasem A. D. và cộng sự (2012) cho thấy bệnh kèm theo có mối quan hệ có ý nghĩa với hành vi tự chăm sóc ($p < 0,05$). Sự hiện diện của các rối loạn mãn tính khác cùng với suy tim sẽ làm cho người bệnh phải tăng hành vi tự chăm sóc đối với mỗi bệnh đó, do đó, mỗi bệnh kèm theo đều có ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh trong nghiên cứu này [23]

Trojahn M.M và cộng sự (2013) cũng cho thấy khả năng tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim có bệnh kèm theo thấp hơn so với những người không có. Sự hiện diện của các bệnh kèm theo làm cho tự chăm sóc có thể trở nên phức tạp [53]

Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) cho thấy bệnh kèm theo không liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim [4]. Sở dĩ có sự trái ngược này là vì trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013) đa số người bệnh tham gia nghiên cứu không có bệnh kèm theo (50,8%) [4], cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (9,2%). Do đó, đây là lý do giải thích vì sao có sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013).

4.3.4. Mối tương quan giữa hành vi tự chăm sóc và kiến thức suy tim

Kết quả của chúng tôi cho thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa điểm số hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim ($r=0,67$; $p < 0,05$).

Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiên Dũng (2013) cho thấy kiến thức suy tim có liên quan với hành vi tự chăm sóc ($r=0,66$; $p<0,01$) [4]. Liu M.H và cộng sự (2014) cũng cho thấy kiến thức về suy tim có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc ($r = 0,42$; $p < 0,01$) [26]

Nhiều nghiên cứu cho thấy, nâng cao kiến thức về bệnh tật của người bệnh suy tim có thể củng cố các hành vi tự chăm sóc [15], [38], [33], nó cũng có thể làm giảm tần suất tái phát các triệu chứng bất lợi và tái nhập viện [52]. Hơn nữa, người bệnh suy tim có kiến thức về bệnh tật cao hơn sẽ tiếp tục các hành vi tự chăm sóc bản thân tích cực hơn [25].

Tương tự, nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy hỗ trợ kiến thức về bệnh tật như một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc bệnh nhân suy tim [15], [33].

4.3.5. Mối tương quan giữa hành vi tự chăm sóc và hỗ trợ xã hội

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy rằng hỗ trợ xã hội có mối tương quan với hành vi tự chăm sóc ở những người cao tuổi suy tim ($r=0,56$, $p<0,05$). Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiên Dũng (2013) cho thấy có sự liên quan giữa hỗ trợ xã hội và hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim ($r=0,53$, $p<0,01$) [4]. Các nghiên cứu trước đây của Gallager và cộng sự (2011); Sayer và cộng sự (2008), đã cho thấy rằng hỗ trợ xã hội có liên quan đáng kể đến tự chăm sóc tổng thể của người bệnh suy tim [22], [51].

Điều này có thể lý giải rằng hỗ trợ xã hội giúp người cao tuổi suy tim có thể thực hiện và tăng cường các hành vi tự chăm sóc, đặc biệt là sự hỗ trợ của các thành viên trong gia đình. Vì theo như kết quả ở bảng 3.1. thì đa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều sống cùng người thân 77,7% (trong đó: chỉ 2 ông bà sống với nhau chiếm 39,7%; sống cùng gia đình chiếm 38,0%). Các thành viên trong gia đình có thể hỗ trợ những người bệnh cao tuổi để tập thể dục, thực hiện chế độ ăn uống và chế độ thuốc men hợp lý cũng như liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng khi có các triệu

chứng xảy ra ở người lớn tuổi. Do đó, ở những người bệnh nhận được nhiều sự hỗ trợ xã hội sẽ có điểm hành vi tự chăm sóc cao hơn.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá hành vi tự chăm sóc dựa trên phỏng vấn, người bệnh trả lời trực tiếp bằng bộ câu hỏi thay vì cuốn nhật ký lưu giữ lại quá trình thực hiện hành vi tự chăm sóc của người bệnh.

2. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, cho nên chúng tôi chỉ đánh giá được thực trạng hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim tại thời điểm nghiên cứu mà không đánh giá được thời điểm trước và sau khi nghiên cứu. Do đó, chúng tôi chưa đánh giá được sự khác nhau của điểm số hành vi tự chăm sóc giữa những người bệnh mới nhập viện lần đầu với những người bệnh đã nhập viện lâu và đã có sự hướng dẫn của nhân viên y tế, cũng như những người bệnh đã nhập viện tái đi tái lại nhiều lần.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 121 người bệnh suy tim đang điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới từ 01/2017 đến 4/2017, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm nhân khẩu học

Người cao tuổi suy tim với độ tuổi trung bình là $74,9 \pm 9,6$. Nam giới chiếm 61,2%; nữ giới chiếm 38,8%. Tình trạng hôn nhân chủ yếu là kết hôn chiếm 54,5%. Trình độ học vấn dưới trung học cơ sở chiếm 75,2%. Đa số người bệnh sống cùng người thân chiếm 77,7% (trong đó: chỉ 2 ông bà sống với nhau chiếm 39,7%; sống cùng gia đình chiếm 38,0%). 90,8% người bệnh cao tuổi suy tim có bệnh kèm theo. 100% người bệnh có bảo hiểm y tế

2. Thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim

Điểm số hành vi tự chăm sóc thấp $29,57 \pm 5,67$

Đa số người bệnh cao tuổi suy tim có hành vi tự chăm sóc ở mức thấp chiếm 82,6%; chỉ có 17,4% người bệnh có hành vi tự chăm sóc ở mức cao.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người cao tuổi suy tim

Có sự tương quan thuận giữa điểm số hành vi tự chăm sóc với trình độ học vấn ($p < 0,05$), số bệnh kèm theo ($p < 0,05$), kiến thức suy tim ($r = 0,67$; $p < 0,05$) và hỗ trợ xã hội ($r = 0,56$; $p < 0,05$); không liên quan với giới ($p > 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

Với những kết quả từ nghiên cứu, chúng tôi xin được khuyến nghị một số vấn đề sau:

1. Cần phổ biến thực trạng hành vi tự chăm sóc ở người cao tuổi suy tim tới nhân viên Y tế các khoa, đặc biệt là đến đội ngũ Điều dưỡng chăm sóc của khoa Nội Tim mạch để nhân viên Y tế thấy được mức độ hành vi tự chăm sóc của người bệnh cao tuổi suy tim và các yếu tố liên quan. Từ đó đưa ra kế hoạch giáo dục sức khỏe về sự hỗ trợ xã hội và kiến thức suy tim để nâng cao hành vi tự chăm sóc bản thân của người cao tuổi suy tim.
2. Nên tiếp tục mở rộng nghiên cứu so sánh trước và sau khi can thiệp giáo dục sức khỏe về kiến thức suy tim cho người bệnh
3. Xây dựng chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe và tạo cơ hội cho người bệnh được học hỏi, trao đổi kinh nghiệm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Lê Đình Sáng (2010). *Bệnh học tim mạch*, Bách Khoa Y Học, Hà Nội.
2. Nguyễn Lâm Việt (2013). Điều trị suy tim: Cập nhật từ khuyến cáo mới năm 2012 của ESC và 2013 của ACC/AHA, *Tạp chí Tim mạch Việt Nam*. 54, 23-6.
3. Nguyễn Lâm Việt (2014). *Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản y học, Hà nội.
4. Nguyễn Ngọc Huyền và Nguyễn Tiến Dũng (2013). Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại bệnh viện đa khoa trung ương thái nguyên, *Tim mạch học Việt Nam*. 64, 26-33.
5. Nguyễn Lâm Việt và các cộng sự (2010). Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003-2007, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 52, 11-18.

TIẾNG ANH

6. Ahmad-Ali A.K et al (2014). Self Care Behaviors among Elderly with Chronic Heart Failure and Related Factors, *Pak. J. Biol.* 17, 1161-1169.
7. American Heart Association (2009). *Heart disease and stroke statistics: Our guide to current statistics and the supplement to our heart and stroke facts*, update 25/9/2016, at web <http://www.americanheart.org>.
8. American Heart Association (AHA) (2010). *Heart disease and stroke statistics.*, update 19/9/2016, at web http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1265665152970DS-3241%20HeartStrokeUpdate_2010.pdf.

9. Anoop S.V et al (2013). Global association of air pollution and heart failure: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet*. 382(9897), 1039-1048.
10. Arcand J. et al (2011). A high-sodium diet is associated with acute decompensated heart failure in ambulatory heart failure patients: A prospective follow-up study, *Am J Clin Nutr*. 93, 332-337.
11. Arcury T. A et al (2009). Oral health self-care behaviors of rural older adults, *Journal Public Health Dental*. 69(3), 182-189.
12. Barnes D. and Benjamin S. (1987). The self-care assessment schedule (SCAS)- The purpose and construction of a new assessment of self care behaviours, *J Psychosom Res*. 31, 191- 202.
13. Cameron. J. et al (2009). Measuring self-care in chronic heart failure: a review of the psychometric properties of clinical instruments, *J Cardiovasc Nurs*. 24(6), E10-22.
14. Connelly C.E. (1993). An empirical study of a model in self-care in chronic illness, *Clin Nurs Spec*. 7, 247 - 253.
15. Dennison C. R. et al (2011). Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self care confidence in hospitalized patients, *The Journal of cardiovascular nursing*. 26(5), 359-367.
16. Dickstein K. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008, *European Heart Journal*. 29, 2388-2442.
17. Dickstein K. et al (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *European Heart Journal*. 29(19), 2388-2442.

18. Dodd M.J (1984). Measuring informational intervention for chemotherapy knowledge and self-care behavior, *Res Nurs Health*. 7, 43 - 50.
19. Douglas L .M, Douglas P. Z and Peter L. (2015). Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine, *Heart failure with a preseved ejection fraction*, 557-567.
20. Fateme S., Seyyed M.E and Sedighe A. M (2011). Self-care behavior and affecting factors among patients with heart failure in Iran, *Saudi Med J*. 32(10), 1034-1038.
21. Gallagher R., Luttik M.L and Jaarsma T. (2011). Social Support and Self-care in Heart Failure, *Journal of Cardiovascular Nursing*.
22. Gallagher R., Luttik M. L and Jaarsma T. (2011). Social support and self-care in heart failure, *J Cardiovasc Nurs*. 26(6), 439-445.
23. Ghasem A. D et al (2012). Study of the self-care agency in patients with heart failure, *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 4(4), 203 - 208.
24. Go A.S and Roger V.L (2014). Executive summary: heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association, *Circulation*. 129(3), 399-410.
25. Helen Goodman et al (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*. 50(7), 945-953.
26. Liu M. H. et al (2014). A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure, *J Nurs Res*. 22(2), 136-145.

27. Heo S. et al (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure, *International Journal of Nursing Studies*. 45(12), 1807-1815.
28. Holst M. et al (2007). Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care, *European Journal of cardiovascular Nursing*. 6, 153-159.
29. Jaarsma T. et al (2000). Self-care behavior of patients with heart failure, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 14, 112-119.
30. Jaarsma T. et al (2009). The European heart failure self-care behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument, *European Journal Heart Failure*. 11, 99-105.
31. Jaarsma T. et al (2000). Self-care and quality of life in patients with advance heart failure: The effect of a supportive educational intervention, *Heart Lung*. 29(5), 319- 330.
32. Jaarsma T. et al (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale, *European Journal of Heart Failure*. 5(3), 363-370.
33. Jackson J. L and Emery C. F (2011). Illness knowledge moderates the influence of coping style on quality of life among women with congestive heart failure, *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 40(2), 122-129.
34. Jemal B. et al (2014). Predictors of Adherence to Self-care Behaviour among Patients with Chronic Heart Failure Attending Jimma University Specialized Hospital Chronic Follow up Clinic, South West Ethiopia, *Journal of Cardiovascular Diseases & Diagnosis*.

35. Kato N. et al (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan, *HEART LUNG*. 38(5), 398-409.
36. Lee C. S et al (2009). Gender Differences in Heart Failure Self-Care: A Multinational Cross-Sectional Study, *International Journal of Nursing Studies*. 46(11), 1485-1495.
37. Liu M.H et al (2014). A correlational study of illness knowledge, self-care behaviors, and quality of life in elderly patients with heart failure, *The Journal of Nursing Research*. 22(2), 136-145.
38. Macabasco-O'Connell A. et al (2011). Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure, *J Gen Intern Med*. 26(9), 979-986.
39. Maria F.W, Joan K. and Michele A. H (2014). Self-Care Guide for the Heart Failure Patient, *Circulation*. 129(3), e293-e294.
40. McMurray J.J et al (2012). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *Eur Heart J*. 33, 1787-1847.
41. Miller. C.A. (2010). Nursing for wellness in older adults. *Lippincott Williams & Wilkins*.
42. Moser D.K and Watkins J.F (2008). Conceptualizing self-care in heart failure a life course model of patient characteristics, *Journal of Cardiovascular Nursing*. 23, 205-218.

43. Nguyen T.M.H, Tsai F. and Khatri N. (2010). Venous Thromboembolism in Hospitalized Patients With Heart Failure: Incidence, Prognosis, and Prevention, *Circulation: Heart Failure*. 3, 165-173.
44. Orem D.E (1995). *Nursing: Concept of Practice*, 5th, ed, St. Louis, MO: C. V. Mosby.
45. Orem D.E (2001) *Nursing: Concept of Practice*, 6th, ed, St. Louis, MO: C. V. Mosby.
46. Riegel B. et al (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index, *Journal of Cardiac Failure*. 10(4), 350-360.
47. Riegel B. and Dickson (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care, *Journal of Cardiovascular Nursing*. 23(3), 190-196.
48. Riegel B. et al (2010). Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study, *International Journal of Nursing Studies*. 47(7), 888-895.
49. Riegel B. et al (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries, *J Cardiac Failure*. 15(6), 508-16.
50. Riegel B. et al (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association, *Circulation*. 120(2), 1141-1163.
51. Sayers S. L et al (2008). Social support and self-care of patients with heart failure, *Annals of Behavioral Medicine*. 35(1), 70-79.

52. Sui X. et al (2008). A propensity matched study of the association of education and outcomes in chronic heart failure, *International Journal of Cardiology*. 129(1), 93-99.
53. Trojahn M.M et al (2013). Predictors of Better Self-Care in Patients with Heart Failure after Six Months of Follow-Up Home Visits, *Nursing Research and Practice*. 2013, 254-352.
54. van der Wal M. H et al (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patient's beliefs about compliance, *Heart Lung*. 36(4), 253-261.
55. van der Wal M. H. L and Jaarsma T. (2008). Adherence in heart failure in the elderly: Problem and possible solutions, *International Journal of Cardiology*. 125(2), 203-208.
56. van der Wal M. H. L, Jaarsma T. and van Veldhuisen D. J (2005). Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it?, *European Journal Heart Failure*. 7(1), 5-17.
57. Zimet G. D et al (1988). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*. 52(1), 30-41.

PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

Mã số :

Ngày :

A. THÔNG TIN VỀ ĐẶC ĐIỂM CÁ NHÂN

Hãy đánh dấu (✓) trong hoặc viết câu trả lời của ông/bà vào chỗ trống

(.....)

1. Họ và tên:

2. Tuổi

3. Giới: Nam

Nữ

- 4. Địa chỉ:
 Số điện thoại:
5. Ngày vào viện: Số vào viện:.....
6. Tình trạng hôn nhân:
 Độc thân Kết hôn
 Ly hôn Góa vợ (hoặc chồng)
7. Trình độ học vấn cao nhất:
 Không đi học Cấp 3
 Cấp 1 Đại học, cao đẳng
 Cấp 2 Sau đại học
8. Điều kiện sống
 Một mình Chỉ 2 ông bà
 Với gia đình
9. Chi phí điều trị : Thẻ bảo hiểm Tự chi trả
10. Bệnh kèm theo
 Không Có..... Kể rõ
 Tăng huyết áp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn
 Đái tháo đường tính
 Khác: Chỉ rõ

B. PHẦN CÂU HỎI VỀ TỰ CHĂM SÓC BẢN THÂN

Hướng dẫn: Phần câu hỏi này sẽ hỏi về khả năng tự chăm sóc bản thân của Ông/bà. Phần trả lời cho mỗi câu hỏi chia làm 5 mức độ từ “**rất không đồng ý**” ... “**không có ý kiến gì**” ... đến “**rất đồng ý**”. Làm ơn chọn 1 ý mà Ông/bà cho rằng phù hợp với mình nhất bằng cách điền dấu “√” vào ô trống tương ứng:

Câu hỏi	Rất đồng ý = 5	Đồng ý = 4	Không ý kiến gì = 3	Không đồng ý = 2	Rất không đồng ý = 1
1. Tôi tự theo dõi cân nặng hàng ngày					
2. Nếu bị khó thở, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng					
3. Nếu chân/ bàn chân của tôi bị phù, tôi					

sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng					
4. Nếu tôi tăng 2kg trong 1 tuần, tôi sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng					
5. Tôi hạn chế lượng dịch đưa vào hàng ngày (không quá 1,5-2 lít /ngày)					
6. Nếu tôi thấy mệt mỗi tăng lên, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng					
7. Tôi ăn nhạt					
8. Tôi uống thuốc theo đơn bác sĩ					
9. Tôi tập luyện thường xuyên					

C. PHẦN CÂU HỎI VỀ HỖ TRỢ XÃ HỘI

Hướng dẫn: Chúng tôi quan tâm ý kiến của Ông/bà về những câu hỏi sau. Phần trả lời cho mỗi câu hỏi chia làm 7 mức độ từ “**rất không đồng ý**” ... “**không có ý kiến gì**” ... đến “**rất đồng ý**”. Ông/bà hãy đọc kỹ câu hỏi và cho biết ý kiến của mình về mỗi câu hỏi đó bằng cách tích “√” vào ô vuông tương ứng:

Câu hỏi	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Không đồng ý vừa	Không ý kiến gì	Đồng ý vừa	Đồng ý	Rất đồng ý
1. Có một người đặc biệt ở bên cạnh khi tôi cần đến							
2. Có một người đặc biệt để tôi có thể chia sẻ niềm vui và nỗi buồn							
3. Gia đình thực sự rất cố gắng giúp đỡ tôi							
4. Gia đình luôn giúp đỡ và hỗ trợ về tinh thần khi tôi cần							
5. Có một người đặc biệt mà người đó là nguồn an ủi cho tôi							
6. Bạn bè thực sự cố gắng giúp đỡ tôi							
7. Tôi luôn cậy nhờ được bạn bè khi tôi gặp khó khăn							
8. Tôi có thể nói về những vấn đề của mình với gia đình							
9. Tôi có những người bạn mà tôi có thể chia sẻ niềm vui và nỗi buồn							
10. Có một người đặc biệt luôn quan tâm đến cảm xúc của tôi							

11. Gia đình luôn sẵn sàng giúp tôi đưa ra các quyết định							
12. Tôi có thể nói về những vấn đề của mình với bạn bè							

D. PHẦN CÂU HỎI VỀ KIẾN THỨC SUY TIM

Ông/bà hãy đọc cẩn thận mỗi câu hỏi và sau đó là chọn từ 3 câu trả lời. Hãy tích “✓” vào một câu trả lời cho mỗi câu hỏi:

3. Người bệnh suy tim nặng cần tự theo dõi cân nặng bao lâu một lần?

- . Hàng tuần
- . Thỉnh thoảng
- . Hàng ngày

4. Tại sao người bệnh suy tim cần tự theo dõi cân nặng thường xuyên là quan trọng?

- . Vì nhiều bệnh nhân suy tim thường không thấy ngon miệng
- . Để kiểm cơ thể có tích dịch không
- . Để đánh giá liều thuốc dùng thích hợp

3. Hàng ngày ông/bà được phép đưa vào bao nhiêu dịch?

- . Tôi đa là 1,5 – 2,5 lít
- . Càng ít dịch vào càng tốt
- . Càng nhiều dịch vào càng tốt

4. Lời phát biểu nào trong những phát biểu sau ông/bà cho là đúng?

- . Khi tôi bị ho nhiều, tốt hơn là tôi không nên uống thuốc suy tim
- . Khi tôi thấy khỏe hơn, tôi có thể ngừng uống thuốc suy tim
- . Tôi cần phải uống thuốc suy tim đều đặn hàng ngày là rất quan trọng

5. Khi tôi bị khó thở hoặc bị phù việc cần thiết nhất tôi phải làm là gì?

- . Gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng
- . Đợi đến lần kiểm tra tiếp theo
- . Uống giảm thuốc

6. Nguyên nhân gì có thể làm cho triệu chứng suy tim nặng lên?

- . Chế độ ăn giàu chất béo
- . Cảm lạnh hoặc cúm
- . Ít tập vận động

7. Suy tim nghĩa là gì?

- . Là tim không có khả năng bơm đủ máu đi khắp cơ thể

- . Là một người không vận động đủ và trong tình trạng xấu
- . Là có máu đông trong các mạch máu ở tim

8. Tại sao bệnh nhân suy tim thường bị phù chân?

- . Vì các van trong các mạch máu ở chân không hoạt động tốt
- . Vì các cơ ở chân không nhận đủ ôxy
- . Vì chân bị tích dịch

9. Tim có chức năng gì?

- . Hấp thụ chất dinh dưỡng ở máu
- . Bơm máu đi khắp cơ thể
- . Cung cấp máu có ôxy

10. Tại sao người bệnh suy tim phải ăn nhạt?

- . Muối gây tích dịch
- . Muối gây co mạch máu
- . Muối làm tăng nhịp tim

11. Nguyên nhân chính của suy tim là gì?

- . Nhồi máu cơ tim và huyết áp cao
- . Các vấn đề về phổi và dị ứng
- . Béo phì và đái tháo đường

12. Lời phát biểu nào đúng trong những phát biểu về việc tập luyện dành cho người bệnh suy tim là đúng?

- . Điều quan trọng là tập luyện càng ít càng tốt tại nhà để giảm gánh nặng cho tim
- . Điều quan trọng là cần tập luyện tại nhà và nghỉ ngơi thường xuyên
- . Điều quan trọng là cần tập luyện tại nhà càng nhiều càng tốt

13. Tại sao bệnh nhân suy tim cần phải uống thuốc lợi tiểu?

- . Để giảm huyết áp
- . Tránh tích dịch trong cơ thể
- . Bởi vì họ có thể uống nhiều hơn.

14. Lời phát biểu nào trong những phát biểu sau về việc tăng trọng lượng và bệnh suy tim là đúng?

- . Trường hợp tăng quá 2kg trong 2-3 ngày, ông/bà cần báo với bác sĩ trong lần kiểm tra tiếp theo
- . Trường hợp tăng quá 2kg trong 2-3 ngày, ông/bà cần báo cho bác sĩ hoặc điều dưỡng
- . Trường hợp tăng quá 2kg trong vòng 2-3 ngày, ông/bà cần ăn ít đi.

15. Khi ông/bà khát nước ông/bà nên làm gì là tốt nhất?

- . Ngậm một viên đá
- . Ngậm một cái kẹo
- . Uống nhiều dịch

Xin chân thành cảm ơn ông/bà đã trả lời các câu hỏi!

Ngày tháng

năm

Người phỏng

vấn

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

TÊN ĐỀ TÀI: Thực trạng hành vi tự chăm sóc và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi suy tim đang được điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt nam Cu ba- Đồng hới - Quảng bình năm 2017

Tên, địa chỉ, điện thoại của cơ quan chủ trì nghiên cứu: Trường đại học điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên - thành phố Nam Định.

Tên, địa chỉ, điện thoại của nghiên cứu viên chính: Nguyễn Thị Hồng Hải

- Cơ quan công tác: Trường Trung cấp Y tế Quảng Bình-Tổ dân phố 14-Nam Lý-Đồng Hới- Quảng Bình

- Điện thoại: 01689938233.

Mục đích của nghiên cứu:

Nâng cao hành vi tự chăm sóc bản thân ở người cao tuổi suy tim

Qui trình nghiên cứu:

Người tham gia nghiên cứu sẽ trả lời bộ câu hỏi tự điền dưới sự hướng dẫn của nghiên cứu viên.

Quyền lợi khi tham gia:

1. Được cung cấp thông tin đầy đủ về nội dung nghiên cứu, lợi ích và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu.

2. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, không bị ép buộc và có quyền tự ý rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị phân biệt đối xử.

3. Được bảo vệ, chăm sóc trong suốt quá trình nghiên cứu, không phải trả chi phí trong quá trình tham gia nghiên cứu.

4. Các thông tin bí mật, riêng tư của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo, các số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

Sau khi đã được nhóm nghiên cứu giải thích các nguy cơ có thể xảy ra, tôi đồng ý tham gia. Việc tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện.

Ngày tháng năm

Người tình nguyện tham gia

(Ký và ghi rõ họ tên)

Thư viện số NDUN