

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH**



**NGUYỄN THỊ THẨM**

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH  
PHÒNG BIẾN CHỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO  
ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN  
ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH 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 THẨM**

**THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH  
PHÒNG BIÊN CHỨNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO  
ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN  
ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH NĂM 2017**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG**

Mã số: 60.72.05.01

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

**TS. TRẦN CHIẾN THẮNG**

**NAM ĐỊNH – 2017**

## TÓM TẮT

Để tìm hiểu thực trạng kiến thức và thực hành về phòng các biến chứng do bệnh đái tháo đường, những yếu tố nào liên quan tới kiến thức và thực hành phòng biến chứng ở người bệnh đái tháo đường. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “**Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2017**”. Với các mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường; (2) Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện qua phỏng vấn 333 người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2017

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành về phòng biến chứng bệnh đái tháo đường đạt yêu cầu lần lượt là 51,1% và 43,8%. Trong đó 65,2% biết thế nào là bệnh đái tháo đường, 67% biết các biến chứng của bệnh, 82% biết biến chứng của bệnh là có thể dự phòng, tuy nhiên chỉ có 57,1% biết các biện pháp phòng biến chứng của bệnh. Có 60,5% thường xuyên ăn các món xào rán, 78,7% có thực hiện các hoạt động thể lực, 56,6% thực hành hoạt động thể lực hằng ngày và chỉ có 20,4% người bệnh có mang theo đồ ăn khi luyện tập hoạt động thể lực

Trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới tính, nghề nghiệp và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu với kiến thức và thực hành phòng biến chứng bệnh đái tháo đường ( $p < 0,05$ ). Nhóm tuổi  $< 60$  tuổi có kiến thức và thực hành đạt cao hơn nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi. Nhóm nam có kiến thức và thực hành đạt yêu cầu cao hơn so với nhóm nữ. Nhóm đối tượng nghiên cứu là cán bộ, công nhân viên chức và nghỉ hưu có kiến thức và thực hành đạt cao hơn nhóm đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp tự do. Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn càng cao thì có kiến thức và thực hành đạt yêu cầu càng tốt.

## LỜI CẢM ƠN

Với lòng biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn tập thể thầy cô trong Ban Giám hiệu, phòng Sau đại học, cô giáo chủ nhiệm cùng các giảng viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã hết lòng nhiệt tình truyền thụ kiến thức và luôn hỗ trợ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu tại trường. Cùng cảm ơn các bạn học viên lớp cao học Điều dưỡng khóa II đã luôn đồng hành, giúp đỡ tôi trong quá suốt khóa học

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc nhất tới TS Trần Chiến Thắng, người thầy đã tận tình dìu dắt và dành nhiều thời gian hướng dẫn, giúp đỡ tôi trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên, Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh đã tạo điều kiện, giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu. Tôi cũng xin cảm ơn những người bệnh đã phối hợp và giúp đỡ tôi trong quá trình thu thập số liệu.

Cuối cùng, tôi xin cảm ơn gia đình, bạn bè và đồng nghiệp đã ủng hộ và giúp đỡ tôi nhiệt tình trong quá trình học tập và nghiên cứu của mình.

Xin trân trọng cảm ơn!

*Nam Định, ngày 15 tháng 11 năm 2017*

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Thị Thắm**

## LỜI CAM ĐOAN

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

*Nam Định, ngày 15 tháng 11 năm 2017*

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Thị Thắm**

Thư viện số NDUN

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ADA (American Diabetes Association): Hiệp hội đái tháo đường Mỹ

BCBC: Biến chứng bàn chân

BVĐK: Bệnh viện đa khoa

CBCN-VC: Cán bộ công nhân – viên chức

ĐTĐ: Đái tháo đường

ĐTNC: Đối tượng nghiên cứu

IDF (International Diabetes Federation): Liên đoàn đái tháo đường thế giới

THCS: Trung học cơ sở

THPT: Trung học phổ thông

TC/CD/ĐH/SĐH: trung cấp/cao đẳng/đại học/sau đại học

WHO (World Health Organization): Tổ chức Y tế thế giới

Thư viện số MDU

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3. 1 Đặc điểm nhân khẩu học.....	33
Bảng 3. 2 Đặc điểm kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu .....	34
Bảng 3. 3 Đặc điểm tiền sử bệnh .....	35
Bảng 3. 4. Kiến thức về bệnh và biến chứng của bệnh ĐTĐ .....	36
Bảng 3. 5. Kiến thức về điều trị bệnh ĐTĐ.....	36
Bảng 3. 6. Kiến thức về chế độ ăn phòng biến chứng bệnh ĐTĐ .....	37
Bảng 3. 7. Kiến thức về luyện tập phòng biến chứng bệnh ĐTĐ.....	37
Bảng 3. 8. Kiến thức về theo dõi phong biến chứngbệnh ĐTĐ .....	38
Bảng 3. 9. Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng.....	39
Bảng 3. 10 Thực hành về ăn, uống phòng biến chứng.....	39
Bảng 3. 11. Thực hành về luyện tập phòng biến chứng.....	40
Bảng 3. 12. Thực hành về tuân thủ dùng thuốc .....	40
Bảng 3. 13. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức.....	42
Bảng 3. 14. Mối liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với kiến thức .....	43
Bảng 3. 15. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với thực hành.....	44
Bảng 3. 16. Mối liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với thực hành.....	45
Bảng 3. 17. Mối liên quan kiến thức với thực hành phòng biến chứng.....	45

**DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ**

Hình 1. 1 Khung nghiên cứu.....	24
Biểu đồ 3. 1 Kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ .....	38
Biểu đồ 3. 2 Thực hành chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ .....	41

Thư viện số NDUN



## MỤC LỤC

TÓM TẮT.....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
LỜI CAM ĐOAN.....	iii
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	iv
DANH MỤC BẢNG.....	v
DANH MỤC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ.....	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Định nghĩa đái tháo đường.....	4
1.2. Chẩn đoán và phân loại bệnh đái tháo đường.....	4
1.3. Biến chứng.....	7
1.4. Phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2.....	12
1.5. Các nghiên cứu về kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ.....	17
1.6. Địa bàn nghiên cứu.....	23
1.7. Khung nghiên cứu.....	24
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	25
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	25
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	25
2.4. Cỡ mẫu.....	25
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	26
2.6. Công cụ nghiên cứu.....	26
2.7. Quy trình nghiên cứu.....	27
2.8. Biến số nghiên cứu.....	28
2.9. Tiêu chuẩn đánh giá.....	28
2.10. Xử lý số liệu.....	30

2.11. Đạo đức trong nghiên cứu.....	30
2.12. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục.....	31
Chương 3: KẾT QUẢ.....	33
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	33
3.2. Kiến thức và thực hành phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2.....	36
3.3. Yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2.....	42
Chương 4: BÀN LUẬN.....	46
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	46
4.2. Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của ĐTNC.....	49
4.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của ĐTNC.....	56
KẾT LUẬN.....	62
KHUYẾN NGHỊ.....	63
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
PHỤ LỤC 1: Thỏa thuận đồng ý tham gia nghiên cứu	
PHỤ LỤC 2: Phiếu phỏng vấn kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type2	
PHỤ LỤC 3: Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2	
PHỤ LỤC 4: Danh sách đối tượng tham gia nghiên cứu	
Nhận xét luận văn thạc sĩ của phản biện 1	
Nhận xét luận văn thạc sĩ của phản biện 2	
Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ	
Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ	

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 là một bệnh mãn tính không lây, liên quan đến dinh dưỡng và lối sống, bệnh có tốc độ phát triển rất nhanh ở nhiều nước trên thế giới. Hầu hết những người bị bệnh ĐTĐ thường gặp ở các nước có mức thu nhập thấp và mức thu nhập trung bình [26]. Năm 2010 theo ước tính, trên thế giới có khoảng 285 triệu người trưởng thành từ 20-79 tuổi bị ĐTĐ, con số đó tiếp tục gia tăng mạnh mẽ ở các nước đang phát triển [34]. Theo Liên đoàn đái tháo đường quốc tế, năm 2014 có 387 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh ĐTĐ với tỷ lệ hiện mắc là 8,3% [29]. Năm 2015 số người bị bệnh ĐTĐ là 415 triệu và dự đoán đến năm 2040 số người mắc bệnh sẽ tăng lên 642 triệu [28].

Việt Nam là một quốc gia đang phát triển nhanh chóng về kinh tế xã hội, cùng với sự thay đổi lối sống, đã góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ type 2 chung của cả thế giới [34]. Theo kết quả công bố của “Dự án phòng chống Đái tháo đường Quốc gia” do Bệnh viện Nội tiết Trung Ương thực hiện năm 2012 cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ ở Việt Nam trong 10 năm qua đã tăng gấp đôi, tỷ lệ mắc bệnh là 5,7% [3].

Biến chứng của bệnh ĐTĐ là nguyên nhân dẫn đến sự gia tăng khuyết tật, làm giảm chất lượng cuộc sống và làm tăng gánh nặng về kinh tế cho toàn xã hội. Bệnh ĐTĐ là vấn đề nổi cộm của ngành y tế ở thế kỷ 21[31]. Năm 2012, ước tính có khoảng 1,5 triệu ca tử vong trực tiếp gây ra bởi bệnh ĐTĐ và 2,2 triệu ca tử vong là do lượng đường trong máu cao. Gần một nửa số ca tử vong do đường máu cao xảy ra ở lứa tuổi dưới 70 [37]. Năm 2015 hơn 5 triệu người tử vong do bệnh, trung bình cứ 6 giây có 1 người chết vì ĐTĐ [28].

Các biến chứng của bệnh ĐTĐ như: bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại vi, đột quy, bệnh lý thần kinh, hoại tử chi, tổn thương thận, giảm thị lực đang làm tăng tỷ lệ người khuyết tật, giảm tuổi thọ và kéo theo đó là những khoản chi phí khổng lồ cho cộng đồng bị bệnh. Năm 2011, chi phí đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người bị ĐTĐ lên tới 465 tỷ đô la, chiếm 11% tổng số ngân sách y tế

cho nhóm người từ 20-79 tuổi [30]. Chi phí chủ yếu dành cho điều trị biến chứng của ĐTĐ, bao gồm biến chứng về tim mạch, đột quỵ, cắt cụt chi, suy thận và mù lòa [7]. Năm 2014 chi phí để theo dõi và điều trị ít nhất gần 612 tỉ đô la [29], và đến năm 2015 chi phí này đã tăng lên trong khoảng từ 673 tỷ đô la đến 1197 tỷ đô la [28].

Việc phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ được thực hiện tốt khi người bệnh có kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng biến chứng của bệnh. Nếu người bệnh ĐTĐ tuân thủ điều trị tốt, thay đổi chế độ ăn uống, hoạt động thích hợp thì họ sẽ giảm nguy cơ mắc các biến chứng, có cơ hội sống như người khỏe mạnh bình thường. Tuy nhiên, có tới 75,5% số người mắc bệnh ĐTĐ có kiến thức rất thấp về bệnh ĐTĐ [3]. Việc truyền thông, tư vấn, cung cấp những kiến thức về bệnh, kiến thức thực hành phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ cho người bệnh là rất thiết thực trong việc kiểm soát đường huyết và phòng ngừa một số biến chứng của bệnh.

Để tìm hiểu thực trạng hiện có bao nhiêu người bệnh có kiến thức, thực hành đúng về phòng các biến chứng do bệnh ĐTĐ, những yếu tố nào liên quan tới kiến thức, thực hành phòng các biến chứng ở người bệnh ĐTĐ. Từ đó xây dựng kế hoạch truyền thông giáo dục phòng biến chứng của bệnh cho người bệnh ĐTĐ. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành đề tài **“Thực trạng kiến thức và thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2017”**

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2017
2. Xác định một số yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2017

Thư viện số NDUN

## Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Định nghĩa đái tháo đường

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), đái tháo đường là một bệnh mãn tính xảy ra hoặc khi tuyến tụy không sản xuất đủ insulin hoặc khi cơ thể không thể sử dụng hiệu quả insulin mà nó sản xuất. Insulin là một hormon điều chỉnh đường huyết. Tăng đường huyết, hoặc đường trong máu tăng, là một biểu hiện của bệnh đái tháo đường không được kiểm soát và theo thời gian dẫn đến hậu quả nghiêm trọng cho nhiều hệ thống của cơ thể, đặc biệt là các dây thần kinh và mạch máu [38].

Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2015, ĐTĐ là một nhóm bệnh lý chuyển hóa với đặc trưng tăng glucose máu do hậu quả khiếm khuyết tiết insulin hoặc khiếm khuyết tác dụng insulin hoặc do cả hai. Tăng glucose máu mãn tính trong bệnh ĐTĐ phối hợp với thương tổn, rối loạn chức năng và suy nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, mạch máu [22].

### 1.2. Chẩn đoán và phân loại bệnh đái tháo đường

#### 1.2.1. Chẩn đoán

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2 của Bộ Y tế năm 2017 [5], tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

- Tiêu chuẩn 1: Glucose huyết tương lúc đói (fasting plasma glucose: FPG)  $\geq$  126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Bệnh nhân phải nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ), hoặc:
- Tiêu chuẩn 2: Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g (oral glucose tolerance test: OGTT)  $\geq$  200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của WHO: Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp,

dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3 ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày.

- Tiêu chuẩn 3: HbA1c  $\geq$  6,5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.
- Tiêu chuẩn 4: Ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ  $\geq$  200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

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

Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán đái tháo đường là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần  $\geq$  126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTĐ [5].

### **1.2.2. Phân loại bệnh đái tháo đường**

Theo WHO, ADA và IDF, đái tháo đường được chia làm 4 loại: ĐTĐ type 1, ĐTĐ type 2, ĐTĐ thai kỳ và các type đặc biệt khác.

#### **1.2.2.1. Đái tháo đường type 1**

Đái tháo đường type 1 là bệnh tự miễn, đặc trưng là sự huỷ hoại tế bào sản xuất insulin của tuyến tụy. Nó chiếm 3-5% trong tất cả các thể của bệnh ĐTĐ, sự sống của những người ĐTĐ type 1 luôn phụ thuộc vào việc tiêm insulin, tuổi khởi bệnh thường gặp ở lứa tuổi nhi đồng và thanh thiếu niên, tuy nhiên vẫn có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi [30]. Đa số các trường hợp được chẩn đoán ĐTĐ type 1 thường là người có thể trạng gầy, tuy nhiên người béo cũng không loại trừ.

#### **1.2.2.2. Đái tháo đường type 2**

Thường xảy ra ở người lớn tuổi > 40 tuổi, nhưng đôi khi cũng xảy ra ở trẻ nhỏ có tính gia đình. Đặc trưng bởi rối loạn hoạt động hay tiết Insulin: thay đổi từ đề

kháng Insulin chiếm ưu thế với thiếu Insulin tương đối đến khiếm khuyết tiết insulin chiếm ưu thế kèm đề kháng Insulin hay không. Thường không được chẩn đoán trong nhiều năm vì mức độ tăng glucose máu không trầm trọng, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện tình cờ. ĐTĐ type 2 chiếm khoảng hơn 95% trong các thể của ĐTĐ [30]. Vì vậy, trong nội dung nghiên cứu này chúng tôi chỉ nghiên cứu về ĐTĐ type 2

Tuy nhiên, do có sự thay đổi nhanh chóng về lối sống, thói quen ăn uống, ĐTĐ type 2 đang có xu hướng phát triển nhanh ở người trẻ tuổi. ĐTĐ type 2 thường được chẩn đoán rất muộn vì giai đoạn đầu tăng glucose máu tiến triển âm thầm không có triệu chứng. Khi có biểu hiện lâm sàng thường kèm theo các rối loạn khác về chuyển hoá lipid, các biểu hiện bệnh lý về tim mạch, thần kinh, thận... nhiều khi các biến chứng này đã ở mức độ rất nặng.

Người mắc bệnh ĐTĐ type 2 có thể điều trị bằng cách thay đổi thói quen, kết hợp dùng thuốc để kiểm soát glucose máu, tuy nhiên nếu quá trình này thực hiện không tốt thì bệnh nhân cũng sẽ phải điều trị bằng cách dùng insulin.

#### **1.2.2.3. Đái tháo đường thai kỳ**

ĐTĐ thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose máu với các mức độ khác nhau khởi phát hay được phát hiện đầu tiên khi có thai. Dù dùng Insulin hay chỉ tiết thực để điều trị và ngay cả khi ĐTĐ vẫn còn tồn tại sau khi sinh. Định nghĩa này không loại trừ tình trạng rối loạn chuyển hóa glucose đã xảy ra trước hay xảy ra cùng lúc khi có thai mà không được nhận biết trước đó [19].

#### **1.2.2.4. Các thể đái tháo đường khác**

Nguyên nhân liên quan đến một số bệnh, thuốc, hoá chất [5]

- Khiếm khuyết chức năng tế bào beta
- Giảm hoạt tính của Insulin do gen.
- Bệnh lý của tụy ngoại tiết.
- Do các bệnh Nội tiết khác.
- Nguyên nhân do thuốc hoặc hóa chất khác.
- Nguyên nhân do nhiễm trùng.



- Các thể ít gặp, các hội chứng về gen.

### 1.3. Biến chứng

ĐTĐ nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh sẽ tiến triển nhanh chóng và xuất hiện các biến chứng cấp và mạn tính. Người bệnh có thể tử vong do biến chứng này.

#### 1.3.1. Biến chứng cấp tính

##### 1.3.1.1. Hạ đường huyết

Hạ đường huyết là biến chứng rất thường gặp ở người bệnh ĐTĐ, là một trong những biến chứng cấp tính rất nguy hiểm ở người bệnh ĐTĐ, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Hạ đường huyết là hậu quả của tình trạng mất cân bằng giữa hai quá trình cung cấp và tiêu thụ glucose trong máu.

Nồng độ glucose huyết tương lúc đói  $< 2,8$  mmol/l là hạ đường huyết nặng, còn khi lượng glucose máu  $< 3,9$  mmol/l đã bắt đầu được xem là có hạ đường huyết. Cũng cần lưu ý rằng ở người bệnh trẻ tuổi có xu hướng biểu hiện lâm sàng ở mức glucose huyết tương cao hơn ( $3,8$  mmol/l) so với người trưởng thành ( $3,1$  mmol/l) [5].

Tùy theo mức glucose trong huyết tương sẽ có những biểu hiện lâm sàng tương ứng [14]

- Hạ đường huyết mức độ nhẹ là cơn hạ đường huyết có biểu hiện giao cảm: nhịp tim nhanh, run tay, đánh trống ngực, và vã mồ hôi.
- Hạ đường huyết trung bình là cơn hạ đường huyết có biểu hiện thần kinh: giảm độ tập trung, lú lẫn nhìn mờ, đau đầu, thay đổi hành vi, dễ bị kích thích, ngủ gà.
- Hạ đường huyết nặng là cơn hạ đường huyết gây ra tình trạng thần kinh nặng, biểu hiện lâm sàng bằng hôn mê, mất cảm giác hoặc những cơn co giật.

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

### **1.3.1.2. Hôn mê nhiễm toan xeton**

Nhiễm toan Xeton-hôn mê do nhiễm toan Xeton là một biến chứng nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, nguyên nhân là do thiếu Insulin trầm trọng gây ra những rối loạn nặng trong chuyển hoá protid, lipid và carbohydrat. Tình trạng bệnh lý này bao gồm bộ ba rối loạn sinh hóa nguy hiểm, gồm: tăng glucose máu, nhiễm ceton, nhiễm toan, kèm theo các rối loạn nước điện giải. Đây là một cấp cứu nội khoa cần phải được theo dõi tại khoa điều trị tích cực [4]. Với các biểu hiện: buồn nôn và nôn, khát nhiều, uống nhiều và đái nhiều, mệt mỏi, chán ăn, đau bụng, nhìn mờ, nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, da khô nóng, thở kiểu Kusmaul, suy giảm ý thức và/hoặc hôn mê, hơi thở có mùi ceton, sụt cân [5].

Nhiễm toan xeton là một trong những nguyên nhân thường khiến người bệnh phải vào viện và là nguyên nhân tử vong cao nhất trong các biến chứng cấp tính của ĐTĐ. Những trường hợp nhiễm toan nặng có thể bị hôn mê và tử vong, tỷ lệ tử vong do hôn mê nhiễm toan xeton có thể từ 5-10%. Khoảng 20-40% bệnh nhân mới được chẩn đoán phải vào viện điều trị do nhiễm toan [15].

Các nguyên nhân và yếu tố khởi phát nhiễm toan xeton thường gặp bao gồm: ĐTĐ không được chẩn đoán và điều trị, bỏ tiêm Insulin, các bệnh cấp tính như nhiễm trùng nặng, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, chấn thương...

### **1.3.1.3. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu**

Tăng áp lực thẩm thấu là tình trạng xảy ra do tăng đường máu rất cao kèm theo tình trạng mất nước nặng, không có nhiễm toan xeton hoặc nhiễm toan xeton rất nhẹ. Tăng áp lực thẩm thấu nặng dẫn đến hôn mê tăng áp lực thẩm thấu. Thường gặp ở người mắc đái tháo đường type 2 trên 60 tuổi, nữ thường gặp hơn nam [5].

Bệnh có tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong cao ngay cả khi được cấp cứu ở những trung tâm có đầy đủ phương tiện và có những chuyên gia giỏi, nếu có qua khỏi cũng thường để lại di chứng. Tăng áp lực thẩm thấu máu do tăng glucose máu không nhiễm toan ceton có thể gặp ở người chưa bao giờ được chẩn đoán đái tháo đường type 2 và thường là nguyên nhân phải vào viện cấp cứu ở người bệnh đái tháo đường type 2. Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu tăng glucose máu có nhiều điểm

giống với hôn mê nhiễm toan ceton. Tuy nhiên có nhiều điểm khác nhau, nhất là về mức độ tổn thương. Đặc điểm chính của bệnh là tăng glucose máu, mất nước và điện giải. Người hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu tăng glucose máu không nhiễm toan ceton có đặc điểm lớn nhất là mất nước, đa phần là mất nước nặng. Thường khi đã có triệu chứng rối loạn ý thức trên lâm sàng, lượng nước mất có thể chiếm tới 25% trọng lượng cơ thể [4].

Trong các biến chứng hôn mê của bệnh nhân ĐTĐ thì hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu chiếm 5 – 10% và tỷ lệ tử vong do hôn mê tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường máu có thể lên đến 15% [14].

### **1.3.2. Biến chứng mãn tính**

#### **1.3.2.1 Biến chứng tim mạch**

Bệnh động mạch vành và đột quy xuất hiện thường xuyên hơn ở bệnh nhân ĐTĐ là nguyên nhân phổ biến nhất làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Người mắc bệnh ĐTĐ có nguy cơ mắc hội chứng mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim, rung nhĩ, đột quy, bệnh mạch máu ngoại biên và đột tử cao gấp 3-4 lần so với người không bị ĐTĐ [14].

Tăng huyết áp thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ, tỷ lệ mắc bệnh chung của tăng huyết áp ở người bệnh ĐTĐ thường cao gấp đôi so với người bình thường. Trong ĐTĐ type 2 có 50% ĐTĐ mới được chẩn đoán có tăng huyết áp [35]. Ngoài ra tỷ lệ biến chứng não ở bệnh nhân ĐTĐ gấp 1,5-2 lần, viêm động mạch chi dưới gấp 5-10 lần so với người bình thường. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình, khoảng 80% người bệnh ĐTĐ mắc thêm các bệnh liên quan đến tim mạch [1].

#### **1.3.2.2. Biến chứng thận**

Biến chứng thận do ĐTĐ là một trong những biến chứng quan trọng trong số biến chứng mãn tính bởi những đặc điểm của nó ngoài làm tổn thương thận dẫn tới tàn phế và tử vong đối với người bệnh mà còn ảnh hưởng rất xấu tới sự xuất hiện và tiến triển của các biến chứng mãn tính khác: tăng huyết áp, bệnh lý mạch máu, nhiễm toan, bệnh lý võng mạc mắt...[14]. Biến chứng là một trong những biến chứng thường gặp, tỷ lệ vào khoảng 40% bệnh thận ĐTĐ, tỷ lệ biến chứng tăng

theo thời gian. Bệnh thận do ĐTĐ là nguyên nhân thường gặp nhất gây suy thận giai đoạn cuối.

Người bệnh ĐTĐ type 1 chưa có biến chứng khi mới mắc bệnh, nếu không điều trị đúng và đầy đủ, sau 20 năm, khoảng 30-40% người bệnh sẽ có biến chứng ở thận. Người bệnh ĐTĐ type 2 có thể có albumin niệu ngay lúc mới chẩn đoán, nếu không điều trị tích cực, khoảng 15-20% sẽ có bệnh thận ĐTĐ, song số lượng bệnh nhân ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ rất lớn nên thực sự số bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối chủ yếu là bệnh nhân ĐTĐ type 2 [4].

Để hạn chế tổn thương thận do ĐTĐ ngoài vấn đề điều trị glucose huyết còn phải phối hợp điều trị tốt các yếu tố nguy cơ và tăng huyết áp, quan tâm tới chế độ ăn hạn chế đạm và muối khi có suy thận [14].

### **1.3.2.3. Biến chứng mắt**

Biến chứng mắt do ĐTĐ là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp. Biến chứng xuất hiện sớm như giảm thị lực, đục thủy tinh thể, glaucome. Đặc biệt gây mù mắt. Ngay tại thời điểm được chẩn đoán là mắc bệnh ĐTĐ thì có 21% người bệnh được chẩn đoán đã có bệnh lý võng mạc do ĐTĐ và sau 20 năm được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ 100% bệnh nhân đã có biến chứng bệnh lý võng mạc do ĐTĐ [15].

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ luôn là yếu tố nguy cơ cao nhất của bệnh lý võng mạc ĐTĐ. Thời gian mắc ĐTĐ càng dài thì tỷ lệ và mức độ nặng của bệnh lý võng mạc càng tăng. Đối với người có tuổi, người mắc ĐTĐ type 2, do bệnh ĐTĐ đã tiến triển nhiều năm trước khi được chẩn đoán vì vậy đa số người bệnh đã có biểu hiện bệnh lý võng mạc do ĐTĐ. Các biểu hiện thường gặp là giảm thị lực, tăng nhãn áp. Bệnh lý võng mạc do ĐTĐ là nguyên nhân hàng đầu của mù ở người 20 – 60 tuổi. Vì vậy, cần phải khám các bác sỹ chuyên khoa mắt ngay sau khi được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ [14].

Đục thủy tinh thể là tổn thương mắt thường gặp ở người bệnh ĐTĐ, ở người < 65 tuổi bị đục thủy tinh thể gấp 3-4 lần người không mắc ĐTĐ. Tỷ lệ đục thủy tinh

ở người ĐTĐ tương quan với tuổi, thời gian mắc bệnh, tình trạng hút thuốc và mức độ tăng đường huyết kéo dài.

#### **1.3.2.4. Biến chứng bàn chân**

Bàn chân đái tháo đường theo định nghĩa của WHO và sự thống nhất của nhóm chuyên gia quốc tế về bàn chân đái tháo đường là nhiễm trùng, loét và/ phá hủy các mô sâu có kết hợp với những bất thường về thần kinh và các mức độ khác nhau về của bệnh mạch máu ngoại biên ở chi dưới. Tỷ lệ bị bệnh lý bàn chân của người bị đái tháo đường thay đổi rất khác nhau tùy theo điều kiện kinh tế, xã hội của từng quốc gia, từng khu vực. Ở các nước đang phát triển tỉ lệ bệnh lý bàn chân đái tháo đường khoảng 5%. Nhưng ở các nước đang phát triển tỉ lệ này cao hơn, có thể đến 40% [4].

Biến chứng bàn chân ở người bệnh ĐTĐ là một biến chứng nguy hiểm, có thể phải cắt cụt cả bàn chân hoặc cẳng chân, gây tàn phế suốt đời cho người bệnh. Ban đầu là nhiễm trùng và có kết hợp với bệnh lý về thần kinh, mạch máu. Sau viết nhiễm trùng bị loét, có thể gây nên hậu quả nghiêm trọng. Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng tỉ lệ tổn thương bàn chân ở người bệnh đái tháo đường điều trị nội trú là 25,32% [18]. Một thông báo của WHO tháng 3 - 2005 cho thấy có tới 15% số người mắc bệnh đái tháo đường có liên quan đến bệnh lý bàn chân, 20% số người phải nhập viện do nguyên nhân bị loét chân. Bệnh nhân ĐTĐ phải cắt cụt chi dưới nhiều gấp 15 lần so với người không bị ĐTĐ, chiếm 45-70% tổng số các trường hợp cắt cụt chân [8]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong phương pháp điều trị cũng như các biện pháp phòng ngừa tích cực nhưng vẫn có khoảng 10-15% các bệnh nhân ĐTĐ phải cắt cụt chi trong suốt cuộc đời họ [14].

#### **1.3.2.4. Biến chứng thần kinh**

Bệnh thần kinh do ĐTĐ gặp khá phổ biến, khoảng 30% người bệnh ĐTĐ có biểu hiện của biến chứng này. Người bệnh ĐTĐ type 2 thường có biểu hiện thần kinh ngay tại thời điểm được chẩn đoán bệnh. Bệnh thần kinh do ĐTĐ thường gặp: viêm đa dây thần kinh, bệnh đơn dây thần kinh, bệnh thần kinh thực vật, bệnh thần kinh vận động gốc chi.

### 1.3.2.6. Biến chứng nhiễm khuẩn

Người bị bệnh ĐTĐ thường nhạy cảm với tất cả các loại nhiễm khuẩn do có nhiều yếu tố thuận lợi. Dễ bị nhiễm trùng: lao, nhiễm siêu vi và vi trùng, nhất là nhiễm trùng đường tiểu dai dẳng và tái phát nhiều lần nhất là đường tiểu thấp, làm dễ cho viêm thận bể thận ngược dòng và suy thận. Nhiễm trùng da và niêm mạc: nhọt tụ cầu vàng, viêm âm hộ, viêm bao qui đầu..., đôi khi chính bối cảnh nhiễm trùng này làm khởi phát ĐTĐ có sẵn. Có thể gặp nhiễm khuẩn ở nhiều cơ quan khác như: viêm răng lợi, viêm tủy xương, viêm túi mật sinh hơi, nhiễm nấm ...[19].

### 1.4. Phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2

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

Để điều trị bệnh cũng như phòng chống bệnh ĐTĐ có hiệu quả, không thể chỉ trông chờ vào cơ quan y tế, vào kỹ thuật tiên tiến mà bản thân người bệnh và toàn xã hội phải tự thấy có trách nhiệm, từ việc tuyên truyền giáo dục, đến việc cải tiến công nghệ thực phẩm, thay đổi lối sống thực hiện chế độ ăn uống hợp lý kết hợp với gia tăng vận động. Điều này không chỉ để phòng bệnh ĐTĐ mà còn góp phần vào việc phòng ngừa các biến chứng của bệnh nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của cộng đồng nói chung và của người bệnh ĐTĐ nói riêng.

Để phòng ngừa tốt các biến chứng của bệnh ĐTĐ người bệnh cần phải nắm rõ kiến thức chung về bệnh cũng như kiến thức về theo dõi và phòng biến chứng của bệnh để từ đó tự thực hành đúng phòng các biến chứng của bệnh một cách tốt nhất.

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ type 2 của Bộ Y tế [5] nguyên tắc điều trị ĐTĐ gồm: Kiểm soát lượng glucose máu đến mức gần giới hạn bình

thường, ngăn ngừa các biến chứng, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống. Để đạt mục đích này cần dựa vào 4 loại hình quản lý đái tháo đường:

- Quản lý dinh dưỡng bằng chế độ ăn hợp lý.
- Tăng cường hoạt động thể lực thích hợp.
- Điều trị bằng thuốc khi cần thiết theo chỉ dẫn của bác sỹ.
- Người bệnh tự theo dõi đường huyết và đi khám định kỳ.

Các nguyên tắc để phòng tốt các biến chứng của bệnh ĐTD theo khuyến cáo của ADA [21],[22],[23]. Người bệnh cần có kiến thức về bệnh, về biến chứng của bệnh, biết cách kiểm soát được bệnh và biến chứng.

**Theo dõi, kiểm soát tốt đường huyết và biết được ngưỡng đường huyết cần phải đạt:**

- Theo khuyến cáo, đối với người bệnh đang tiêm insulin nhiều lần hoặc được điều trị bằng insulin cần phải biết tự theo dõi đường huyết vài lần trong ngày. Đối với người bệnh ít tiêm thường xuyên, điều trị bằng thuốc uống hay điều chỉnh chế độ ăn thì việc tự theo dõi đường huyết là rất hữu ích.
- Với người bệnh có đường huyết ổn định thì đo HbA1c ít nhất 2 lần mỗi năm.
- Với người bệnh đang điều chỉnh thuốc hay đường huyết chưa đạt mục tiêu thì cần đo HbA1c 4 lần mỗi năm.
- Theo khuyến cáo, đối với những người bệnh mới bị ĐTD và không có bệnh mạch vành thì mục tiêu HbA1c <6,5%.
- Theo khuyến cáo, cho những người bệnh từng bị hạ đường huyết nghiêm trọng, có biến chứng mạch máu nhỏ và lớn hoặc trên người bệnh lâu năm khó đạt mục tiêu điều trị kể cả khi đã dùng insulin thì mục tiêu HbA1c <8%.
- Duy trì mức cholesterol theo khuyến cáo < 200 mg/dl.
- Duy trì huyết áp < 130/80 mmHg: Theo khuyến cáo, người bệnh cần đo huyết áp mỗi lần khám bệnh. Với những người bệnh THA cần điều trị thuốc hạ áp và thay đổi lối sống bao gồm: giảm cân nếu có thừa cân, giảm rượu bia, chế độ ăn giảm muối, tăng kali

**Tuân thủ điều trị thuốc:** người bệnh cần tuyệt đối tuân thủ điều trị thuốc theo chỉ định của bác sĩ, uống thuốc đúng giờ, đúng liều lượng, nếu quên uống thì không được uống bù vào thời gian sau đó [23].

### **Chế độ dinh dưỡng:**

*Mục tiêu chung :*

- Đưa mức đường huyết về càng gần bình thường càng tốt.
- Bảo vệ tim mạch, kiểm soát huyết áp, chống lại các loại chất béo có hại cho tim mạch. Giữ cân nặng ở mức hợp lý.
- Ngăn chặn hay làm chậm xuất hiện các biến chứng của ĐTĐ.
- Bảo vệ sức khỏe giúp người bệnh cảm thấy luôn luôn khỏe mạnh, lạc quan và tuân thủ tốt chế độ ăn.

Tuy nhiên không có một chế độ ăn áp dụng chung cho mọi người mà cần phải xây dựng một chế độ ăn thích hợp cho từng cá nhân. Chế độ ăn riêng cho từng cá nhân phụ thuộc vào các yếu tố sau: Mức cân nặng, giới tính, nghề nghiệp (mức độ lao động nhẹ, trung bình, nặng), thói quen và sở thích.

*Một chế độ dinh dưỡng thích hợp phải đáp ứng được các yêu cầu:*

- Đủ năng lượng cho hoạt động bình thường và phải đáp ứng phù hợp với những hoạt động khác như hoạt động thể lực hoặc những thay đổi điều kiện sống...
- Tỷ lệ cân đối giữa các thành phần đạm, mỡ, đường.
- Đủ vi chất.
- Chia nhỏ bữa ăn cho phù hợp và tránh tăng đột ngột glucose máu

*Chế độ ăn từng người phải tuân theo quy tắc chung sau:*

- Tinh bột và chất béo chưa bão hoà chiếm 60-70% năng lượng. Nên chọn thực phẩm tự nhiên còn giữ chất dinh dưỡng, chất xơ và hấp thu chậm như: ngô, khoai, đậu phụ...
- Chất đạm chiếm 15-20% nhu cầu năng lượng, nên chọn đạm có nguồn gốc từ thực vật để cung cấp các acid béo không no cần thiết như đậu tương. Đối



với đậm động vật ít chất béo hoặc có nhiều acid béo chưa no thì nên ưu tiên ăn cá.

- Nên chọn thực phẩm có ít chất béo hòa tan và ít chất béo đồng phân như: Cá và thịt nạc, vừng, lạc... Ngoài ra cũng nên chọn các thực phẩm có hàm lượng mỡ thấp, hoặc sử dụng dầu, bơ thực vật như dầu cá, dầu đậu nành, vừng, dầu lạc
- Hạn chế các loại chất béo bão hòa và các loại chất béo đã qua chế biến, các loại phủ tạng động vật như tim, gan, óc, bầu dục, lòng lợn.
- Các thực phẩm nên hạn chế như: Com, miến dong, bánh mì (chỉ nên ăn tối đa 1 lần/1 loại/1 ngày), các món ăn rán, quay
- Chất xơ: các thực phẩm có nhiều chất xơ, chỉ số đường huyết thấp như rau củ. Nên ăn nhiều các loại rau xanh như: cải bẹ xanh, rau muống, rau ngót, rau cần, bắp cải... từ 300-400 gram mỗi ngày.
- Không dùng các loại thức ăn có thành phần đường hấp thu nhanh như đường, mứt, bánh kẹo, các loại hoa quả ngọt như: chuối, mít, xoài nhãn, dứa.... Khi cần bổ sung chất đường, nên chọn các loại trái cây nhưng lượng trái cây cũng phải vừa đủ, không nên lạm dụng. Các loại hoa quả ít ngọt như dứa, cam, quýt, táo mật...
- Không uống các loại nước ngọt, nước có ga, rượu, bia.
- Không hút thuốc lá, nếu có hút cần phải bỏ thuốc.
- Nên chia làm nhiều bữa ăn trong ngày, gồm 3 bữa chính và các bữa phụ (lý tưởng là 5-6 bữa/ngày). Nên có bữa ăn phụ trước khi đi ngủ để đề phòng biến chứng hạ đường huyết khi ngủ.
- Duy trì trọng lượng cơ thể lý tưởng, nếu có béo phì, cần phải giảm cân.

#### **Chế độ luyện tập:**

- Hoạt động thể lực, thể dục thể thao đều đặn là một việc cần và tốt cho mọi người và đặc biệt rất tốt cho người bệnh ĐTĐ.

- Hoạt động thể lực làm cơ thể tiêu thụ đường máu dễ dàng, do đó làm giảm đường máu. Luyện tập đúng và khoa học làm cho tinh thần hoạt bát, nhanh nhẹn sáng khoái, làm tăng sức đề kháng của cơ thể với các stress.
- Hoạt động thể lực ở người ĐTĐ type 2 giúp điều chỉnh đường huyết thông qua việc làm giảm tình trạng kháng insulin nhờ giảm cân nặng, nhất là những người thừa cân, béo phì.

*Nguyên tắc của hoạt động thể lực:*

- Phải coi hoạt động thể lực là một biện pháp điều trị, phải thực hiện nghiêm túc theo trình tự được hướng dẫn.
- Hoạt động thể lực phải phù hợp với lứa tuổi, tình trạng sức khỏe của cá nhân.
- Hoạt động thể lực với cường độ trung bình, tối thiểu 30 phút mỗi ngày bằng cách đi bộ nhanh, đạp xe đạp hoặc các bài tập thể dục tương tự, phù hợp với tình trạng sức khỏe, thể lực và lối sống của người bệnh.
- Trước khi tập thì nên ăn từ 60-90 phút. Quan trọng là phải có giai đoạn khởi động và thư giãn bằng các bài tập cường độ thấp.
- Duy trì luyện tập thích hợp 30-60 phút/ngày, 5 ngày/tuần. Người bệnh nên tập thể dục ít nhất 150 phút/tuần, ít nhất 3 ngày trong tuần và không được gián đoạn quá 2 ngày.
- Trong và sau khi tập nên uống đủ nước.
- Trong khi tập nên mang theo thức ăn có đường hấp thu nhanh như: đường, kẹo, bánh... để phòng hạ đường huyết.

**Chăm sóc bàn chân:** Kiểm tra bàn chân hằng ngày, luôn giữ an toàn, phát hiện sớm các tổn thương ở chân. Việc chăm sóc, theo dõi bàn chân hằng ngày là một thói quen rất quan trọng để đề phòng biến chứng cắt cụt chi. Bao gồm kiểm tra các chỗ tấy đỏ, vết loét, rửa sạch, lau khô. Nên sử dụng giày, dép vừa chân, không đi chân đất. móng chân cần được cắt ngắn, những chỗ chai cứng cần được bôi kem làm mềm da, nên kiểm tra chân vào mỗi buổi tối trước khi đi ngủ hay sau khi hoạt động thể lực. Khi có dấu hiệu ngứa chân, tấy đỏ hay tê bì mất cảm giác thì cần đến khám

bác sỹ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Theo khuyến cáo nên đi khám kiểm tra biến chứng bàn chân từ 3 đến 6 tháng/1 lần.

**Theo dõi, kiểm tra mắt:**Theo khuyến cáo, người bệnh cần kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp để làm giảm nguy cơ hay giảm tiến triển của bệnh lý võng mạc. Nếu khám mắt bình thường nhiều lần, tần suất khám có thể giảm đi, nếu có bệnh lý võng mạc tiến triển thì cần khám thường xuyên hơn. Khám lâm sàng 6 tháng/1 lần với người phát hiện bệnh < 5 năm, 3 tháng/1 lần với người phát hiện bệnh  $\geq$  5 năm. Chụp đáy mắt từ 6 đến 12 tháng/1 lần tùy theo mức độ tổn thương lâm sàng.

**Theo dõi chức năng thận:** nên kiểm tra albumine niệu vi thể ít nhất 1 lần/năm: Theo khuyến cáo, để giảm nguy cơ hay tiến triển của bệnh thận thì người bệnh cần kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp. Kiểm tra creatinine niệu ít nhất mỗi năm một lần trên các người bệnh có albumine niệu.

**Khuyến cáo tầm soát bệnh thần kinh:** tất cả người bệnh nên được tầm soát bệnh đa dây thần kinh ngoại biên, đối xứng ngay tại thời điểm chẩn đoán bệnh và ít nhất mỗi năm/ lần bằng những test đơn giản trên lâm sàng.

## 1.5. Các nghiên cứu về kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ

### 1.5.1. Thế giới

Tại Ấn Độ, tác giả Varal N Shah và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh và phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2 trên 238 người bệnh của vùng Saurashtra kết quả nghiên cứu cho thấy 63% người bệnh không biết về bệnh ĐTĐ, gần 60% người bệnh không biết hậu quả của bệnh, 38,23% người bệnh cho rằng bệnh ĐTĐ có thể chữa khỏi. Đa số người bệnh không kiểm tra đường huyết thường xuyên do chủ quan về bệnh và biến chứng của bệnh. Nghiên cứu cũng tìm thấy các yếu tố có liên quan đến kiến thức và thực hành của người bệnh, trong đó trình độ học vấn thấp là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất, do đó vấn đề không biết chữ là trở ngại lớn cho việc quản lý bệnh ĐTĐ ở các người bệnh này. Việc các ĐTNC được bác sỹ tư vấn các kiến thức về bệnh, kiến thức về tự chăm sóc và kiến thức về phòng biến chứng của bệnh giúp cho người bệnh thực hành phòng biến chứng tốt hơn điều đó được thể hiện rõ trong nghiên cứu [36].

Nghiên cứu về kiến thức thực hành chăm sóc bàn chân của Awole Seid trên 313 người bệnh ĐTĐ tại Ethiopia cho thấy tỷ lệ có kiến thức tốt là 56,2% và có kiến thức kém là 43,8%. Về thực hành chăm sóc chân có 54,6% tốt và 45,4% có thực hành chăm sóc bàn chân kém. Nghiên cứu cho thấy 4,2% những người được hỏi kiểm tra bàn chân của họ hàng ngày. 59,1% có sấy khô chân sau khi rửa, 72,5% không bao giờ sử dụng kem. Nghiên cứu này cho thấy rằng tuổi, học vấn, tình trạng hôn nhân, thời gian điều trị bệnh có liên quan đến kiến thức và thực hành chăm sóc bàn chân [24].

Nghiên cứu trên 117 người bệnh ĐTĐ của Karam Padma (2012) cho thấy có 66,67% trả lời một cách chính xác về bản chất di truyền của bệnh, 89,74% trả lời một cách chính xác về bản chất không truyền nhiễm của bệnh. 93,16% trả lời rằng bệnh tiểu đường có thể được chẩn đoán bằng xét nghiệm đường huyết, 61,68% đã nhận thức được tầm quan trọng của tập thể dục đối với việc kiểm soát bệnh, 75,21% cho biết rằng thay đổi trong chế độ ăn là điều cần thiết cho sự kiểm soát của bệnh, 62,39% cho rằng bỏ hút thuốc hoặc uống rượu có lợi cho việc kiểm soát đường huyết. 75,21% cho rằng nên tiếp tục dùng thuốc ngay cả sau khi kiểm soát lượng đường trong máu, 63,25% trả lời bệnh ĐTĐ không điều trị khỏi [32]

Theo nghiên cứu của tác giả Fakir M. Amirul Islam và các cộng sự, nghiên cứu được tiến hành trên 3.104 người trưởng thành tại một huyện ở Bangladesh với kết quả chỉ 50% biết ít vận động là một yếu tố nguy cơ, trong 99 người mắc bệnh ĐTĐ đã được chẩn đoán có hơn 50% không bao giờ kiểm tra lượng đường huyết kể từ khi được chẩn đoán. Những người dưới 35 tuổi có thái độ tích cực hơn so với những người trên 65 tuổi. Chỉ có 41% những người trên 65 tuổi cho rằng thay đổi chế độ ăn uống sẽ giúp kiểm soát được bệnh ĐTĐ, trong khi ở người dưới 35 tuổi là 69% [27].

Nghiên cứu của William Kiberenge Maina (2011) và cộng sự trên 1982 người dân có độ tuổi từ 13 đến 65 tuổi tại Kenya cho thấy 71% số người được hỏi có kiến thức kém về các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh ĐTĐ, 73,9% không thể xác định một cách chính xác các nguyên nhân có thể của bệnh đái tháo đường, 73,4% có rất

ít hoặc không có kiến thức về các biến chứng của bệnh tiểu đường. 72,8% có kiến thức kém về biến chứng của bệnh. Có sự khác biệt đáng kể về mức độ kiến thức giữa các giới tính, tỷ lệ những phụ nữ có kiến thức tốt là 26,8% so với 27,7% ở nam giới. Nghiên cứu này cũng cho thấy có mối liên hệ giữa trình độ học vấn và kiến thức về bệnh của ĐTNC. Người bệnh có kiến thức tốt sẽ có thực hành tốt hơn so với những người bệnh có kiến thức không tốt [33].

### **1.5.2. Việt Nam.**

Nghiên cứu của Bùi Khánh Thuận (2009) trên 100 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Nhân dân 115 thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có 53% người bệnh trả lời đúng trên 50% câu hỏi về chế độ ăn, 80% người bệnh trả lời đúng trên 50% câu hỏi hoạt động thể lực. Hơn 90% người bệnh đã đồng ý rằng chế độ ăn và hoạt động thể lực là quan trọng. Tuy nhiên chỉ có 72% người bệnh có hoạt động thể lực và một số ít người bệnh không tuân thủ chế độ ăn. Kết quả về kiến thức chung của người bệnh về chế độ ăn và luyện tập được xác định là có trên 62% người bệnh trả lời đúng 50% câu hỏi. Có mối liên quan giữa thái độ và kiến thức, giữa kiến thức và hành vi, không có mối liên quan giữa thái độ và hành vi [17].

Năm 2010, Trần Trung Kiên nghiên cứu trên 130 người bệnh ĐTĐ type 2 tại BVĐK Hòa Bình tỉnh Bạc Liêu cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về các yếu tố nguy cơ chỉ chiếm 30%, tỷ lệ không biết gì chiếm 11,54%. 68,46% người bệnh có hiểu biết rõ về triệu chứng căn bệnh của mình. Kiến thức của người bệnh về dinh dưỡng chưa đầy đủ chiếm tỷ 83,85%. Trong nghiên cứu có tới 88,46% người bệnh có kiến thức về tập luyện ở mức tốt. Tuy vậy, vẫn còn 9,23% người bệnh không có kiến thức về tập luyện. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về biến chứng trong chỉ đạt 23,08%. Có 11,54% thực hành tốt về dinh dưỡng, 59% người bệnh thực hành tập luyện tốt, 44,62% người bệnh thực hành dùng thuốc ở mức độ tốt, 55,38% người bệnh thực hành dùng thuốc chưa tốt, 18,46% người bệnh có thực hành tốt để phòng ngừa biến chứng hạ đường huyết và loét chân. Số có thực hành chưa đầy đủ chiếm 73,08% và có 8,46% người bệnh hoàn toàn không thực hành gì để phòng ngừa biến chứng. Nghiên cứu cũng cho thấy người bệnh có kiến thức tốt

về dinh dưỡng, dùng thuốc và biến chứng thì có tỷ lệ thực hành tốt về các lĩnh vực này cao hơn các người bệnh khác. Thực hành về tập luyện chưa có mối liên quan với kiến thức [11].

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

Nghiên cứu của Trần Văn Hải (2011) tại tỉnh Hậu Giang cho thấy trong 162 đối tượng ĐTĐ chưa có biến chứng, tỷ lệ người có kiến thức và thực hành đúng về biến chứng của bệnh chỉ chiếm 25,9%. Có 45,7% số đối tượng là có thực hành đúng. Có 40,1% thực hành tốt bằng cách tự tìm hiểu, nghiên cứu như đọc, nghe hay xem trên các phương tiện đại chúng, sách báo,... về cách nhận diện và phòng chống các biến chứng của bệnh. Có 42,3% biết cách theo dõi và chăm sóc bàn chân của mình mỗi ngày, 38,8% có kiểm tra huyết áp thường xuyên. Việc ăn uống đúng cách và rèn luyện thân thể thường xuyên chiếm tỷ lệ cũng khá cao, lần lượt là 22,8% và 35,6%, Tuy nhiên, chỉ có 21,6% đối tượng có kiểm tra định kỳ đường máu, 8,6% có khám mắt định kỳ và có đi xét nghiệm chức năng thận 6 tháng/lần. Qua khảo sát cho thấy có sự liên quan giữa kiến thức và thực hành ( $p < 0.05$ ). Người có kiến thức đúng thì thực hành đúng chiếm tỷ lệ cao (54,8%). Ngược lại, người có kiến thức không đúng thì có tỷ lệ thực hành rất thấp (15,8%) [10].

Đánh giá về kiến thức, thực hành phòng biến chứng hạ đường huyết trên 204 người bệnh ĐTĐ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương của Trần Minh Nguyệt cho

thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành về phòng biến chứng hạ đường huyết đạt chưa cao với 40,2% có kiến thức đúng và 58,8% thực hành đúng. Có mối liên quan thuận, có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn với kiến thức thực hành của người bệnh ĐTĐ, giữa thời gian mắc bệnh và tiền sử hạ đường huyết với kiến thức phòng hạ đường huyết ( $p < 0,05$ ) [12].

Nghiên cứu của Đặng Thị Hằng Thi và cộng sự (2012) trên 347 người bệnh ĐTĐ type2 tại Bệnh viện 19-8 Bộ công an cho kết quả: tỷ lệ người bệnh có kiến thức phòng biến chứng ĐTĐ đạt yêu cầu là 62,8%. Tỷ lệ người bệnh biết cần làm các loại xét nghiệm đường máu để đánh giá kiểm soát đường huyết trong điều trị là 29,4% và 26,1% người bệnh biết biện pháp tốt nhất phòng biến chứng bàn chân. Chỉ có 34,0% người bệnh biết các yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng bàn chân, 19% người bệnh biết hút thuốc lá có ảnh hưởng xấu đến bàn chân, 32,3% người bệnh biết cách để phát hiện sớm BCBC. Có 66% đạt thực hành phòng biến chứng bàn chân. Chỉ có 3,2% khám định kỳ phát hiện sớm các vấn đề bàn chân, 10,2% có thói quen ăn nhiều hoa quả ngọt trong tuần; 27,1% có thói quen hay ăn đồ xào rán; 18,7% nam giới hút thuốc; có tới 16,5% không đi giày/dép khi luyện tập. Có 67,4% người bệnh thường xuyên ngâm/rửa chân; Tỷ lệ người bệnh thường xuyên kiểm tra bằng cách quan sát, sờ nắn bàn chân hàng ngày là 44,1%; 68,6% người bệnh còn đi chân trần quanh nhà. Nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh với kiến thức và thực hành phòng biến chứng bàn chân. Nhóm có kiến thức và thực hành tốt thì tỷ lệ biến chứng thấp. Có mối liên quan giữa kiến thức và thực hành [16].

Năm 2013, nghiên cứu của Bùi Thị Châm trên 182 người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bắc Giang cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng đái tháo đường đạt 67,5%, thực hành chung về phòng biến chứng đạt 58,5%. Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức phòng biến chứng đái tháo đường với nhóm tuổi dưới 60 có kiến thức chung cao gấp 1,9 lần nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Nhóm công nhân viên chức, hưu trí có tỷ lệ kiến thức cao gấp 1,87 lần nhóm

nghe tự do. Tỷ lệ thực hành chung đạt yêu cầu ở nhóm có kiến thức chung đạt yêu cầu cao gấp 1,93 lần so với nhóm có kiến thức chung không đạt yêu cầu [6].

Nghiên cứu của Trần Quang Bình và cộng sự (2015) trên 2580 người dân nông thôn vùng đồng bằng Sông Hồng về kiến thức và yếu tố liên quan đến ĐTĐ type 2 kết quả cho thấy 75% thiếu kiến thức về bệnh, hơn 65% nghĩ rằng không có cách chữa trị bệnh ĐTĐ, và hơn 90% không biết sự kết hợp thiết yếu của thuốc, chế độ ăn uống và hoạt động thể chất trong điều trị ĐTĐ type 2, chỉ có gần 10% dân số hiểu các khái niệm của bệnh, các yếu tố nguy cơ, biến chứng, các phương pháp phòng ngừa và điều trị. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và nghề nghiệp là những yếu tố quan trọng nhất liên quan đến kiến thức không đầy đủ [25].

Nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Ước (2015) trên 215 người bệnh ĐTĐ tại BVĐK thị xã Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng cho thấy có 27,4% đối tượng có kiến thức đạt, có 26,5% thực hành đạt về phòng biến chứng ĐTĐ type 2. Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung phòng biến chứng với nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tỉ lệ biến chứng. Thực hành chung có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, tiền sử gia đình ( $p < 0,05$ ) và kiến thức chung đạt thì thực hành chung đạt hơn 3,96 lần những người bệnh có kiến thức chung không đạt. Theo mô hình hồi quy logistic: Có 03 yếu tố liên quan ảnh hưởng đến thực hành chung là: giới tính, tiền sử gia đình và kiến thức chung [20].

Nghiên cứu của tác giả Đỗ Duy Phương (2015) trên 200 người bệnh ĐTĐ type 2 tại BVĐK khu vực Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ đạt yêu cầu chiếm 38% và tỷ lệ người bệnh có thực hành chung về phòng biến chứng đạt yêu cầu chiếm 31,5%. Trong đó nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có kiến thức chung không đạt cao hơn 3,63 lần so với nhóm tuổi dưới 60 tuổi. Nhóm nghề tự do có kiến thức chung không đạt cao gấp 9,3 lần so với nhóm CBCN- VC và nghỉ hưu. Nhóm có trình độ học vấn dưới THPT có kiến thức chung không đạt cao gấp 37 lần so với nhóm có trình độ từ THPT trở lên. Nhóm từ 60 tuổi trở lên có thực hành chung không đạt cao hơn 2,22 lần so với



nhóm tuổi dưới 60 tuổi, nhóm có thực hành chung không đạt cao gấp 31 lần so với nhóm CBCN-VC và nghỉ hưu, nhóm có trình độ học vấn dưới THPT thực hành chung không đạt cao gấp 20,24 lần so với nhóm có trình độ từ THPT trở lên [13].

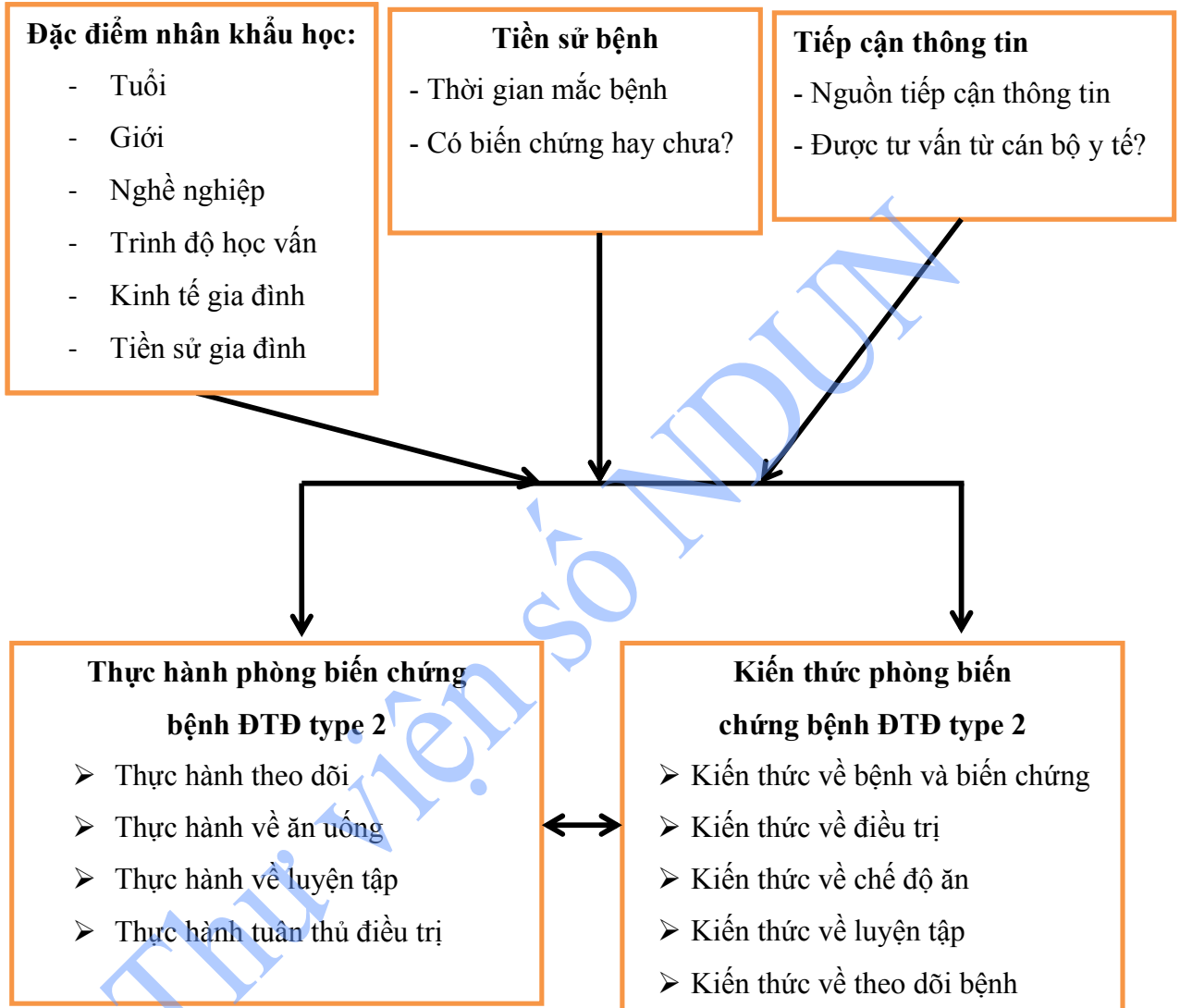
### **1.6. Địa bàn nghiên cứu**

Hà Tĩnh là tỉnh thuộc khu vực Bắc Miền Trung, bao gồm 1 thành phố trực thuộc tỉnh, 2 thị xã và 10 huyện. Năm 2015, dân số của tỉnh là 1.242.700 người, trong đó nữ giới chiếm 51%. Về phân bố dân số, tỉnh có 16% dân số sống ở thành thị, 84% dân số sống ở nông thôn. Về dân tộc chủ yếu là dân tộc kinh. Tỷ lệ hộ nghèo của tỉnh là 5,9 %.

Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh là bệnh viện công lập hạng 3 ở tỉnh Hà Tĩnh, là nơi tiếp nhận khám và điều trị cho người dân trên địa bàn thành phố Hà Tĩnh và các vùng lân cận. Bệnh viện có 13 khoa phòng: 4 phòng chức năng, 1 khoa cận lâm sàng và 8 khoa lâm sàng với 219 nhân viên. Năm 2017, Bệnh viện được giao chỉ tiêu 100 giường kế hoạch, 250 giường thực kê, theo báo cáo năm 2016 bệnh viện đã điều trị cho 12.075 người bệnh nội trú [2].

Khoa khám bệnh của bệnh viện có nhiệm vụ khám và điều trị cho người bệnh ngoại trú. Trong đó tỷ lệ người bệnh vào khám và điều trị ĐTD tại khoa càng ngày càng tăng đặc biệt là tỷ lệ bệnh ĐTD type 2. Theo số liệu báo cáo của bệnh viện số lượng người bệnh điều trị ĐTD ngoại trú năm 2014 là 798 người, năm 2015 là 988 người, đến năm 2016 số lượng người bệnh là gần 1384 người trong đó số người bệnh ĐTD type 2 là 1305. Hầu hết bệnh nhân ĐTD được quản lý bằng hồ sơ bệnh án ngoại trú. Hồ sơ bệnh án được làm một năm làm một lần và không mất chi phí, người bệnh đến khám và được cấp thuốc thuận tiện cho việc cán bộ y tế theo dõi sát diễn biến của người bệnh từ đó có thể kịp thời điều chỉnh, tư vấn cho người bệnh khi có diễn biến bất thường xảy ra.

### 1.7. Khung nghiên cứu



**Hình 1. 1 Khung nghiên cứu**

## Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được khám, chẩn đoán ĐTĐ type 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh từ tháng 03/2017 đến tháng 05/2017.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ type 2 có trong danh sách quản lý điều trị ngoại trú tại BVĐK thành phố Hà Tĩnh từ tháng 03/2017 đến tháng 05/2017
- Có sức khỏe tâm thần ổn định
- Khả năng giao tiếp tốt
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh nhập viện điều trị nội trú

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

#### 2.2.1. Thời gian thu thập số liệu

Từ tháng 03/2017 đến tháng 05/2017

#### 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa khám bệnh, BVĐK thành phố Hà Tĩnh

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu được áp dụng là phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.4. Cỡ mẫu

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

*Công thức tính cỡ mẫu:*

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

#### Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

p: tỷ lệ có thực hành đúng về phòng biến chứng của người bệnh ĐTĐ type 2, p = 0,265 ≈ 0,27 (theo nghiên cứu của Đặng Văn Ước) [20].

$$q = (1-p) = 1-0,27 = 0,73$$

d: Độ chính xác mong muốn, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy  $d = 0,05$

Z: Là độ tin cậy của xác suất với  $\alpha = 0,05$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

Thay vào công thức trên ta tính được  $n = 303$

Như vậy, số đối tượng tối thiểu cho nghiên cứu là 303, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy thêm 10% cỡ mẫu để đảm bảo độ tin cậy trong nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu là 333 bệnh nhân.

## 2.5. Phương pháp chọn mẫu

Tổng số người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại BVĐK thành phố Hà Tĩnh là 1305 người. Như vậy để thu thập đủ cỡ mẫu là 333, chúng tôi có hệ số  $k = 1305/333 = 3,9$  chúng tôi làm tròn xuống vậy khoảng cách mẫu là ( $k = 3$ )

Mỗi ngày đến lấy số liệu chúng tôi lập danh sách người bệnh theo thứ tự danh sách đăng ký khám bệnh. Làm ba phiếu thăm đánh số 01, 02, 03, bốc thăm chọn ngẫu nhiên một phiếu, phiếu bốc được có ghi số bao nhiêu thì chọn người bệnh đầu tiên có số thứ tự trong danh sách tương ứng, chọn người tiếp theo có hệ số khoảng cách là 3. Giả sử chọn ngẫu nhiên người bệnh đầu tiên có số thứ là 01, thì người tiếp theo là người có số thứ tự 04.

## 2.6. Công cụ nghiên cứu

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi soạn sẵn, phỏng vấn trực tiếp người bệnh. Bộ câu hỏi về kiến thức, thực hành phòng biến chứng ĐTĐ được xây dựng dựa vào những khuyến cáo phòng biến chứng ĐTĐ và các nghiên cứu đã trước [6],[20] được chỉnh sửa cho phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Đã tiến hành điều tra thử trên 30 người bệnh ĐTĐ type 2 đúng với tiêu chuẩn chọn mẫu trước khi tiến hành nghiên cứu để điều chỉnh sai sót trong bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi gồm 4 phần:

Phần A: Thông tin nhân khẩu học

Phần B: Thông tin về tiền sử bệnh

Phần C: Kiến thức, thực hành phòng biến chứng phòng bệnh đái tháo đường type 2

Phần D: Nguồn tiếp cận thông tin.

## 2.7. Quy trình nghiên cứu

- Liên hệ BVĐK thành phố Hà Tĩnh thông báo về nghiên cứu
- Người nghiên cứu tập huấn 2 cộng sự của mình để thống nhất cách phỏng vấn và ghi chép, 2 cộng sự là điều dưỡng làm việc tại khoa khám bệnh BVĐK thành phố Hà Tĩnh
  - Chuẩn bị in, photô phiếu phỏng vấn
  - Tiến hành kỹ thuật lấy mẫu ngẫu nhiên đơn
  - Người phỏng vấn sử dụng phiếu phỏng vấn, gặp và phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.
    - Thu thập số liệu bằng công cụ phiếu phỏng vấn, thời gian cho mỗi đối tượng khoảng 30 phút. Trước khi tiến hành phỏng vấn phải giới thiệu bản thân và trình bày lý do cho cuộc phỏng vấn này. Giải thích ngắn gọn cho đối tượng hiểu mục đích của nghiên cứu, những đóng góp của nghiên cứu cho cộng đồng để họ thấy sẵn lòng tham gia vào nghiên cứu. Giải thích cho đối tượng phỏng vấn về tính bảo mật thông tin, những thông tin mà đối tượng cung cấp sẽ được giữ bí mật và chỉ có nhóm nghiên cứu mới được tiếp cận thông tin này. Việc tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có thể dừng ở bất cứ thời điểm nào. Phải đưa đối tượng điều tra ký vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu (Phụ lục 1)
      - Người phỏng vấn lần lượt đọc từng câu hỏi trong bảng hỏi cho ĐTNC nghe và trả lời sau đó ghi nhận lại thông tin trên phiếu một cách phù hợp, trung thực.
      - Kết thúc cuộc phỏng vấn, người phỏng vấn hỏi lại ĐTNC có cần bổ sung, sửa đổi thông tin hay không, có thắc mắc gì không, nếu có phải giải đáp các thắc mắc này trong phạm vi có thể, nếu không ghi lại các câu hỏi và hẹn giải đáp sau.
      - Ngay khi phỏng vấn xong, người phỏng vấn cảm ơn đối tượng, sẽ kiểm tra lại phiếu thu thập số liệu để đảm bảo thông tin không bị bỏ sót. Tập hợp các phiếu theo thứ tự nhất định, tổng hợp số phiếu hàng ngày để thuận tiện cho việc nhập số liệu vào phần mềm.

## 2.8. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số thông tin nhân khẩu học của ĐTNC bao gồm: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, sống cùng ai, thu nhập hiện tại.
- Nhóm biến tiền bệnh bao gồm: mắc bệnh bao lâu, phát hiện trong trường hợp nào, đã có biến chứng gì chưa, gia đình có ai mắc bệnh.
- Nhóm biến số về kiến thức phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ
  - Kiến thức về bệnh và biến chứng của bệnh
  - Kiến thức về điều trị bệnh, phòng biến chứng
  - Kiến thức về chế độ ăn phòng biến chứng
  - Kiến thức về luyện tập phòng biến chứng
  - Kiến thức về theo dõi bệnh phòng biến chứng
- Nhóm biến số về thực hành phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ
  - Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng
  - Thực hành về ăn, uống phòng biến chứng
  - Thực hành về luyện tập phòng biến chứng
  - Thực hành về tuân thủ dùng thuốc
- Nhóm biến số về nguồn cung cấp thông tin cho ĐTNC bao gồm: các nguồn cung cấp thông tin, các thông tin mà ĐTNC nhận được

## 2.9. Tiêu chuẩn đánh giá

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

- Sử dụng phân loại hộ nghèo theo 59/2015/QĐ-TTg. Chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 – 2020: Hộ nghèo là hộ có mức thu nhập bình quân dưới 700.000 đồng/ người/tháng ở khu vực nông thôn và 900.000 đồng/người/ tháng ở khu vực thành thị.
- Hoạt động thể lực
  - + Loại hình hoạt động thể lực với cường độ cao ít nhất 2-3 lần/tuần, như: chạy, chơi thể thao (đá bóng, bóng chuyền, bóng bàn, chơi tennis, bơi lội, khiêu vũ...).

- + Loại hình hoạt động thể lực với cường độ trung bình: Tối thiểu 30 phút mỗi lần bằng cách đi bộ nhanh, đạp xe đạp...hoặc các bài tập thể dục tương tự phù hợp với tình trạng sức khỏe và lối sống của người bệnh.
- + Loại hình hoạt động thể lực với cường độ thấp: tập dưỡng sinh, yoga, làm các công việc nhẹ ở nhà như nội trợ..
- Đường huyết được cho là kiểm soát tốt khi đường huyết khi đói dưới 7 mmol/l hoặc đường huyết sau ăn 7 – 8 mmol/l
- Mức huyết áp được khuyến cáo cho người bệnh ĐTD là <130/80 mmHg.
- Tuân thủ dùng thuốc là khi người bệnh tuân thủ điều trị dùng thuốc đều đặn đúng thuốc, đúng liều lượng và đúng giờ.
- Các trường hợp quên dùng thuốc (uống/tiêm) thì nên hỏi ý kiến của bác sĩ, không nên dùng bù thuốc vào lần sau
- Những thực phẩm được gọi là ăn thường xuyên khi ăn từ 3 lần/tuần trở lên
- Những thực phẩm được gọi là ăn không thường xuyên khi ăn dưới 3 lần/tuần.

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

#### **❖ Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức**

- Đánh giá kiến thức về sử dụng 20 câu hỏi từ câu C1 đến câu C20. Các tiêu chuẩn đánh giá kiến thức ở mỗi câu hỏi chi tiết xem phụ lục 3
- Mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm.
- Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được  $\geq 70\%$  số câu hỏi [6],[20].

Kiến thức đạt khi trả lời được  $\geq 14$  điểm

Kiến thức không đạt khi trả lời được  $< 14$  điểm

#### **❖ Tiêu chuẩn đánh giá thực hành**

- Đánh giá thực hành sử dụng 22 câu hỏi từ câu C21 đến câu C42. Các tiêu chuẩn đánh giá thực hành ở mỗi câu hỏi chi tiết xem phụ lục 3
- Mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm.

- Tiêu chuẩn đánh giá thực hành đạt khi đối tượng nghiên cứu trả lời được  $\geq 70\%$  số câu hỏi [6],[20].

Thực hành đạt khi trả lời được  $\geq 16$  điểm

Thực hành thức không đạt khi trả lời được  $< 16$  điểm

## **2.10. Xử lý số liệu**

### **2.10.1. Kiểm tra dữ liệu**

Mỗi phiếu khảo sát khi phỏng vấn yêu cầu trả lời đầy đủ, sau khi hoàn tất được kiểm tra ngay về tính phù hợp của những câu trả lời để có biện pháp bổ sung hoàn chỉnh.

### **2.10.2. Mã hóa và nhập dữ liệu**

Tất cả những dữ liệu thu thập, sau khi kiểm tra tính phù hợp sẽ được mã hóa bởi người nghiên cứu. Dữ liệu được quản lý bằng phần mềm SPSS 16.0

### **2.10.3. Phương pháp phân tích số liệu**

- Xử lý số liệu với phương pháp thống kê y học thông thường. Sử dụng phần mềm SPSS 16.0
- Kết quả các biến số được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.
- Các số liệu thống kê mô tả được đo lường bằng tần số và tỷ lệ %, trung bình.
- Áp dụng thống kê phân tích để xác định mối liên quan giữa kiến thức hoặc thực hành với các đặc điểm thông tin chung, sử dụng phép kiểm định Khi bình phương ( $\chi^2$ ) để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ và xác định mối liên quan giữa các biến phân loại, với khoảng tin cậy 95%,  $\alpha = 0,05$ ,  $p < 0,05$ : Có ý nghĩa về mặt thống kê,  $p > 0,05$ : Không có ý nghĩa về mặt thống kê.

## **2.11. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng đánh giá đề cương thạc sỹ của trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định thông qua vấn đề y đức.
- Đề cương được phê duyệt bởi hội đồng y đức BVĐK thành phố Hà Tĩnh trước khi tiến hành triển khai nghiên cứu, được sự chấp nhận của phòng kế hoạch tổng hợp BVĐK thành phố Hà Tĩnh.



- Quá trình thu thập số liệu không ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh.
- Trước khi tiến hành nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích về mục tiêu và nội dung của nghiên cứu, đối tượng sẽ ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu, chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.
- Người tham gia nghiên cứu là tự nguyện và có thể từ chối tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu.
- Trong lúc đánh giá người tham gia có thể đặt câu hỏi hoặc từ chối trả lời câu hỏi, hoặc dừng đánh giá ở bất kỳ thời điểm nào.
- Đây là nghiên cứu mô tả hoàn toàn không có hoạt động can thiệp trên đối tượng nghiên cứu.
- Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu sẽ được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.
- Kết quả nghiên cứu làm cơ sở cho các hoạt động nghiên cứu về ĐTD

## **2.12. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục**

### **2.12.1. Hạn chế của nghiên cứu**

- Do đây chỉ là một nghiên cứu mô tả cắt ngang nên chỉ đánh giá được kiến thức, thực hành phòng biến chứng tại một thời điểm, trong khi kiến thức, thực hành phòng biến chứng của ĐTNC có thể thay đổi theo thời gian.
- Công cụ nghiên cứu chủ yếu là dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn phụ thuộc nhiều vào yếu tố cá nhân của người hỏi và người trả lời. Việc đánh giá thực hành của người bệnh chỉ qua tường thuật lại của người bệnh nên đôi khi ĐTNC có thể trả lời về hành vi của họ không như hành động thực tế, điều đó có thể dẫn đến đánh giá không chính xác mức độ trầm trọng của vấn đề. Vì vậy cần giải thích rõ mục đích nghiên cứu cho ĐTNC hiểu và khuyến khích họ trả lời đúng sự thật.

- Khi phân tích tìm yếu tố liên quan với kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTD chúng tôi chỉ sử dụng phân tích đơn biến mà không thực hiện phân tích đa biến nên ở trong nghiên cứu này các yếu tố liên quan được xác định chỉ mang tính chất tương đối mà chưa xác định được yếu tố thực sự liên quan đến kiến thức và thực hành.

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

- Người đi phỏng vấn
  - Đối với nghiên cứu định lượng: việc thu thập thông tin chủ yếu qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn nên để tránh sai số do kỹ năng phỏng vấn, người đi phỏng vấn cần được tập huấn kỹ về kỹ năng giao tiếp và cách khai thác nội dung câu hỏi và phỏng vấn thử.
  - Khi phỏng vấn: Có đủ thời gian phỏng vấn để điền đầy đủ bảng câu hỏi.
  - Sau mỗi buổi phỏng vấn, phiếu trả lời đều được kiểm tra xem có ghi chép đầy đủ, đúng quy định không, nếu có gì sai sót thì loại bỏ.
- Người được phỏng vấn: Được giải thích rõ ràng mục đích của nghiên cứu, các câu hỏi trong nghiên cứu.
- Bộ câu hỏi được điều tra thử trên 30 người bệnh ĐTD type 2 đúng với tiêu chuẩn chọn mẫu trước khi tiến hành nghiên cứu để điều chỉnh sửa cho phù hợp.

### Chương 3: KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 03/2017 đến tháng 05/2017, tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh, chúng tôi đã lựa chọn được 333 người đủ tiêu chuẩn để nghiên cứu.

#### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. 1** Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>	Nam	144	43,2
	Nữ	189	56,8
<b>Nhóm tuổi</b>	Dưới 60 tuổi	105	31,5
	≥ 60 tuổi	228	68,5
	Trung bình	63± 9,4 tuổi	
<b>Học vấn</b>	Không biết chữ	12	3,6
	Tiểu học	36	10,8
	THCS	113	34,0
	THPT	88	26,4
	TC/CĐ/ĐH/SĐH	84	25,2
<b>Nghề nghiệp</b>	Nghỉ hưu	166	49,9
	Nông dân	98	29,4
	Công nhân	10	3,0
	Buôn bán/ nội trợ	32	9,6
	Cán bộ	13	3,9
	Khác	14	4,2

- Tỷ lệ nam giới là 43,2 % và nữ là 56,8%
- Tuổi trung bình là  $63 \pm 9,4$  tuổi, nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi chiếm 68,5% cao gấp 2 lần so với nhóm  $< 60$  tuổi (chiếm 31,5%)
- Trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 34%, THPT chiếm 26,4%, số người không biết chữ chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,6%.
- Nhóm đối tượng nghề nghiệp là nghỉ hưu có tỷ lệ cao nhất chiếm 49,9%, thấp nhất là đối tượng công nhân chỉ chiếm 3%.

**Bảng 3. 2 Đặc điểm kinh tế xã hội của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm nhân khẩu học		Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Kinh tế gia đình</b>	Hộ nghèo	38	11,4
	Hộ không nghèo	295	88,6
<b>Sống với ai</b>	Với gia đình	304	91,3
	Sống một mình	29	8,7
<b>Nguồn thu nhập chính hiện tại</b>	Hưởng lương hưu	166	49,9
	Hưởng trợ cấp xã hội	6	1,8
	Phụ thuộc vào người thân	38	11,4
	Làm việc kiếm tiền	123	36,9

- Gia đình có kinh tế không nghèo chiếm tỷ lệ cao gấp 8 lần so với hộ nghèo, chiếm 88,6%;
- Đa số là sống cùng gia đình chiếm 91,3%;
- Số người hưởng lương hưu chiếm tỷ lệ cao nhất 49,9%, số người đang làm việc kiếm tiền chiếm 36,9%, số người hưởng trợ cấp xã hội chỉ chiếm 1,8%.

### 3.1.2. Đặc điểm tiền sử bệnh

**Bảng 3. 3 Đặc điểm tiền sử bệnh**

Đặc điểm tiền sử bệnh		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	174	52,3
	≥ 5 năm	159	47,7
Biến chứng	Không	179	53,8
	Có	154	46,2
Tiền sử gia đình	Không	280	84,1
	Có	53	15,9
Hoàn cảnh phát hiện bệnh	Khám sức khỏe định kỳ	86	25,8
	Ngẫu nhiên	46	13,8
	Có các triệu chứng của bệnh	123	37,0
	Sức khỏe suy yếu	65	19,5
	Khám sàng lọc	13	3,9

- Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm là 52,5% và ≥ 5 năm là và 47,7%.
- Có 46,2% đã có biến chứng của bệnh;
- 15,9% có tiền sử gia đình bị bệnh đái tháo đường.
- Hoàn cảnh phát hiện bệnh khi có các triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất 37%, qua khám sức khỏe định kì là 25,8%, chỉ có 3,9% phát hiện qua khám sàng lọc.

### 3.2. Kiến thức và thực hành phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2

#### 3.2.1. Kiến thức về phòng biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2

**Bảng 3. 4. Kiến thức về bệnh và biến chứng của bệnh ĐTĐ**

Kiến thức về bệnh và biến chứng của bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Biết thế nào là bệnh ĐTĐ	217	65,2
Biết các triệu chứng của bệnh ĐTĐ	201	60,4
Biết yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh ĐTĐ type 2	185	55,6
Biết bệnh ĐTĐ không thể chữa khỏi	267	80,2
Biết các biến chứng của bệnh ĐTĐ	223	67,0
Biết biến chứng bệnh ĐTĐ có thể dự phòng	273	82,0
Biết các biện pháp phòng biến chứng bệnh ĐTĐ	190	57,1

Có 65,2 % biết thế nào là bệnh ĐTĐ, 60,4% biết các triệu chứng của bệnh ĐTĐ, 67% biết các biến chứng của bệnh ĐTĐ, 82% biết biến chứng của bệnh ĐTĐ có thể dự phòng được, hiểu biết về bệnh ĐTĐ không thể chữa khỏi chiếm 80%, chỉ có 55,6% biết được yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh ĐTĐ type 2.

**Bảng 3. 5. Kiến thức về điều trị bệnh ĐTĐ**

Kiến thức về điều trị bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Biết thế nào là tuân thủ dùng thuốc	280	84,1
Biết quên uống thuốc thì không nên uống bù	236	70,9

Có 84,1% đối tượng biết tuân thủ dùng thuốc là dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc thời gian, đúng liều. Về xử trí khi quên uống thuốc có 70,9% biết nếu quên uống thuốc thì không uống bù vào hôm sau.

**Bảng 3. 6. Kiến thức về chế độ ăn phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

<b>Kiến thức về chế độ ăn phòng biến chứng</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Biết người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng	311	93,4
Biết thức ăn của người bệnh ĐTĐ được chế biến dạng luộc	258	77,5
Biết số bữa ăn của người bệnh ĐTĐ trong một ngày	142	42,6
Biết các loại thực phẩm mà người bệnh ĐTĐ nên dùng	253	76,0
Biết các loại thực phẩm mà người bệnh ĐTĐ cần hạn chế	237	71,2

Hầu hết ĐTNC biết người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng (93,4%), có 77,5% đối tượng biết thức ăn của người bệnh ĐTĐ nên chế biến dưới dạng luộc. Chỉ có 42,6% ĐTNC biết số bữa ăn trong một ngày của người bệnh ĐTĐ, 76% biết các loại thực phẩm mà người bệnh ĐTĐ nên dùng và 71,2% biết các loại thực phẩm mà người bệnh ĐTĐ nên hạn chế.

**Bảng 3. 7. Kiến thức về luyện tập phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

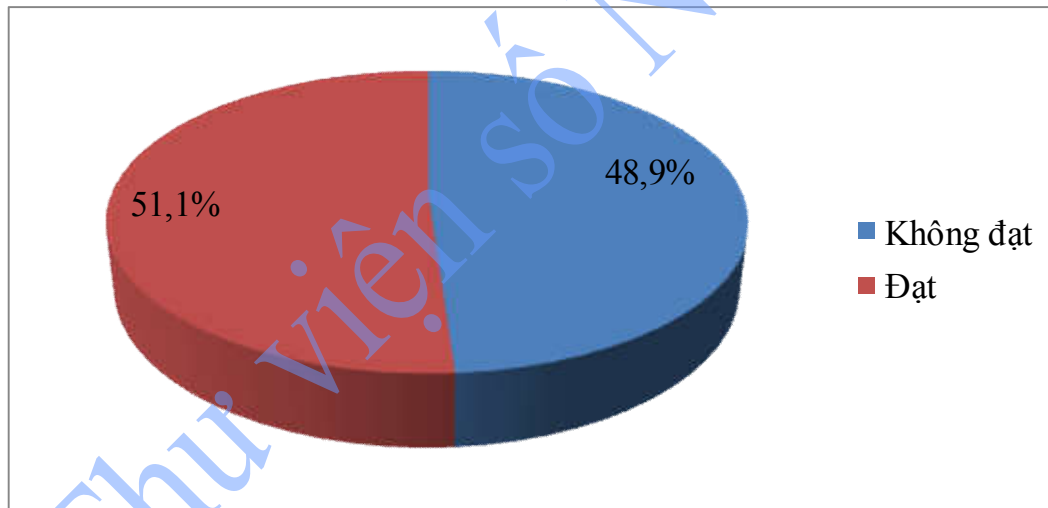
<b>Kiến thức về luyện tập phòng biến chứng</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Biết người bệnh ĐTĐ cần hoạt động thể lực	325	97,6
Biết thời gian hoạt động thể lực 30-60 phút	174	52,3
Biết cường độ hoạt động thể lực hợp lý	165	49,5

Kiến thức biết người bệnh ĐTĐ cần hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao nhất 97,6%, có 52,3 % người bệnh biết cần hoạt động thể lực trong khoảng thời gian 30-60 phút/ngày, chỉ có 49,5% biết người bệnh ĐTĐ cần hoạt động thể lực hợp lý.

**Bảng 3. 8. Kiến thức về theo dõi phong biến chứng bệnh ĐTĐ**

Kiến thức về theo dõi bệnh phòng biến chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Biết mức đường huyết được kiểm soát	287	86,2
Biết mức huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ	128	38,4
Biết kiểm tra tại cơ sở y tế và tự kiểm tra tại nhà	191	57,4

Kiến thức biết mức đường huyết được kiểm soát có tỷ lệ cao nhất 86,2%, chỉ có 38,4% đối tượng biết mức huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ, 57,4% người bệnh biết cần tự kiểm tra theo dõi biến chứng tại nhà và kiểm tra tại cơ sở y tế

**Biểu đồ 3. 1 Kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Kiến thức chung của ĐTNC về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ ở mức độ đạt và không đạt tương đồng nhau, 51,1% ĐTNC có kiến thức đạt về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ, và 48,9% có kiến thức không đạt.



### 3.2.2. Thực hành về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2

**Bảng 3. 9. Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng**

Thực hành về theo dõi và phòng biến chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có tái khám định kỳ ít nhất 3 tháng /lần	318	95,5
Có đi khám mắt	114	34,2
Có đi kiểm tra mắt 6 tháng/lần	65	19,5
Có kiểm tra và chăm sóc bàn chân	135	40,5
Kiểm tra bàn chân hằng ngày	78	23,4
Có tự xử trí khi bị hạ đường huyết	247	74,2
Thực hiện xử trí khi bị hạ đường huyết đúng cách	244	73,3

Hầu hết ĐTNC có tái khám định kỳ ít nhất 3 tháng/lần chiếm 95,5%, tuy nhiên chỉ có 19,5% ĐTNC có đi kiểm tra mắt 6 tháng/lần. Có 74,2% đối tượng tự xử trí khi bị hạ đường huyết và có 73,3% thực hiện xử trí đúng cách khi bị hạ đường huyết đúng cách.

**Bảng 3. 10 Thực hành về ăn, uống phòng biến chứng**

Thực hành về ăn, uống phòng biến chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không ăn phủ tạng động vật	268	80,5
Ăn hoa quả ngọt hơn 1 lần/tuần	105	31,5
Thường xuyên ăn món xào rán hằng ngày	202	60,5
Thường xuyên sử dụng các loại rau xanh	311	93,4
Có uống nước ngọt, nước có ga	47	14,1
Không uống rượu bia	300	90,1
Không hút thuốc lá	304	91,3

Có 93,4% ĐTNC thường xuyên sử dụng các loại rau xanh trong các bữa ăn hàng ngày, hầu hết ĐTNC không uống rượu bia, không hút thuốc lá (90,1% và 91,3%) nhưng vẫn có 14,1% có uống nước ngọt, nước có ga; 60% đối tượng thường xuyên ăn các món ăn xào rán trong các bữa ăn trong ngày.

**Bảng 3. 11. Thực hành về luyện tập phòng biến chứng**

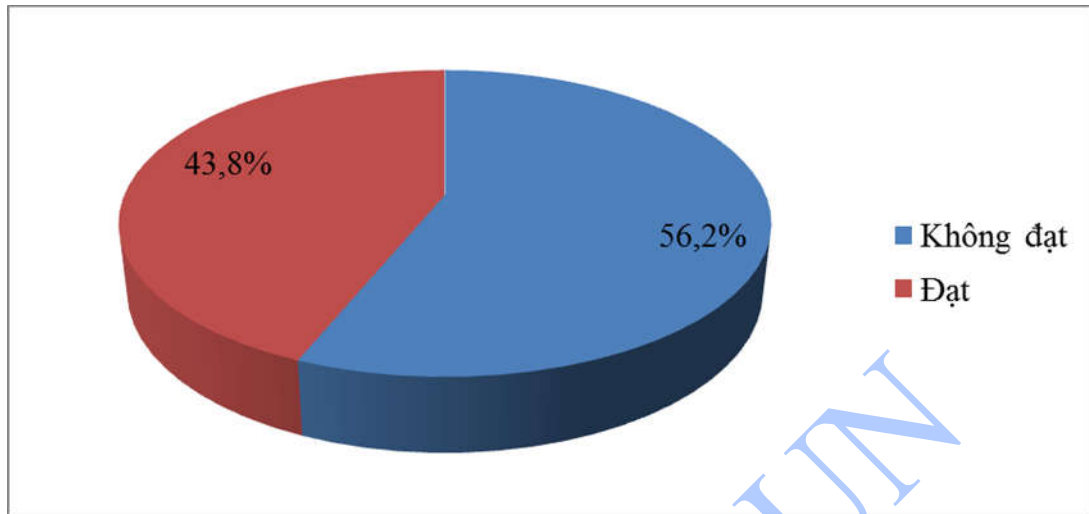
<b>Thực hành về luyện tập phòng biến chứng</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có thực hiện các hoạt động thể lực	262	78,7
Hoạt động thể lực hằng ngày	188	56,5
Hoạt động thể lực từ 30 – 60 phút/ ngày	129	38,7
Có mang theo đồ ăn để phòng hạ đường huyết khi hoạt động thể lực	68	20,4

Có 78,7% ĐTNC có thực hiện các hoạt động thể lực, 56,5% hoạt động thể lực hằng ngày. Tuy nhiên chỉ có 38,7% hoạt động thể lực từ 30 – 60 phút/ngày, 20,4% ĐTNC có mang theo thức ăn để phòng hạ đường huyết khi tham gia các hoạt động thể lực.

**Bảng 3. 12. Thực hành về tuân thủ dùng thuốc**

<b>Thực hành về tuân thủ dùng thuốc</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Dùng đúng loại thuốc theo đơn của bác sỹ	309	92,8
Dùng thuốc đều, đúng giờ	296	88,9

Hầu hết ĐTNC thực hành tốt về tuân thủ dùng thuốc, dùng đúng loại thuốc theo đơn của bác sỹ chiếm 92,8% và 88,9% đối tượng dùng thuốc đều và đúng giờ.



**Biểu đồ 3. 2 Thực hành chung về phòng biến chứng bệnh ĐTD**

Chỉ có 43,8% ĐTNC có thực hành chung về phòng biến chứng bệnh ĐTD đạt yêu cầu và 56,2 % không đạt yêu cầu.

Thư viện SỐ TẠO ĐUN

### 3.3. Yếu tố liên quan tới kiến thức, thực hành hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2

#### 3.3.1. Yếu tố liên quan tới kiến thức

**Bảng 3. 13. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức**

Đặc điểm nhân khẩu học		Kiến thức		OR CI 95%	p
		Đạt (%)	Không đạt (%)		
<b>Nhóm tuổi</b>	< 60 tuổi	64 (61,0)	41(39,0)	1,80	0,014
	≥ 60 tuổi	106 (46,5)	122 (53,5)	(1,12 – 2,88)	
<b>Giới</b>	Nam	88 (61,1)	56 (38,9)	2,05	0,001
	Nữ	82 (43,4)	107 (56,6)	(1,32 – 3,19)	
<b>Học vấn</b>	Từ THPT trở lên	123 (71,5)	49 (28,5)	6,09	< 0,001
	Dưới THPT	47 (29,2)	114 (70,8)	(3,78 – 9,8)	
<b>Nghề nghiệp</b>	CBCN-VC, nghỉ hưu	128 (67,7)	61 (32,3)	5,1	< 0,001
	Nghề tự do	42 (29,2)	102 (70,8)	(3,18 – 8,18)	
<b>Kinh tế gia đình</b>	Hộ không nghèo	156 (52,9)	139 (47,1)	1,92	0,063
	Hộ nghèo	14 (36,8)	24 (63,2)	(0,96 – 3,95)	
<b>Sống cùng ai</b>	Sống một mình	17 (58,6)	12 (41,4)	1,4	0,393
	Sống với gia đình	153 (50,3)	151 (49,7)	(0,64 – 3,1)	

- Người bệnh thuộc nhóm tuổi < 60 tuổi có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 1,8 lần so với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi.

- Giới tính nam có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 2,05 lần so với nữ.

- Nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 6,09 lần so với các nhóm dưới THPT

- CBCN-VC và nghỉ hưu tỷ lệ kiến thức đạt là 67,7% cao gấp 5,1 lần so với các nhóm nghề tự do.

- Kinh tế gia đình và người sống cùng không có sự khác biệt giữa thực hành đạt và không đạt.

**Bảng 3. 14. Mối liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với kiến thức**

Đặc điểm tiền sử bệnh		Kiến thức		OR CI 95%	P
		Đạt (%)	Không đạt (%)		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	89 (56,0)	70 (44,0)	1,46 (0,95 – 2,25)	0,086
	<5 năm	81 (46,6)	93 (53,4)		
Biến chứng	Không	100 (55,9)	79 (44,1)	1,52 (0,99 – 2,34)	0,058
	Có	70( 45,5)	84 (54,5)		
Tiền sử gia đình	Có	28 (52,8)	25 (47,2)	1,09 (0,60 – 1,97)	0,778
	Không	142 (50,7)	138 (49,3)		

- Nhóm ĐTNC có thời gian mắc bệnh  $\geq 5$  năm có kiến thức đạt cao gấp 1,46 lần so với nhóm ĐTNC có thời gian mắc bệnh  $< 5$  năm
- Nhóm đối tượng không có biến chứng có kiến thức đạt cao gấp 1,52 lần so với nhóm có biến chứng;
- Kiến thức đạt của đối tượng nghiên cứu có tiền sử gia đình gia đình mắc bệnh và không mắc bệnh là gần bằng nhau.

### 3.3.2. Yếu tố liên quan tới thực hành phòng biển chứng

**Bảng 3. 15. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với thực hành**

Đặc điểm nhân khẩu học		Thực hành		OR CI 95%	P
		Đạt (%)	Không đạt (%)		
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	59 (56,2)	46 (43,8)	2,08 (1,30 – 3,32)	0,002
	≥ 60 tuổi	87 (38,2)	141 (61,8)		
Giới	Nam	79 (54,9)	65 (45,1)	2,21 (1,42 – 3,44)	< 0,001
	Nữ	67 (35,4)	122 (64,6)		
Học vấn	Từ THPT trở lên	106 (61,6)	66 (38,4)	4,85 (3,03 – 7,8)	< 0,001
	Dưới THPT	40 (24,8)	121 (75,2)		
Nghề nghiệp	CBCN-VC, nghỉ hưu	102 (54,0)	87 (46,0)	2,66 (1,69 – 4,20)	< 0,001
	Nghề tự do	44 (30,6)	100 (69,4)		
Kinh tế gia đình	Hộ không nghèo	134 (45,4)	161 (54,6)	1,8 (0,88 – 3,82)	0,105
	Hộ nghèo	12 (31,6)	26 (68,4)		
Sống cùng ai	Một mình	13 (44,8)	16 (55,2)	1,04 (0,48 – 2,26)	0,911
	với gia đình	133 (43,8)	171 (56,2)		

- Nhóm người < 60 tuổi có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 2,08 lần so với nhóm người ≥ 60 tuổi.

- Giới tính nam có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 2,21 lần so với nữ.

- Trình độ học vấn ở các nhóm từ THPT trở lên có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 4,85 lần so với các nhóm có trình độ học vấn dưới THPT.

- CBCN-VC và nghỉ hưu có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 2,66 so với các nhóm nghề tự do

- Kinh tế gia đình và người sống cùng không có sự khác biệt giữa thực hành đạt và không đạt.

**Bảng 3. 16. Mối liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với thực hành**

Đặc điểm tiền sử bệnh		Thực hành		OR CI 95%	P
		Đạt (%)	Không đạt (%)		
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	79 (49,7)	80 (50,3)	1,58 (1,01 – 2,44)	0,040
	< 5 năm	67 (38,5)	107 (61,5)		
Biến chứng	Không	93 (52,0)	86 (48,0)	2,06 (1,32 – 3,31)	0,001
	Có	53 (34,4)	101 (65,6)		
Tiền sử gia đình	Có	26 ( 49,1)	27 (50,9)	1,28 (0,71 – 2,32)	0,404
	Không	120 (42,9)	160 ( 57,1)		

- Thời gian mắc bệnh  $\geq 5$  năm có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 1,58 lần so với thời gian mắc bệnh  $< 5$  năm
- Nhóm đối tượng không có biến chứng có tỷ lệ thực hành đạt cao gấp 2,06 lần so với nhóm có biến chứng;
- Đối tượng nghiên cứu có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ có thực hành đạt cao gấp 1,28 lần ĐTNC có tiền sử gia đình không mắc bệnh.

**Bảng 3. 17. Mối liên quan kiến thức với thực hành phòng biến chứng**

Kiến thức	Thực hành	
	Đạt (%)	Không đạt (%)
<b>Đạt</b>	105 ( 61,8)	65 (38,2)
<b>Không đạt</b>	41 (25,2)	122 (74,8)
OR = 4,81; CI 95%: 3,00 - 7,67; p < 0,001		

Có sự khác biệt về thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của nhóm người bệnh có kiến thức đạt và nhóm người bệnh có kiến thức không đạt. Người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 4,81 lần so với người bệnh có kiến thức không đạt, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## Chương 4: BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kết quả bảng bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là  $(63 \pm 9,4)$  năm, tương ứng với độ tuổi của người già. Trong đó nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 68,5%. Đối tượng trong nghiên cứu có phân độ tuổi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hồng Đan (2010) với tuổi trung bình là  $(61,1 \pm 10,5)$ , nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 55,8% [9]. Nghiên cứu của Bùi thị Châm (2013) có tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 57% [6], còn theo nghiên cứu của Đặng Văn Ước (2015) tỉ lệ này là 53,5% [20]. Sự khác biệt này có thể giải thích do cách chọn mẫu và cỡ mẫu ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giới tính nam là 43,2% và nữ là 56,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đỗ Duy Phương với tỷ lệ nam là 42% và nữ là 58% [13], nghiên cứu của Bùi Thị Châm có tỷ lệ nam là 43,5% và nữ là 56,5% [6], còn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Đan có tỷ lệ nam là 48,6% và nữ là 51,4% [9]. Tuy nhiên phân bố nam, nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đặng Văn Ước tỷ lệ nam nữ của nghiên cứu này là 27,4% và 72,6% [20]. Có sự khác biệt này do đặc điểm dân số của các địa phương nghiên cứu là khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ĐTNC có trình độ THCS cao nhất chiếm 34%, tiếp đến THPT là 26,4% và thấp nhất là không biết chữ chiếm 3,6%, nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên chiếm 51,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ học vấn từ THPT trở lên tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm (2013) là 49,5% [6]. Tuy nhiên tỷ lệ học vấn từ THPT trở lên của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Duy Phương (2015) và Nguyễn Hồng Đan (2010) lần lượt là 23% và 29,8% [13],[9]. Có thể giải thích cho điều này là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là vùng thành phố nên học vấn của ĐTNC có thể cao hơn. Trình



độ học vấn thấp sẽ ảnh hưởng đến hiểu biết về bệnh và tiếp cận thông tin y tế của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy nghề nghiệp là những người đã nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,9%. Điều này có thể giải thích vì đối tượng mắc bệnh ĐTĐ thường là người già, kèm theo địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là thành phố nên tỷ lệ ĐTNC đã nghỉ hưu là chủ yếu; có 29,4% ĐTNC là người làm ruộng, tỷ lệ thấp nhất là công nhân chỉ chiếm 3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan và Đỗ Duy Phương. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan tỷ lệ ĐTNC là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,8% và 29,8% ĐTNC là người đã nghỉ hưu [9]. Còn theo nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có 36% ĐTNC có nghề nghiệp là làm ruộng và chỉ có 8% ĐTNC là người đã nghỉ hưu [13]. Có sự khác biệt trên là do nghiên cứu của các tác giả được thực hiện ở các địa phương khác nhau nên đặc điểm nghề nghiệp là khác nhau.

Phần lớn ĐTNC sống cùng với gia đình, chiếm 91,3%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Ước, Đỗ Duy Phương có tỷ lệ hộ không nghèo lần lượt là 96,3% và 97% [20],[13]. Việc ĐTNC sống chung với gia đình sẽ có ảnh hưởng lớn đến việc thực hiện chế độ ăn hằng ngày của họ vì trong gia đình khó thực hiện một chế độ ăn riêng cho từng thành viên trong gia đình.

Đa phần ĐTNC có điều kiện kinh tế thuộc hộ không nghèo, chiếm tỷ lệ 88,6%. Nghiên cứu của tôi có kết quả giống với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Đan, Bùi Thị Châm có tỷ lệ hộ không nghèo là 87,8% và 91% [9], [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Đặng Văn Ước, Đỗ Duy Phương có tỷ lệ hộ không nghèo lần lượt là 64,2% và 78% [20], [13]. Có sự khác biệt này do đặc điểm kinh tế xã hội của từng địa bàn nghiên cứu là khác nhau. Kết quả trên cho thấy việc tiếp cận dịch vụ y tế của ĐTNC không bị ảnh hưởng nhiều bởi kinh tế gia đình

Đối tượng có nguồn thu nhập chính đang hưởng lương hưu chiếm tỷ lệ cao nhất 49,9%, tiếp đến là tỷ lệ ĐTNC đang làm việc kiếm tiền là 36,9%, tỷ lệ ĐTNC sống phụ thuộc vào người thân hay đang hưởng trợ cấp xã hội chiếm tỷ lệ thấp lần

lượt là 11,4% và 1,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm với các tỷ lệ lần lượt là 42%, 34%, 22% và 2% [6].

Kết quả bảng 3.3 cho thấy đối tượng nghiên cứu có thời gian phát hiện bị bệnh dưới 5 năm là 52,3% và từ 5 năm trở lên là 47,7%. Tỷ lệ về thời gian phát hiện bị bệnh của chúng tôi gần giống với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm tương ứng là 55% và 45% [6], tuy nhiên theo nghiên cứu của Đỗ Duy Phương tỷ lệ này là 46,5% và 53,5% [13]. Theo chúng tôi nguyên nhân của sự khác nhau này có thể là do ảnh hưởng của mạng lưới y tế từng vùng, khả năng tiếp cận y tế của người dân ở từng địa phương khác nhau, dẫn đến bỏ sót và chậm trễ trong việc phát hiện bệnh. Mặt khác đối với người bệnh ĐTD có thể đã bị mắc bệnh trước khi được chẩn đoán mắc bệnh nhiều năm do đó rất khó để xác định chính xác thời gian mắc bệnh

Tỷ lệ ĐTNC đã có biến chứng của bệnh là 46,2%, chưa có biến chứng là 53,8%. Tỷ lệ ĐTNC đã có biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Duy Phương, tỷ lệ này là 67,5% [13], tuy nhiên tỷ lệ đó lại cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Châm (22,5%) [6]. Có sự khác biệt này là do cỡ mẫu, cách chọn mẫu cũng như thời gian và địa bàn nghiên cứu ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Có 15,9% ĐTNC có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD, 84,1% ĐTNC không có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD. Tỷ lệ ĐTNC có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Ước là 15,3% [20]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hồng Đan Bùi Thị Châm, Đỗ Duy Phương lần lượt là 18,2%, 24% và 55,5% [9], [6], [13]. Di truyền là yếu tố quan trọng trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh ĐTD, tuy nhiên tỷ lệ ĐTNC có tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTD thấp giải thích cho việc yếu tố môi trường cũng như lối sống cá nhân sẽ ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ mắc bệnh ĐTD.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy đa phần ĐTNC có hoàn cảnh phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn chiếm tỷ lệ 56,5%, phát hiện mắc bệnh khi đã có các biểu hiện đặc trưng

của bệnh hay khi sức khỏe đã suy yếu; có 29,7% phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ hay qua các đợt khám sàng lọc; 13,8% phát hiện mắc bệnh một cách ngẫu nhiên khi đi khám và điều trị các bệnh lý khác. Kết quả của chúng tôi là tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm [6]. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn là ảnh hưởng nhiều tới quá trình chăm sóc và điều trị bệnh vì người bệnh đã có nhiều biến chứng của bệnh.

## **4.2. Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTD của ĐTNC**

### **4.2.1. Kiến thức của đối tượng nghiên về phòng biến chứng bệnh ĐTD**

#### **4.2.1.1. Kiến thức của ĐTNC về bệnh và biến chứng của bệnh ĐTD**

Kết quả bảng 3.4 cho thấy hiểu biết của người bệnh về bệnh và biến chứng của bệnh ĐTD là rất quan trọng. Việc người bệnh có kiến thức tốt sẽ là nền tảng giúp họ trong quá trình theo dõi bệnh và thực hành phòng chống biến chứng bệnh được tốt hơn nhằm giảm các biến chứng do bệnh gây ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 65,2% đối tượng biết thế nào là bệnh ĐTD, 55,6% đối tượng biết các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương với tỷ lệ trên lần lượt là 55% và 21,5% [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 80,2% đối tượng biết bệnh ĐTD không thể chữa khỏi, 67% đối tượng biết các biến chứng của bệnh ĐTD. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Châm với tỷ lệ ĐTNC biết bệnh ĐTD không thể chữa khỏi và biết các biến chứng của bệnh ĐTD lần lượt là 86% và 74% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 82% đối tượng biết biến chứng của bệnh ĐTD là có thể dự phòng, tuy nhiên chỉ có 57,1% biết các biện pháp phòng biến chứng của bệnh. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 50,5% và 3,5% [13].

#### **4.2.1.2. Kiến thức của ĐTNC về điều trị bệnh ĐTD**

Tuân thủ điều trị là yêu cầu hàng đầu trong việc kiểm soát đường huyết đối của người bệnh ĐTD. Vì vậy cán bộ y tế cần phải quan tâm đến việc phổ biến những kiến thức về tuân thủ dùng thuốc cho người bệnh càng sớm càng tốt. Để họ hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc, giúp họ chủ động đưa ra kế

hoạch để đảm bảo sự tuân thủ điều trị. Như vậy họ mới có thể phòng được các biến chứng nguy hiểm của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.5 cho thấy có 84,1% ĐTNC biết tuân thủ dùng thuốc với người bệnh ĐTĐ là dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian đúng liều. Và có 70,9% ĐTNC biết không uống bù thuốc khi quên. Tỷ lệ này tương tự kết quả nghiên cứu Đặng Văn Ước, 85,6% biết thế nào là tuân thủ dùng thuốc, 65,1% biết không uống bù thuốc khi quên [20]. Có được kết quả trên là do ĐTNC là người bệnh điều trị ngoại trú, hàng tháng họ đến bệnh viện kiểm tra và lấy thuốc về nhà dùng nên họ được nhân viên y tế hướng dẫn cách dùng thuốc kỹ càng, mặt khác có thể do thời gian mắc bệnh lâu nên ĐTNC biết quen cách dùng thuốc.

#### **4.2.1.3. Kiến thức của ĐTNC về chế độ ăn phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Để kiểm soát tốt đường huyết, phòng các biến chứng của bệnh ngoài tuân thủ chế độ dùng thuốc người bệnh ĐTĐ cũng cần có chế độ ăn hợp lý. Sự hiểu biết về chế độ sẽ giúp người bệnh biết những loại thực phẩm nào nên ăn, những loại thực phẩm nào nên tránh từ đó họ lựa chọn và xây dựng cho chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh, điều kiện và hoàn cảnh của bản thân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 cho thấy có 93,4% ĐTNC biết người bệnh ĐTĐ nên thực hiện chế độ ăn kiêng, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 94% [13]. Kết quả hiểu biết về các loại thực phẩm mà người bệnh ĐTĐ nên dùng và nên tránh trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương, cụ thể kết quả này của chúng tôi lần lượt là 76% và 71,2% còn nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 49,5% và 13% [20]. Kết quả trên cho thấy, ĐTNC đã có hiểu biết đúng về lựa chọn thực phẩm khá cao. Tuy chỉ có 42,6% biết số bữa ăn của người bệnh ĐTĐ trong một ngày. Điều này cho thấy khi tư vấn cung cấp kiến thức về chế độ ăn cho người bệnh cán bộ y tế chỉ mới tập trung tư vấn về các nhóm thực phẩm mà chưa chú ý cách thức xây dựng khẩu phần ăn, số bữa ăn phù hợp với người bệnh ĐTĐ.

#### **4.2.1.4. Kiến thức của ĐTNC về luyện tập phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Hoạt động thể lực là cần thiết đối với người bệnh ĐTĐ. Hoạt động thể lực thường xuyên sẽ giúp kiểm soát được đường huyết cả trong và sau khi tập, làm giảm nguy cơ biến chứng tim mạch thông qua ảnh hưởng có lợi lên mỡ máu và huyết áp. Tuy nhiên việc tập luyện phải theo hướng dẫn của bác sỹ, nên tập hoạt động thể lực với mức độ vừa phải, thời gian từ 30-60 phút/ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết ĐTNC cho rằng người bệnh ĐTĐ cần tập luyện thể lực, tỷ lệ này chiếm 97,6% (bảng 3.7). Có 52,3% ĐTNC biết thời gian dành cho hoạt động thể lực mỗi ngày từ 30 – 60 phút. Tỷ lệ này trong tự nghiên cứu của Bùi Thị Châm [6], 99% bệnh nhân biết cần hoạt động thể lực, 51,5% biết nên hoạt động thể lực từ 30 – 60 phút/ngày. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đặng Văn Ước [20], 86% bệnh nhân biết cần hoạt động thể lực, chỉ có 28,8% biết nên hoạt động thể lực từ 30 – 60 phút/ngày. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả có 49,5% ĐTNC biết nên tập hoạt động thể lực với mức độ vừa phải. Để nâng cao hiểu biết của người bệnh thì nhân viên y tế tư vấn cần có các buổi tư vấn, giải thích kỹ lưỡng cho họ đồng thời người bệnh cũng cần tự nhận thức được tầm quan trọng của kiến thức đúng về hoạt động thể lực giúp họ kiểm soát tốt đường huyết và ngăn ngừa các biến chứng.

#### **4.2.1.5. Kiến thức của ĐTNC về theo dõi phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Muốn điều trị thành công ĐTĐ cần khống chế đường máu ở mức bình thường. Một trong những yếu tố giúp điều trị thành công là người bệnh cần theo dõi, kiểm tra đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ để kịp thời phát hiện các biến chứng do đái tháo đường gây ra. Vì vậy người bệnh cần có kiến thức tốt để thực hành theo dõi phòng biến chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.8 cho thấy có 86,2% ĐTNC biết mức đường huyết được kiểm soát ở người bệnh ĐTĐ, có 57,4% biết cần kiểm tra đường huyết tại nhà và khám sức khỏe định kỳ để kịp thời phát hiện các biến chứng do đái tháo đường gây ra. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan là 84,4% và 26,5% [9], Đỗ Duy Phương là 68% và 41,5% [13]. Có

sự khác biệt trên có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn cao hơn, mặt khác cũng có thể do các nghiên cứu được tiến hành tại thời gian và địa phương khác nhau nên sự tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế của ĐTNC là khác nhau.

#### **4.2.1.6. Kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của ĐTNC**

Để đánh giá kiến thức chung của ĐTNC trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng 20 câu hỏi, với mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm và ĐTNC có kiến thức chung đạt khi trả lời đúng từ 70% câu hỏi trở lên (tương ứng từ 14 điểm trở lên). Với các tiêu chí trên tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt là 51,1% và 48,9% ĐTNC có kiến thức không đạt (biểu đồ 3.2).

Kết quả về kiến thức chung đạt của trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn kết quả của Đỗ Duy Phương và Đặng Văn Ước. Theo tác giả Đặng Văn Ước tỷ lệ ĐTNC có kiến thức chung đạt là 27,4% [20]. Còn trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Duy Phương tỷ lệ ĐTNC có kiến thức chung đạt là 38% [13]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Bùi Thị Châm với tỷ lệ ĐTNC có kiến thức chung đạt là 67,5% [6]. Có thể giải thích cho sự khác biệt trên là do mỗi nghiên cứu có các tiêu chí đánh giá kiến thức là khác nhau, mặt khác các nghiên cứu được tiến hành vào thời gian, địa điểm cũng như cỡ mẫu là khác nhau.

### **4.2.2. Thực hành của đối tượng nghiên về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

#### **4.2.2.1. Thực hành của ĐTNC về theo dõi phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Nhằm hạn chế biến chứng của bệnh ĐTĐ thì việc thực hành theo dõi, phát hiện sớm và phòng biến chứng là yếu tố quan trọng, trong đó người bệnh đóng vai trò chủ đạo, cán bộ y tế chỉ là người thăm khám và đưa ra tư vấn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.9 thấy có 95,5% ĐTNC tái khám định kỳ. Tỷ lệ này khá cao do ĐTNC là những người đã được đăng ký lập hồ sơ theo dõi và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện, nên hàng tháng họ sẽ đến tái khám để được kiểm tra và cấp thuốc. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan [9] và Đỗ Duy Phương [13], tỷ lệ tái khám định kỳ lần lượt là 89,8% và 77,5%. Có 40,5% ĐTNC có thực hành theo dõi và chăm sóc bàn chân và có 23,4% có thực hành kiểm

tra bàn chân hằng ngày. Tuy nhiên chỉ có 34,2% ĐTNC có đi khám mắt để phát hiện sớm biến chứng ở mắt và chỉ có 19,5 % ĐTNC đi mắt 6 tháng/ lần. Như vậy ta thấy tỉ lệ người bệnh tái khám định kỳ rất cao song tỷ lệ đi khám để phát hiện biến chứng về mắt lại thấp. Cho thấy việc tái khám để phát hiện sớm biến chứng chưa được người bệnh quan tâm. Người bệnh chủ yếu tái khám với mục đích được cấp phát thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 74,2% ĐTNC có tự xử trí khi bị hạ đường huyết và 73,3% thực hiện xử trí khi bị hạ đường huyết đúng cách. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đặng Văn Ước (33% và 31,2%) [20], Đỗ Duy Phương (57% và 54%) [13].

#### **4.2.2.2. Thực hành của ĐTNC về ăn, uống phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Chế độ ăn uống của người bệnh ĐTĐ được quy định rất chặt chẽ và có vai trò quyết định trong việc kiểm soát đường huyết của người bệnh. Cho dù hiểu biết về chế độ dinh dưỡng của người bệnh có tốt bao nhiêu đi nữa mà việc thực hành tuân thủ chế độ dinh dưỡng không được tốt thì việc kiểm soát đường huyết là rất khó. Do đó việc tuân thủ chế độ ăn uống đối với người bệnh ĐTĐ là yêu cầu bắt buộc.

Kết quả bảng 3.10 cho thấy có 80,5% ĐTNC không ăn nội tạng động vật; 31,5% hoa quả ngọt trên 1 lần/tuần; 60,5% thường xuyên ăn các món xào rán trong bữa ăn hằng ngày. Theo nghiên cứu của Đỗ Duy Phương tỷ lệ đối tượng không ăn nội tạng động vật là 39%, tỷ lệ đối tượng thường xuyên ăn các món xào rán là khá cao 67,5% [13]. Còn nghiên cứu của Bùi Thị Châm có 18,5% ĐTNC không ăn nội tạng động vật và 32% thường xuyên ăn các món xào rán trong bữa ăn hằng ngày [6]. Điều này cho thấy thực hành của người bệnh chưa tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14,1% đối tượng có uống các loại nước ngọt nước có ga; 90,1% không uống rượu bia; 91,3% không hút thuốc lá. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có tỷ lệ ĐTNC có uống đồ ngọt nước là 3,5%, 21% còn uống rượu bia và 17% có hút thuốc lá, thuốc lào [13].

#### **4.2.2.3. Thực hành của ĐTNC về hoạt động thể lực phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Kết quả bảng 3.7 cho thấy có 97,6% ĐTNC biết rằng người bệnh ĐTĐ cần luyện tập thể lực, tuy nhiên tỷ lệ ĐTNC có thực hiện các hoạt động thể lực chỉ là 78,7% (bảng 3.11). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đặng Văn Ước, Bùi Thị Châm, Nguyễn Thị Hồng Đan với tỷ lệ ĐTNC có thực hiện các hoạt động thể lực lần lượt là 82,8%, 88% và 88,4% [20],[6],[9]. Điều này có thể lý giải mặc dù ĐTNC hiểu biết được hiệu quả của hoạt động thể lực đối với việc kiểm soát đường huyết và phòng biến chứng bệnh ĐTĐ nhưng có thể do tình trạng bệnh, bệnh lý kèm theo và điều kiện của cá nhân mà họ không thực hiện luyện tập hoạt động thể lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ĐTNC thực hành hoạt động thể lực hàng ngày chiếm 56,6% và có thời gian thực hiện hoạt động thể lực hàng ngày từ 30-60 phút chiếm 38,7%, nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 67% và 56% [13], nghiên cứu của Đặng Văn Ước là 69,3% và 24,3% [20].

Hạ đường huyết là biến chứng rất thường gặp ở người bệnh ĐTĐ, là một trong những biến chứng cấp tính rất nguy hiểm ở người bệnh ĐTĐ, có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Một trong số các yếu tố có thể gây ra hạ đường huyết là luyện tập kéo dài, quá sức. Chính vì vậy việc mang theo đồ ăn để đề phòng biến chứng hạ đường huyết khi hoạt động thể lực là yêu cầu bắt buộc đối với người bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 20,4% ĐTNC có mang theo đồ ăn khi luyện tập hoạt động thể lực, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 22% [13], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Châm là 56,5% [6]. Tỷ lệ này chưa cao có thể do người bệnh chưa quan tâm nhiều về vấn đề này cũng có thể họ chưa được tư vấn giải thích từ cán bộ y tế, đây là một trong những vấn đề cần được chú ý.

#### **4.2.2.4. Thực hành của ĐTNC về tuân thủ dùng thuốc**

Như đã phân tích ở trên, trong nghiên cứu của chúng tôi kiến thức về tuân thủ dùng thuốc của ĐTNC là khá cao. Điều này cho thấy, người bệnh đã nhận thức được rõ ràng tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc và hiểu biết được hậu quả nguy hiểm của việc không tuân thủ dùng thuốc. Chính vì có nền tảng kiến thức tốt



mà việc thực hành tuân thủ dùng thuốc của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.12 cho thấy có 88,9% ĐTNC dùng thuốc đều đặn đúng giờ, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan là 84,5% [9].

Trong nghiên cứu này cũng cho thấy 92,8% ĐTNC dùng đúng loại thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ, kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan là 92,3% [9], nghiên cứu của Đỗ Duy Phương là 98% [13], nghiên cứu của Bùi thị Châm là 99,5% [6]. Sở dĩ có tỷ lệ dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ cao một phần do ĐTNC hiểu biết được tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc trong việc kiểm soát đường huyết và phòng biến chứng nguy hiểm của bệnh. Mặt khác ở đây cũng có thể do ĐTNC là người bệnh điều trị ngoại trú nên mỗi lần tái khám tại bệnh viện họ được cấp phát thuốc đầy đủ dùng trong 1 tháng nên phần nào đã hạn chế việc ĐTNC dùng thêm thuốc khác ngoài chỉ định của bác sỹ.

#### **4.2.2.5. Thực hành chung của ĐTNC về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ**

Để đánh giá thực hành chung của ĐTNC trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng 22 câu hỏi, với mỗi câu trả lời đúng đạt 1 điểm và ĐTNC có thực hành chung đạt khi trả lời đúng từ 70% câu hỏi trở lên (tương ứng từ 16 điểm trở lên). Với các tiêu chí trên tỷ lệ ĐTNC có thực hành đạt là 43,6% và 56,2% ĐTNC có thực hành không đạt (biểu đồ 3.3).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm, với tỷ lệ thực hành đạt là 41,5% và không đạt là 58,5%. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi lại cao hơn kết quả của Đỗ Duy Phương và Đặng Văn Ước. Trong nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có tỷ lệ thực hành đạt là 31,5% và không đạt là 68,5% [13]. Còn kết quả nghiên cứu Đặng Văn Ước thì tỷ lệ trên là 26,5% và 73,5% [20]. Tương tự như ở phần đánh giá kiến thức chung, sự khác biệt ở đây có thể được giải thích do mỗi nghiên cứu có tiêu chuẩn đánh giá khác nhau, có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu và các nghiên cứu được thực hiện tại các vùng, miền khác nhau nên có sự khác biệt về nhân khẩu học, mạng lưới y tế của từng địa phương, vì vậy kết quả so sánh chỉ mang tính chất tham khảo.

### **4.3. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTD của ĐTNC**

#### **4.3.1. Yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng biến chứng bệnh ĐTD của ĐTNC**

Kết quả bảng 3.13 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung phòng biến chứng bệnh ĐTD giữa các nhóm tuổi ( $p < 0,05$ ). Nhóm tuổi dưới 60 tuổi có kiến thức chung đạt cao gấp 1,8 lần so với nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương, Đặng Văn Ước. Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Duy Phương có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và nhóm tuổi của ĐTNC ( $p < 0,05$ ), nhóm tuổi dưới 60 tuổi có kiến thức chung đạt cao gấp 3,63 lần nhóm từ 60 tuổi trở lên [13]. Theo nghiên cứu của Đặng Văn Ước có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và nhóm tuổi của ĐTNC ( $p < 0,05$ ), nhóm tuổi dưới 60 tuổi có kiến thức chung đạt cao gấp 2,25 lần nhóm từ 60 tuổi trở lên [20]. Như vậy những người có tuổi đời trẻ hơn thì có kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTD tốt hơn người cao tuổi, điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế bởi ở người cao tuổi có khả năng ghi nhớ và tiếp cận thông tin kém hơn người trẻ.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung phòng biến chứng bệnh ĐTD giữa nhóm nam và nhóm nữ. Nhóm nam có kiến thức chung đạt yêu cầu (61,1%) cao gấp 2,05 lần so với nhóm nữ (43,43%). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan và nghiên cứu của Đặng Văn Ước, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung giữa nhóm nam và nhóm nữ ( $p < 0,05$ ) [9],[20]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm, Đỗ Duy Phương không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung với giới tính ( $p > 0,05$ ) [6],[13].

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kiến thức về phòng biến chứng bệnh ĐTD với trình độ học vấn của ĐTNC ( $p < 0,05$ ). Nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ kiến thức đạt chiếm 71,5% và cao gấp 6,09 lần so với nhóm có trình độ học vấn dưới THPT. Qua đây,

cho thấy trình độ học vấn tỷ lệ thuận với kiến thức về bệnh ĐTD, học vấn càng cao thì tỷ lệ có kiến thức đạt càng cao và ngược lại. Điều này cũng dễ hiểu vì khi có trình độ học vấn cao khả năng thu nhận và tìm kiếm thông tin về bệnh, phòng biến chứng của người bệnh sẽ tốt hơn. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Đỗ Duy Phương. Nghiên cứu của Đỗ Duy Phương kết luận có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTD với trình độ học vấn của ĐTNC ( $p < 0,05$ ), nhóm học vấn từ THPT trở lên có kiến thức đạt cao gấp 37 lần nhóm có trình độ học vấn dưới THPT [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về kiến thức với nhóm nghề nghiệp của ĐTNC. Cụ thể, nhóm cán bộ công nhân viên chức và nghỉ hưu có kiến thức đạt cao gấp 5,1 lần so với nhóm nghề tự do, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm, Đỗ Duy Phương. Theo nghiên cứu của Bùi Thị Châm, tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung đối với những nhóm nghề nghiệp khác nhau, nhóm công nhân viên chức và nghỉ hưu có tỷ lệ kiến thức đạt cao gấp 1,87 lần so với nhóm nghề tự do ( $p < 0,05$ ) [6]. Nghiên cứu của Đỗ Duy Phương kết luận có sự khác biệt về kiến thức chung giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau, nhóm cán bộ công chức và nghỉ hưu có kiến thức chung đạt cao gấp 8,7 lần so với nhóm nghề nghiệp tự do, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [13].

Theo kết quả nghiên cứu, ít có sự khác biệt về kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTD với hoàn cảnh kinh tế hộ gia đình của ĐTNC, ĐTNC thuộc hộ không nghèo có kiến thức đạt cao gấp 1,96 lần ĐTNC thuộc hộ nghèo (CI: 0,96 – 3,95), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Châm. Theo Bùi Thị Châm, tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung đạt yêu cầu thuộc gia đình hộ không nghèo cao gấp 1,4 lần so với hộ gia đình nghèo và không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung với điều kiện kinh tế hộ gia đình của người bệnh [6]. Tuy nhiên nghiên cứu của Đỗ Duy Phương lại tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê về kiến thức chung đối

với kinh tế hộ gia đình ( $p < 0,05$ ), trong đó nhóm hộ không nghèo có kiến thức đạt cao gấp 39,82 lần so với nhóm hộ nghèo [13].

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.14 cho thấy sự khác biệt thời gian mắc bệnh với kiến thức chung phòng biến chứng bệnh ĐTD. Nhóm bị bệnh từ 5 năm trở lên có kiến thức đạt cao gấp 1,46 lần so với nhóm bị bệnh dưới 5 năm. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi thị Châm, Nguyễn Thị Hồng Đan và Đặng Văn Ước không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức phòng biến chứng bệnh ĐTD với thời gian mắc bệnh ( $p > 0,05$ ) [6],[9],[20].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm ĐTNC không có biến chứng có kiến thức đạt cao gấp 1,52 lần nhóm ĐTNC có biến chứng. Tuy nhiên sự khác biệt về kiến thức phòng biến chứng của hai nhóm này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi thị Châm [6], nhóm ĐTNC có biến chứng có kiến thức không đạt cao gấp 1,35 lần nhóm ĐTNC không biến chứng với  $p > 0,05$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ bằng chứng để khẳng định có sự khác biệt về kiến thức phòng biến chứng bệnh ĐTD với việc đối tượng nghiên cứu sống với ai và tiền sử gia đình của ĐTNC ( $p > 0,05$ ).

#### **4.3.2. Yếu tố liên quan đến thực hành về phòng biến chứng bệnh ĐTD của ĐTNC**

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.15 cho thấy, thực hành chung đạt yêu cầu của nhóm tuổi dưới 60 tuổi chiếm 56,2% cao gấp 2,08 lần so với nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Duy Phương. Tác giả Đỗ Duy Phương đưa ra nhận xét có sự khác biệt về thực hành chung ở các nhóm tuổi khác nhau ( $p < 0,05$ ), ĐTNC có nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có thực hành chung không đạt cao hơn 2,22 lần so với nhóm tuổi dưới 60 tuổi [13]. Kết quả này tương tự với kiến thức chung ở các nhóm tuổi, nhóm tuổi dưới 60 tuổi có kiến thức chung cao hơn nên thực hành chung của ĐTNC ở nhóm này cao hơn ĐTNC ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên. Tuy nhiên, ở nghiên cứu

của Bùi Thị Châm cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung đạt với nhóm tuổi. Trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm thực hành chung không đạt của nhóm tuổi dưới 60 tuổi lại cao gấp 2,6 lần nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên [6]. Theo giải thích của tác giả mặc dù kiến thức của ĐTNC ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn nhưng do những người dưới 60 tuổi trong nghiên cứu này vẫn đang trong độ tuổi lao động, phần lớn là nông dân nên họ không tham gia hoạt động thể lực, thực hành ăn uống cũng như có điều kiện thực hành theo dõi bệnh phòng biến chứng không bằng nhóm từ 60 tuổi trở lên phần lớn là người nghỉ hưu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với giới tính của ĐTNC ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ có thực hành chung đạt nam giới chiếm 54,9% cao gấp 2,21 lần tỷ lệ thực hành đạt ở nữ giới. Trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm, cũng ghi nhận tỷ lệ thực hành chung đạt nam giới cao gấp 1,64 lần tỷ lệ thực hành đạt ở nữ giới, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [6]. Kết quả phù hợp với kiến thức phòng biến chứng bệnh, nhóm nam giới có kiến thức đạt tốt hơn nên khả năng thực hành đạt có thể cao hơn. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Đặng Văn Ước. Theo Đặng Văn Ước Cũng có khác biệt về mặt thống kê giữa thực hành với giới tính ( $p < 0,05$ ). Nhưng khả năng có thực hành chung không đạt ở nam cao hơn nữ 2,47 lần [20]. Lý giải cho điều này theo Đặng Văn Ước là do thực tế nam giới thường có thói quen không tốt như hút thuốc, uống rượu bia nhiều hơn nữ điều này phần nào ảnh hưởng đến thực hành chung phòng biến chứng bệnh ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với hai nghiên cứu trên có thể do khác nhau về địa điểm nghiên cứu.

Qua nghiên cứu về trình độ học vấn, chúng tôi thấy khác biệt về thực hành chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ với trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu ( $p < 0,05$ ). Nhóm có học vấn từ THPT trở lên có thực hành chung đạt chiếm 61,6% và cao gấp 4,85 lần so với nhóm có học vấn dưới THPT. Như vậy học vấn càng cao thì khả năng thực hành đạt càng cao, điều này phù hợp với việc nhóm học vấn cao có kiến thức đạt cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với

nghiên cứu của Bùi Thị Châm và Đỗ Duy Phương. Theo Bùi Thị Châm, thực hành đạt của nhóm có có học vấn từ THPT trở lên cao gấp 2,33 lần nhóm học vấn dưới THPT [6]. Còn theo Đỗ Duy Phương, nhóm có trình độ từ THPT trở lên có thực hành chung đạt cao gấp 20,24 lần so với nhóm có trình độ học vấn dưới THPT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [13].

Nghiên cứu của Bùi Thị Châm, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung với các nhóm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của Đỗ Duy Phương lại ghi nhận sự khác biệt này ( $p < 0,05$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐTNC có nhóm CBCN-VC và nghỉ hưu có thực hành chung đạt chiếm 54% cao gấp 2,66 lần so với nhóm nghề tự do. Nghiên cứu của Đỗ Duy Phương thì nhóm CBCN-VC và nghỉ hưu có thực hành chung đạt cao bằng 20,24 lần so với nhóm nghề tự do [13].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa thực hành chung phòng biến chứng với thời gian mắc bệnh của ĐTNC và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả bảng 3.16 cho thấy tỷ lệ thực hành đạt của nhóm bị bệnh  $\geq 5$  năm là 49,7% cao gấp 1,58 lần so với nhóm bị bệnh  $< 5$  năm. Kết quả trên tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Châm. Trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm, những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm có thực hành đạt cao hơn 1,86 lần nhóm mắc bệnh từ 5 năm trở xuống [6]. Kết quả trên có thể lý giải như sau: Việc ĐTNC có thời gian mắc bệnh càng dài thì khả năng họ được tư vấn, tiếp cận với thông tin nhiều hơn nhưng người mới mắc bệnh, họ có thời gian thực hành nhiều hơn và từ đó họ có thể điều chỉnh loại bỏ các hoạt động chưa tốt với sức khỏe, chính vì thế thực hành của họ sẽ tốt hơn người mới mắc bệnh. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của các tác giả Đỗ Duy Phương [13] và Đặng Văn Ước [20], kết quả nghiên cứu của của 2 tác giả trên không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung và thời gian mắc bệnh của ĐTNC ( $p > 0,05$ ).

Không có sự khác biệt giữa thực hành chung phòng biến chứng với việc ĐTNC có biến chứng hay không trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan, Bùi

Thị Châm và Đỗ Duy Phương ( $p>0,05$ ). Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lại ghi nhận có sự khác biệt giữa thực hành chung với việc ĐTNC đã có biến chứng hay không. Kết quả bảng 3.16 cho thấy tỷ lệ thực hành đạt của ĐTNC không có biến chứng chiếm 52% cao gấp 2,06 lần so với thực hành đạt của nhóm ĐTNC có biến chứng (34,4%). Có sự khác biệt trên do các nghiên cứu được thực hiện tại địa bàn khác nhau, tiêu chuẩn đánh giá thực hành đạt không giống nhau ở mỗi nghiên cứu. Mặt khác kết quả này phù hợp với thực tế, nếu ĐTNC có thực hành tốt thì phần nào hạn chế được biến chứng của bệnh. Vì vậy, cần tăng cường tư vấn giải thích để người bệnh có thực hành tốt hơn để hạn chế biến chứng bệnh ĐTD.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung và kiến thức chung của ĐTNC ( $p<0,05$ ). Kết quả bảng 3.17 cho thấy tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức chung đạt chiếm 61,8% và cao hơn nhóm có kiến thức không đạt là 4,81 lần. Kết quả trên của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả Bùi Thị Châm, Đỗ Duy Phương và Đặng Văn Ước. Trong nghiên cứu của Bùi Thị Châm, tỷ lệ thực hành chung đạt ở nhóm có kiến thức đạt cao gấp 1,93 lần so với nhóm có kiến thức không đạt yêu cầu [6]. Theo nghiên cứu của Đỗ Duy Phương, tỷ lệ nhóm có kiến thức chung đạt có thực hành đạt cao gấp 14,26 lần so với nhóm có kiến thức chung không đạt [13]. Tỷ lệ thực hành chung đạt của nhóm có kiến thức chung đạt (47,5%) cao gấp 3,96 lần so nhóm có kiến thức chung không đạt (18,6%) là kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Văn Ước [20]. Như vậy, chúng ta thấy được kiến thức chung có liên quan chặt chẽ đến thực hành chung của người bệnh, người bệnh có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao hơn nhóm có kiến thức không đạt. Từ đây ta thấy rõ tầm quan trọng của việc tuyên truyền, tư vấn y tế và giáo dục sức khỏe cho người bệnh ĐTD.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thực hành chung phòng biến chứng bệnh ĐTD với tình trạng kinh tế gia đình, hoàn cảnh sống cùng ai, tiền sử gia đình của đối tượng nghiên cứu ( $p>0,05$ ).

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của ĐTNC

**Kiến thức:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 đạt yêu cầu chiếm 51,1%.

**Thực hành:** Tỷ lệ người bệnh có thực hành chung phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 đạt yêu cầu là 43,8%.

### 2. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng biến chứng bệnh ĐTĐ của ĐTNC

#### *Các yếu tố liên quan đến kiến thức*

- Nhóm tuổi < 60 tuổi có kiến thức đạt cao gấp 1,8 lần nhóm  $\geq 60$  tuổi
- Nam giới có kiến thức đạt cao gấp 2,05 lần nữ giới
- Nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức đạt cao gấp 6,09 lần với các nhóm dưới THPT
- Nhóm cán bộ công nhân viên chức và nghỉ hưu có kiến thức đạt cao gấp 5,1 lần nhóm nghề tự do nhóm

#### *Các yếu tố liên quan để thực hành:*

- Nhóm tuổi dưới 60 tuổi thực hành đạt yêu cầu cao gấp 2,08 lần so với nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên.
- Nhóm nam có thực hành đạt cao gấp 2,21 lần nhóm nữ
- ĐTNC có học vấn từ THPT trở lên có thực hành đạt cao gấp 4,85 lần so với các dưới THPT
- Nhóm CBCN-VC hoặc nghỉ hưu có thực hành đạt cao gấp 2,66 lần so với ĐTNC thuộc nhóm nghề tự do
- Nhóm ĐTNC bị bệnh  $\geq 5$  năm có thực hành đạt cao gấp 1,58 lần so với nhóm bị bệnh <5 năm
- Thực hành đạt của ĐTNC không có biến chứng cao gấp 2,06 lần so với thực hành đạt của nhóm ĐTNC có biến chứng
- Nhóm ĐTNC có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 4,81 lần nhóm có kiến thức không đạt.



## **KHUYẾN NGHỊ**

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

### **1. Đối với người bệnh**

- Nghiêm chỉnh chấp hành tuân thủ điều trị bệnh theo chỉ dẫn của bác sỹ
- Thực hiện chế độ ăn hợp lý của người bệnh ĐTĐ theo khuyến cáo.
- Tích cực tham gia hoạt động thể lực phù hợp với tình trạng sức khỏe và theo hướng dẫn của cán bộ y tế
- Rèn luyện thói quen tự theo dõi bệnh, theo dõi huyết áp, khám bệnh định kỳ để kiểm soát đường huyết và phòng biến chứng bệnh.

### **2. Đối với cán bộ y tế**

- Khi thăm khám, điều trị cho người bệnh ĐTĐ ngoài việc cấp phát thuốc cho người bệnh cán bộ y tế cần chú trọng đến tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh về bệnh, các biến chứng của bệnh, cách phòng và phát hiện sớm biến chứng bệnh ĐTĐ
- Cần tăng cường công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh nhiều hơn, nhất là đối với các người bệnh lớn tuổi, có nghề nghiệp tự do, có trình độ học vấn thấp.
- Khi tư vấn về chế độ tập luyện, hoạt động thể lực cần chú trọng việc tư vấn tần suất tập luyện, hoạt động thể lực hợp lý và tư vấn cho người bệnh cách phòng hạ đường huyết khi tham gia tập luyện.
- Động viên, khuyến khích người bệnh nên đi khám sức khỏe định kỳ, tự theo dõi đường huyết và huyết áp tại nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng việt

1. Tạ Văn Bình (2007). *Những nguyên lý nền tảng đái tháo đường – tăng glucose máu*. Nhà xuất bản Y học.
2. Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh (2017). *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2016, phương hướng nhiệm vụ năm 2017*.
3. Bệnh viện Nội tiết Trung Ương (2013). *Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013*
4. Bộ y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa*. Nhà xuất bản Y học
5. Bộ Y tế (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2*. (Ban hành kèm theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
6. Bùi Thị Châm (2013). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Bắc Giang năm 2013*. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học y tế Công Cộng
7. David Beran, Tạ Văn Bình và Hoàng Kim Ước (2008). *Báo cáo chương trình đánh giá nhanh tình hình tiếp cận Insulin Việt Nam năm 2008*, 1-3.
8. Đào Thị Dừa, Nguyễn Hải Thuý (2008). Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân đái tháo đường. *Tạp chí Y học thực hành*, (616 + 617), 349-357.
9. Nguyễn Thị Hồng Đan (2010). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường typ 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2010*. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học y tế công Cộng
10. Trần Văn Hải, Đàm Văn Cương (2013). Nghiên cứu tình hình đái tháo đường và kiến thức, thực hành dự phòng biến chứng ở người dân 30 – 64 tuổi tại tỉnh Hậu Giang năm 2011. *Tạp chí Y học thực hành* 4(865), 23-27
11. Nguyễn Trung Kiên, Lưu Thị Hồng Vân (2011). Nghiên cứu kiến thức, thực hành về bệnh đái tháo đường của bệnh nhân đái tháo đường type tại bệnh viện đa khoa Hòa Bình – tỉnh Bạc Liêu năm 2010. *Tạp chí Y học Thực Hành* 5(753), 20-23.

12. Trần Thị Minh, Hồ Thị Kim Thanh (2011). Đánh giá kiến thức, thực hành phòng biến chứng hạ đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Lão khoa trung ương. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam* 1(2012), 104-109.
13. Đỗ Duy Phương (2015). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa khu vực Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp năm 2015*. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học y tế công Cộng
14. Đỗ Trung Quân (2006). *Biến chứng bệnh đái tháo đường và điều trị*. Nhà xuất bản Y học, 31-196.
15. Đỗ Trung Quân (2007). *Đái tháo đường và điều trị*. Nhà xuất bản Y học, 116-255
16. Đặng Thị Hằng Thi, Hoàng Kim Ước, Lã Ngọc Quang (2013). Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bàn chân của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 Tại bệnh viện 19-8 Bộ công an 2012. *Tạp chí Y học thực hành* 1(856), 38-42.
17. Bùi Khánh Thuận (2009). *Kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện nhân dân 115*, Luận văn thạc sỹ, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh
18. Đỗ Thị Tính (2010). Nghiên cứu tổn thương bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường. *Tạp chí Y học Thực Hành* 6(723), 146-148.
19. Trường đại học Y Hà Nội (2009). Đái tháo đường. *Bệnh học nội khoa*, 396-424
20. Đặng Văn Ước (2015). *Kiến thức, thực hành phòng biến chứng đái tháo đường và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân điều trị tại phòng khám bệnh viện đa khoa thị xã Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng năm 2015*. Luận văn thạc sỹ, Trường đại học y tế công Cộng

### **Tiếng anh**

21. American Diabetes Association (2016). Standards of medial care in diabetes. *Diabetes care*, 39
22. American Diabetes Association (2015). Standards of medial care in diabetes. *Diabetes care*, 37(1), S 14-80.
23. American Diabetes Association (2012). Standar of Medical care in diabetes – 2011. *Diabetes care*, 35(1).

24. Awole S, Yosief T (2015). Knowledge, Practice, and Barriers of Foot Care among Diabetic Patients Attending Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, Northwest Ethiopia. *Advances in Nursing* Volume 2015, Article ID 934623, 9 pages
25. Binh Q.T, Phuong T.P, Nhung T.B (2015). Knowledge and associated factors towards type 2 diabetes among a rural population in the Red River Delta region, Vietnam. *Rural and Remote Health* 15: 3275
26. David R.W, Leonor G, Clara W (2011). Jonathan Shawb IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 3(94), 311–321.
27. Fakir M.A.I and et al (2014). Knowledge, Attitudes and Practice of Diabetes in Rural Bangladesh: The Bangladesh Population Based Diabetes and Eye Study. *PLOS ONE*, 9(10).
28. International Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. *International Diabetes Federation*, 12-13.
29. International Diabetes Federation (2014). IDF Diabetes Atlas update poster, 6th edn. *International Diabetes Federation*, 2.
30. International Diabetes Federation (2011). *Global diabetes plan 2011-2021*, 6.
31. International Diabetes Federation (2003). *Diabetes Atlas second edition*, 15.
32. Karam P, Samir D. B, Trupti N.B and et al ( 2012). Evaluation of knowledge and self care practices in diabetic patients and their role in disease management. *National Journal of Community Medicine* Vol 3(1), 3-6
33. Maina W.K and et al (2010). Knowledge, attitude, and practices relates to diabetes among community members in four provinces in Kenya: a crosssectional study. *Pan African Medical Journal*, 7(2)
34. Shaw J.E, Sincre R.A, Zimmet P.Z (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 87(1),4-14.
35. Susan S, Steven H (2008). Relationship of Abdominal Visceral and subcutaneous Adipose Tissue with Lipoprotein Particle Number and Size in Type 2 Diabetes. *American Diabetes Association* 57, 2022-2027.
36. Varal N Shah and et al (2009). Asseeing the knowledge, attitueds and practice of type 2 diabetes among patients of Saurashtra region, Gujarat, International. *Journal of Diabetes in Developing countries*, 29(3), 118-122

37. WHO (2016). *Global report on diabetes*,1.
38. WHO (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. WHO/NCD/NCS/99.2

Thư viện số NDUN

## PHỤ LỤC 1

### THỎA THUẬN ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài nghiên cứu: “ Nghiên cứu kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Hà Tĩnh năm 2017”

Tên tôi :.....

Tuổi:.....

Số khám bệnh:.....

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

Người tham gia

Họ và tên:.....

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

Ngày phỏng vấn:.....

Mã số phiếu:.....

**A. Thông tin nhân khẩu học**

Họ và tên: ..... Số hồ sơ: .....

Địa chỉ:.....

	<b>CÂU HỎI</b>	<b>TRẢ LỜI</b>
<b>A1</b>	Ông/bà sinh năm nào (tính theo năm dương lịch) ?	.....
<b>A2</b>	Giới tính?	1. Nam 2. Nữ
<b>A3</b>	Trình độ học vấn của ông/bà?	1. Không biết chữ 2. Tiểu học 3. THCS 4. THPT 5. TC/CD/ĐH/SĐH
<b>A4</b>	Công việc chính của ông/bà hiện nay là gì?	1. Nghỉ hưu 2. Nông dân 3. Công nhân 4. Buôn bán/ nội trợ 5. Cán bộ 6. Khác (.....)
<b>A5</b>	Kinh tế gia đình Ông/Bà thuộc diện nào?	1. Hộ nghèo 2. Hộ cận nghèo
<b>A6</b>	Ông/bà hiện sống cùng ai?	1. Sống với gia đình 2. Sống một mình
<b>A7</b>	Thu nhập chính hiện tại của ông bà từ đâu?	1. Đang hưởng lương hưu 2. Đang hưởng trợ cấp xã hội 3. Sống phụ thuộc vào người thân 4. Đang làm việc để kiếm tiền

**B. Thông tin về tiền sử bệnh**

	<b>CÂU HỎI</b>	<b>TRẢ LỜI</b>
<b>B1</b>	Ông/ bà được chẩn đoán đái tháo đường type 2 từ năm nào?	.....
<b>B2</b>	Ông/bà được chẩn đoán đái tháo đường type 2 trong	1. Khám sức khỏe định kỳ 2. Ngẫu nhiên

	hoàn cảnh nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Biểu hiện ăn, uống, đái nhiều, sụt cân</li> <li>4. Sức khỏe suy yếu</li> <li>5. Khám sàng lọc</li> </ul>
<b>B3</b>	Ông/bà đã được chẩn đoán có biến chứng nào của bệnh ĐTĐ? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Không có biến chứng</li> <li>2. Thần kinh</li> <li>3. Mắt</li> <li>4. Bàn chân</li> <li>5. Thận</li> <li>6. Tim mạch</li> <li>7. Khác</li> </ul>
<b>B4</b>	Trong gia đình có ai mắc bệnh đái tháo đường giống ông/bà không? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Cha/ mẹ đẻ</li> <li>2. Anh/ chị/ em ruột</li> <li>3. Con đẻ</li> <li>4. Ông/ bà nội, ngoại</li> <li>5. Bác/chú/cô/dì/cậu ruột</li> <li>6. Không ai</li> </ul>

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

	<b>CÂU HỎI</b>	<b>TRẢ LỜI</b>	
<b>Kiến thức</b>			
<b>C1</b>	Ông/bà hiểu thế nào là bệnh ĐTĐ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Đường máu tăng cao hơn bình thường</li> <li>2. Tiểu ra đường</li> <li>3. Quá nặng cân</li> <li>4. Khác</li> <li>5. Không biết</li> </ul>	
<b>C2</b>	Ông/bà có biết các biểu hiện của bệnh ĐTĐ là gì không? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Uống nhiều</li> <li>2. Tiểu nhiều</li> <li>3. Sụt cân</li> <li>4. Mắt mờ</li> <li>5. Vết thương lâu lành</li> <li>6. Khác (.....)</li> <li>7. Không biết</li> </ul>	
<b>C3</b>	Theo ông/bà yếu tố nguy cơ dẫn đến ĐTĐ type 2 là gì? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Di truyền</li> <li>2. Béo phì</li> <li>3. Chế độ ăn uống quá nhiều</li> <li>4. Lười vận động</li> <li>5. Khác (.....)</li> <li>6. Không biết</li> </ul>	
<b>C4</b>	Theo ông/ bà bệnh ĐTĐ có điều trị khỏi	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> </ul>	



	được không?	3. Không biết	
<b>C5</b>	Theo ông/bà bệnh ĐTĐ có thể có những biến chứng ở cơ quan nào? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	1. Bệnh ở tim 2. Bệnh ở mắt 3. Bệnh ở thận 4. Bệnh ở bàn chân 5. Bệnh ở mạch máu 6. Khác (ghi rõ:.....) 7. Không biết	
<b>C6</b>	Theo ông/ bà biến chứng bệnh ĐTĐ có phòng được không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	Trả lời <b>2, 3</b> chuyển đến <b>C8</b>
<b>C7</b>	Theo ông/ bà phòng biến chứng ĐTĐ bằng cách nào? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	1. Uống thuốc đầy đủ 2. Chế độ luyện tập phù hợp 3. Chế độ ăn hợp lý 4. Theo dõi và khám bệnh định kỳ 5. Kiểm soát cân nặng 6. Khác (ghi rõ):..... 7. Không biết	
<b>C8</b>	Theo ông/bà đối với người bệnh ĐTĐ nên tuân thủ dùng thuốc như thế nào?	1. Dùng thuốc đều đặn, thường xuyên, đúng thuốc, đúng thời gian, đúng liều 2. Dùng thuốc khi có dấu hiệu tăng đường huyết 3. Dùng thuốc theo đơn của người bệnh khác hoặc tự mua thuốc theo đơn cũ	
<b>C9</b>	Nếu quên uống thuốc thì ông/bà sẽ xử trí thế nào?	1. Không uống bù 2. Uống bù vào hôm sau 3. Không biết	
<b>C10</b>	Theo ông/bà người ĐTĐ type 2 có nên thực hiện chế độ ăn kiêng không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	
<b>C11</b>	Theo ông/bà thức ăn của người bệnh ĐTĐ type 2 nên được chế biến dưới dạng nào?	1. Chiên xào 2. Nướng 3. Luộc 4. Không biết	
<b>C12</b>	Theo ông/bà người bệnh ĐTĐ type 2 nên ăn bao nhiêu bữa trong ngày?	1. 2 bữa/ ngày 2. 3 bữa/ ngày 3. Nhiều hơn 3 bữa/ ngày 4. Chỉ ăn khi đói 5. Không biết	

<b>C13</b>	Ông/bà có biết người bệnh ĐTĐ type 2 nên dùng các loại thực phẩm nào không? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rau xanh</li> <li>2. Cơm</li> <li>3. Đậu phụ</li> <li>4. Dầu thực vật</li> <li>5. Cá nạc</li> <li>6. Thịt lợn nạc</li> <li>7. Thịt gà bỏ da</li> <li>8. Khác (ghi rõ):.....</li> <li>9. Không biết</li> </ol>	
<b>C14</b>	Theo ông/ bà các loại thực phẩm nào người bệnh ĐTĐ cần hạn chế? <b>(Nhiều lựa chọn)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thịt mỡ</li> <li>2. Các món chiên, xào nhiều mỡ</li> <li>3. Nước có ga/ nước ngọt</li> <li>4. Cà phê, rượu bia</li> <li>5. Quả ngọt, thức ăn nhiều đường mía</li> <li>6. Thực phẩm đóng hộp</li> <li>7. Nội tạng động vật</li> <li>8. Khác (ghi rõ):.....</li> <li>9. Không biết</li> </ol>	
<b>C15</b>	Theo ông/bà người bệnh ĐTĐ cần có chế độ hoạt động thể lực để phòng biến chứng hay không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> <li>3. Không biết</li> </ol>	Trả lời <b>2, 3</b> chuyên đến <b>C18</b>
<b>C16</b>	Theo ông/bà mỗi ngày cần hoạt động thể lực trong bao lâu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;30 phút/ngày</li> <li>2. Từ 30 – 60 phút/ngày</li> <li>3. &gt;60 phút/ngày</li> <li>4. Khác (ghi rõ.....)</li> </ol>	
<b>C17</b>	Theo ông/ bà cường độ hoạt động thể lực như thế nào hợp lý?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mức độ thấp</li> <li>2. Mức độ trung bình</li> <li>3. Mức độ cao</li> <li>4. Không biết</li> </ol>	
<b>C18</b>	Theo ông/bà mức đường huyết nào sau đây thể hiện đường huyết được kiểm soát tốt?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Đường huyết lúc đói &lt;7 mmol/L</li> <li>2. Đường huyết sau ăn 7 – 8 mmol/L</li> <li>3. Không biết</li> </ol>	
<b>C19</b>	Ông/bà có biết mức huyết áp mục tiêu của người bệnh ĐTĐ được khuyến cáo hiện nay là bao nhiêu không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;140/90 mmHg</li> <li>2. &lt;130/80 mmHg</li> <li>3. &lt;120/70 mmHg</li> <li>4. &lt;110/60 mmHg</li> <li>5. Khác (.....)</li> <li>6. Không biết</li> </ol>	

<b>C20</b>	Theo ông/bà cần theo dõi và phòng biến chứng của bệnh ĐTD như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tái khám tại bệnh viện</li> <li>2. Tự kiểm tra đường huyết tại nhà</li> <li>3. Kiểm tra hàng tháng tại cơ sở y tế vừa kiểm tra tại nhà</li> <li>4. Không biết</li> </ol>	
<b>Thực hành</b>			
<b>C21</b>	Ông/bà có đi tái khám định kỳ không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> </ol>	Trả lời 2 chuyên đến <b>C23</b>
<b>C22</b>	Thời gia ông/bà tái khám kiểm tra bệnh là bao lâu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 tháng/lần</li> <li>2. 3 tháng/lần</li> <li>3. 6 tháng/lần</li> <li>4. &gt;12 tháng/lần</li> </ol>	
<b>C23</b>	Ông/bà có đi khám mắt để phát hiện sớm biến chứng không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> </ol>	Trả lời 2 chuyên đến <b>C23</b>
<b>C24</b>	Bao lâu ông/bà khám mắt đi một lần?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6 tháng/ lần</li> <li>2. 1 năm/ lần</li> </ol>	
<b>C25</b>	Ông/bà có kiểm tra và chăm sóc bàn chân không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> </ol>	Trả lời 2 chuyên đến <b>C28</b>
<b>C26</b>	Ông/bà thường kiểm tra và chăm sóc bàn chân thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kiểm tra hằng ngày</li> <li>2. Chỉ kiểm tra khi có bất thường</li> </ol>	
<b>C27</b>	Ông/bà có thực hiện cách bảo vệ bàn chân của mình không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thường xuyên đi giày, dép đủ mềm vừa vặn với bàn chân mình</li> <li>2. Không</li> </ol>	
<b>C28</b>	Ông/ bà có tự xử trí khi bị hạ đường huyết không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Có</li> <li>2. Không</li> </ol>	Trả lời 2 chuyên đến <b>C30</b>
<b>C29</b>	Khi bị hạ đường huyết ông/bà xử trí thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uống 1 lượng đường lớn</li> <li>2. Ăn bất kỳ thức ăn nào sẵn có</li> <li>3. Không xử trí chuyển ngay đến CSYT</li> <li>4. Khác (ghi rõ):.....</li> </ol>	
<b>C30</b>	Trong một tháng ông/ bà ăn nội tạng động vật như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không ăn</li> <li>2. 1 lần/ tháng</li> <li>3. Ăn trên 1 lần/ tháng</li> </ol>	
<b>C31</b>	Thói quen ăn hoa quả ngọt của ông bà như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Không ăn</li> <li>2. 1 lần/tuần</li> <li>3. 2 – 3 lần/tuần</li> <li>4. &gt;3 lần/tuần</li> </ol>	

<b>C32</b>	Ông/bà có thường xuyên ăn món xào, rán hằng ngày không?	1. Có 2. Không	
<b>C33</b>	Ông/bà có thường xuyên sử dụng các loại rau xanh trong bữa hằng ngày không ?	1. Có 2. Không	
<b>C34</b>	Ông/bà có uống nước ngọt, nước có ga không?	1. Có 2. Không	
<b>C35</b>	Lượng rượu, bia (300 ml bia hoặc 140ml rượu vang hay 40ml rượu nặng) ông/bà uống như thế nào?	1. Không uống 2. 1 lần/ngày 3. 2 – 3 lần/ngày 4. Khác (ghi rõ:.....)	
<b>C36</b>	Lượng thuốc lá/ thuốc lào ông/bà hút như thế nào?	1. Không hút 2. Dưới 5 điếu/ ngày 3. Trên 5 điếu ngày	
<b>C37</b>	Ông/ bà hoạt động thể lực bằng cách nào?	1. Không tập 2. Đi bộ 3. Đạp xe đạp 4. Chơi cầu lông 5. Khác (ghi rõ):.....	Trả lời 1 chuyên đến C41
<b>C38</b>	Ông/ bà hoạt động thể lực bao nhiêu lần/ tuần?	1. Hằng ngày 2. 3 -5 lần/tuần 3. <3 lần/tuần	
<b>C39</b>	Ông/bà tập luyện thể lực trong ngày với thời gian như thế nào?	1. ≤ 30 phút/ ngày 2. 30-60 phút/ ngày 3. > 60 phút/ ngày	
<b>C40</b>	Khi đi hoạt động thể lực ông/ bà có mang đồ ăn theo phòng hạ đường huyết không?	1. Có 2. Không	
<b>C41</b>	Ông/ bà dùng thuốc có đúng loại theo đơn của bác sĩ không?	1. Có 2. Không	
<b>C42</b>	Ông/ bà dùng thuốc có đều, đúng giờ, đúng liều không?	1. Có 2. Không	

#### D. Nguồn tiếp cận thông tin

	<b>CÂU HỎI</b>	<b>TRẢ LỜI</b>	
<b>D1</b>	Ông/bà có nhận được thông tin về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 không?	1. Có 2. Không	Trả lời <b>2</b> kết thúc phỏng vấn
<b>D2</b>	Ông/bà có nhận được thông tin về phòng biến chứng bệnh ĐTĐ type 2 nguồn nào? <b>( nhiều lựa chọn )</b>	1. Cán bộ y tế 2. Từ người bệnh khác 3. Sách/ Báo 4. Đài/ Tivi 5. Internet 6. Khác (..... )	

Cảm ơn ông/bà đã hợp tác!

Thư viện số NDUN

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

<b>Câu</b>	<b>Đáp án đúng</b>	<b>Quy đổi sang điểm</b>
<b>C1</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C2</b>	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng $\geq 3$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C3</b>	1, 2, 3, 4 (đạt khi trả lời đúng $\geq 2$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C4</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C5</b>	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng $\geq 3$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C6</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C7</b>	1, 2, 3, 4, 5 (đạt khi trả lời đúng $\geq 3$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C8</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C9</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C10</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C11</b>	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C12</b>	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C13</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (đạt khi trả lời đúng $\geq 4$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C14</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (đạt khi trả lời đúng $\geq 4$ ý)	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C15</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C16</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C17</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C18</b>	1 hoặc 2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C19</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C20</b>	3	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C21</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C22</b>	1 hoặc 2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C23</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm

<b>C24</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C25</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C26</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C27</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C28</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C29</b>	1 hoặc 2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C30</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C31</b>	1 hoặc 2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C32</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C33</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C34</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C35</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C36</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C37</b>	2 hoặc 3 hoặc 4	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C38</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C39</b>	2	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C40</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C41</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm
<b>C42</b>	1	Đạt = 1 điểm; Sai = 0 điểm