BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

NGUYỄN XUÂN TĨNH

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH – 2017

Thư viện số NDUN

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

NGUYỄN XUÂN TĨNH

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: 60.72.05.01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

TS. Trương Tuấn Anh

Nam Định - 2017

Thư viện số NDUN

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

Mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là người bệnh được chẩn đoán là BPTNMT đang điều trị tại Khoa Nội Bệnh viện đa khoa Tỉnh Nam Định từ tháng 02/2017 đến hết tháng 5/2017.. Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và bộ câu hỏi SF-36.

Kết quả: Đối tượng nhóm tuổi lớn hơn 60 chiếm 91,1%. Người bệnh Nam chiếm 81,1%, nữ 18,9%. Thời gian mắc dưới 6 tháng 68,9%; tỷ lệ mắc các bệnh kèm theo là 48,9%. Có 65,6% người bệnh có sức khỏe tinh thần trung bình kém. Có 51,1% người bệnh có sức khỏe thể chất ở mức trung bình khá và chỉ có 2,2% đối tượng ở mức khá, tốt. Nhận thức về sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa phải, chiếm 62,2% và chỉ có 7,8% đối tượng có nhận thức thấp về sự hỗ trợ xã hội.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống chung của đối tượng nghiên cứu chủ yếu thuộc loại trung bình kém chiếm 53,3% và không đối tượng nào có chất lượng cuộc sống ở mức khá, tốt. Chất lượng cuộc sống của những người có hỗ trợ xã hội thấp kém hơn những người có hỗ trợ xã hội vừa và cao với Fisher's exact = 0,408 và người bệnh mệt mỏi nhẹ có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị mệt mỏi mức độ vừa hoặc khinh khủng với Fisher's exact = 0,289.

Thư viện số NDUN

LỜI CAM ĐOAN

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

Nam Định, ngày 24 tháng 10 năm 2017

Tác giả luận văn

Nguyễn Xuân Tĩnh

Thư viện số NDUN

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến: Các thầy trong Ban Giám hiệu, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Phòng ban và các Thầy cô giáo các Khoa, Bộ môn trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập tại trường.

Tôi xin gửi lời cảm ơn Ban Giám đốc, Trung tâm chỉ đạo tuyến, Khoa nội tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định đã tạo điều kiện cho tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Đặc biệt tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến: TS. Trương Tuấn Anh Người thầy trực tiếp hướng dẫn đề tài, đã quan tâm, giúp đỡ và động viên tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn này.

Xin cảm ơn tất cả các Bác sĩ, Điều dưỡng, hộ lý tại khoa Nội tổng hợp Bệnh Đa khoa tỉnh Nam Định đã tạo điều kiện cho tôi thu thập số liệu và hợp tác chỉ dẫn trong suốt quá trình thu thập số liệu tại khoa.

Xin chân thành cảm ơn gia đình, bè bạn, đồng nghiệp đã tận tình giúp đỡ, động viên và khích lệ tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Nam Định, tháng 10 năm 2017

Tác giả luận văn

Nguyễn Xuân Tĩnh

Thư viện số NDUN

MỤC LỤC

Nội dung **Trang**

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU i

LỜI CAM ĐOAN ii

LỜI CẢM ƠN iii

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT iv

DANH MỤC CÁC BẢNG v

DANH MỤC BIỂU ĐỒ vi

ĐẶT VẤN ĐỀ 1

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU 3

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 4

1.1. Định nghĩa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 4

1.2. Tình hình dịch tễ học 4

1.3. Nguyên nhân gây mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 5

1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng 6

1.5. Chẩn đoán mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 8

1.6. Tổng quan về chất lượng cuộc sống và tác động của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về chất lượng cuộc sống 8

1.7. Những nghiên cứu có liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 10

1.8. Công cụ đo lường chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 11

1.9. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 12

1.10. Đặc điểm của địa bàn nghiên cứu 14

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 15

2.1. Đối tượng nghiên cứu 15

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu 15

2.3. Thiết kế nghiên cứu 15

Thư viện số NDUN

2.4. Cỡ mẫu 15
2.5. Phương pháp chọn mẫu 15
2.6. Phương pháp thu thập số liệu 15
2.7. Các biến số nghiên cứu 16
2.8 Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá 20
2.9. Phương pháp phân tích số liệu 23
2.10.Đạo đức trong nghiên cứu 24
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 25
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu 25
3.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu 27
3.3. Thực trạng hỗ trợ xã hội, mức độ khó thở, mức độ mệt mỏi của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 33
3.4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu 34
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN 40
4.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 40
4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 45
KẾT LUẬN 49
KHUYẾN NGHỊ 50
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC
Phụ lục 1: Phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu
Phục lục 2: Phiếu điều tra
Phụ lục 3: Danh sách người bệnh tham gia nghiên cứu

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BPTNMT	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CAT(COPD Asessment Test)	Bộ câu hỏi đánh giá COPD
CCQ (Clinical COPD Questonaire)	Bảng điểm đánh giá lâm sàng COPD
CLCS	Chất lượng cuộc sống
CLCS-SK	Chất lượng cuộc sống- sức khỏe
COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CRQ (Chronic Respiratory Questionnaire)	Câu hỏi hô hấp mạn tính
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
SF- 36 (Medical Outcomes Study 36 Item Short Form)	36 câu hỏi điều tra Y tế mẫu ngắn
SGRQ(Saint George Respiratory Questionnaire)	Bộ câu hỏi hô hấp Saint George
FEV1	Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên
FEV1/FVC	Chỉ số Gaensler

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu.....17
Bảng 2.2. Tám lĩnh vực đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36 20
Bảng 2.3. Cách tính điểm cho mỗi câu trả lời trong bộ câu hỏi SF-36.....21
Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....25
Bảng 3.2. Thời gian phát hiện bệnh và các bệnh kèm theo của đối tượng 27
Bảng 3.3. Ảnh hưởng của bệnh liên quan đến hoạt động thể chất của đối tượng 27
Bảng 3.4. Những hạn chế của bệnh đến hoạt động hằng ngày.....28
Bảng 3.5. Những hạn chế của bệnh đến tinh thần của đối tượng 28
Bảng 3.6. Tình trạng sức khỏe ảnh hưởng đến tâm thần của đối tượng 29
Bảng 3.7. Đối tượng tự đánh giá sức khỏe tổng quát của mình. 30
Bảng 3.8. Đánh giá sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn và cảm nhận xã hội trong 4 tuần qua của đối tượng.....30
Bảng 3.9. Bảng đánh giá sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống.....32
Bảng 3.10. Phân loại mức độ khó thở của người bệnh 33
Bảng 3.11 . Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính.....34
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và bệnh kèm theo 35
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi.....35
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp.....36
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng hôn nhân.....36
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và thời gian mắc bệnh 37
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hỗ trợ xã hội 37
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng khó thở 38

Thư viện số NDUN

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Nghề nghiệp của đối tượng……...26
Biểu đồ 3.2. Sự hỗ trợ xã hội 33
Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ mệt mỏi của người bệnh 34

Thư viện số NDUN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng với tần suất mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cao và có xu hướng tăng lên. Năm 2001 bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 - 3,8% tử vong toàn bộ tại các nước thu nhập cao và hàng thứ 6 - 4,9% tử vong toàn bộ tại các nước thu nhập vừa và thấp [43]. Dự báo bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 vào năm 2020 và hàng thứ 4 vào năm 2030. Số người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính luôn chiếm tỷ lệ lớn trong các khoa hô hấp tại các bệnh viện, là gánh nặng cho ngành y tế.

Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung cho thấy tần suất bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người > 40 tuổi là 4,2% [5]. Theo thống kê tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ năm 1996 đến năm 2000 bệnh này chiếm 25,1% trên tổng số người bệnh[13]. Tại khoa Lao - Bệnh phổi của Bệnh viện 103 từ 2001 - 2010, nhóm bệnh phế quản có tỷ lệ cao nhất chiếm 35,5% trong đó có tới 49,5% là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [4].

Trong những năm gần đây, đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã trở nên quan trọng để đo lường kết quả điều trị và những tác động của Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đối với cuộc sống người bệnh [19], [40]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của người bệnh Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là trung bình và thấp [11], [20]. Tuy nhiên tác động của Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến chất lượng cuộc sống là khác nhau ở các đối tượng người bệnh.

Để có những chương trình can thiệp nâng cao chất lượng cuộc sống phù hợp với từng đối tượng cụ thể thì cần phải xác định được các tác động cụ thể của bệnh lên người bệnh cũng như các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống, đặc biệt là chất lượng cuộc sống đối với người bệnh Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vẫn còn hạn chế. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định chưa

Thư viện số NDUN

có nghiên cứu nào về chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Với mong muốn tìm hiểu về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

"Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017 " nhằm mục tiêu sau:

Thư viện số NDUN

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

Thư viện số NDUN

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh thường gặp, có thể điều trị và dự phòng được, đặc trưng bởi tắc nghẽn đường thở, tiến triển nặng dần, liên quan đến các phản ứng bất thường của phổi bởi các phân tử và khí độc hại. Các đợt cấp và bệnh kèm theo góp phần vào mức độ nặng ở mỗi người bệnh [27].

1.2. Tình hình dịch tễ học

1.2.1. Tình hình dịch tễ học thế giới

Trên thế giới, phân tích gộp 67 nghiên cứu từ 28 nước cho tần suất BPTNMT ở người trên 40 tuổi từ 1990–2004 là 4,9% (lời khai người bệnh); 5,2% (chẩn đoán bác sỹ); 9,2% (hô hấp ký) [45]. Nghiên cứu PLATINO tại Brazil, Chile, Mexico, Uruguay và Venezuela cho thấy tần suất BPTNMT từ 7,8% ở Mexico City đến 20% ở Montevideo [47]. Nghiên cứu BOLD cho tần suất BPTNMT từ 5,1% ở Quảng Châu đến 16,7% ở Cape Town (nữ giới); từ 8,5% ở Reykjavik đến 22,2% ở Cape Town (nam giới) [12]. Nghiên cứu NICE ở Nhật cho tần suất BPTNMT 10,9% [23]. Năm 2003, nghiên cứu tại châu Á Thái Bình Dương cho tần suất BPTNMT là 6,3% ở người trên 30 tuổi, dao động từ 3,5% (Hong Kong, Singapore) đến 6,7% (Việt Nam) [52].

Năm 2001, BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 5 - 3,8% tử vong toàn bộ tại các nước thu nhập cao và hàng thứ 6 - 4,9% tử vong toàn bộ tại các nước thu nhập vừa và thấp [43]. Dự báo BPTNMT sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 vào năm 2020 [26] và hàng thứ 4 vào năm 2030 [46]. Năm 2001, BPTNMT là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ 7 tại các nước thu nhập cao và hàng thứ 10 tại các nước thu nhập vừa và thấp [43]. Dự báo BPTNMT là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ 5 vào năm 2020 [26] và thứ 7 vào năm 2030 [46].

1.2.2. Tình hình dịch tễ học ở Việt Nam

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phan Thu Phương, Ngô Quý Châu, Dương

Thư viện số NDUN

Đình Thiện ở 1012 người trên 40 tuổi ở 5 xã thuộc huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang, Việt Nam cho tần suất BPTNMT là 3,85% (nam 6,9% và nữ 1,4%) [5]. Tần suất này không khác kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung vốn cho tần suất BPTNMT ở người trên 40 tuổi tại Việt Nam là 4,2% (nam 7,1% và nữ 1,9%) [8].

BPTNMT luôn chiếm tỷ lệ lớn trong các khoa hô hấp tại các bệnh viện và là gánh nặng cho nền y tế Việt Nam. Tại khoa hô hấp, bệnh viện Bạch Mai từ 1996 – 2000, BPTNMT chiếm 25,1% [1]. Tại khoa lao – bệnh phổi, bệnh viện 103 từ 2001– 2010, nhóm bệnh phế quản có tỷ lệ cao nhất: 35,5% với 49,5% là BPTNMT [4].

1.3. Nguyên nhân gây mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.3.1. Khói thuốc lá

1.3.1.1. Hút thuốc chủ động

Khói thuốc là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây ra những bệnh đường hô hấp. Khoảng 20% những người hút thuốc có giảm đáng kể chức năng phổi ở giai đoạn sớm và tỉ lệ cao đáng kể các triệu chứng ho, khạc đờm [34].

Khói thuốc đóng vai trò là yếu tố nguy cơ ở 80-90% số người bệnh mắc BPTNMT [15].

1.3.1.2. Hút thuốc thụ động

Tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc của những người hút thuốc trong cùng phòng (nhà ở hoặc nơi làm việc) làm tăng tỷ lệ mắc BPTNMT [15].

1.3.2. Bụi và hóa chất nghề nghiệp.

Ô nhiễm nghề nghiệp làm gia tăng tần suất mắc bệnh đường hô hấp, làm tắc nghẽn đường dẫn khí, giảm chức năng hô hấp nhanh hơn. Bụi và hóa chất nghề nghiệp (hơi, chất kích thích, khói) gây BPTNMT khi phơi nhiễm với tác động mạnh kéo dài [7].

1.3.3. Ô nhiễm không khí

Vai trò của ô nhiễm không khí gây ra BPTNMT không rõ ràng, tác động của ô nhiễm không khí tới sự xuất hiện BPTNMT thấp hơn thuốc lá [35].

1.3.4. Nhiễm trùng hô hấp

Thư viện số NDUN

Người bệnh bị viêm phế quản mạn tính dễ mắc các đợt nhiễm trùng cấp hơn so với người bình thường. Tiền sử có nhiễm trùng hô hấp khi còn nhỏ có liên quan đến giảm chức năng phổi và tăng các triệu chứng ở tuổi trưởng thành. Viêm phổi nặng do virus xảy ra khi còn nhỏ có thể dẫn đến tắc nghẽn mạn tính các đường thở sau này [35].

1.3.5. Tình trạng kinh tế xã hội

Nguy cơ xuất hiện BPTNMT không hoàn toàn liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội. Tuy nhiên, những cư dân có tình trạng kinh tế thấp thường có tình trạng dinh dưỡng nghèo nàn, cũng như môi trường sống ẩm thấp và ô nhiễm, do vậy tạo điều kiện thuận lợi hơn cho nhiễm khuẩn hô hấp và xuất hiện BPTNMT [35].

1.4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

1.4.1.1. Triệu chứng cơ năng: Chủ yếu của người bệnh mắc BPTNMT đó là: ho (thường kèm theo khạc đờm) và khó thở khi gắng sức [6], [9], [48].

1.4.1.1.1. Ho có đờm

Ho khạc đờm mạn tính thường vào buổi sáng hoặc sau khi hút điếu thuốc đầu tiên. Ho thường nặng lên trong những mùa đông và đặc biệt là sau nhiễm khuẩn hô hấp. Lúc đầu là ho ngắt quãng sau đó là ho hàng ngày và thường ho cả ngày.

Ở giai đoạn ổn định ho kèm theo khạc đờm nhầy, số lượng đờm thay đổi tùy từng người bệnh. Đờm trở thành đờm mủ trong đợt cấp.

1.4.1.1.2. Khó thở

Khó thở tiến triển từ từ và người bệnh cố gắng làm giảm cảm giác khó thở bằng cách tự giảm gắng sức biến đổi kiểu thông khí để thích nghi do vậy việc phát hiện bệnh bị chậm trễ.

1.4.1.2. Triệu chứng thực thể

Khám lâm sàng người bệnh mắc BPTNMT không thấy có biểu hiện bệnh lí nếu chưa có tắc nghẽn mức độ trung bình hoặc nặng.

Thở nhanh, nhịp thở hơn 20 lần/phút.

Kiểu thở chúm môi ở cuối thì thở ra thường gặp ở người bệnh ở giai đoạn

Thư viện số NDUN

nặng, kiểu thở này nhằm làm chậm xẹp đường thở ở thì thở ra.

Xương ức lồi ra tăng đường kính trước sau dẫn đến biến dạng lồng ngực tạo cho lồng ngực có hình thùng.

Dấu hiệu Hoover: sự giảm bất thường đường kính lồng ngực khi hít vào (ở người bình thường đường kình lồng ngực tăng khi hít vào).

Sự co các cơ hô hấp lúc nghỉ ngơi (cơ ức đòn chũm) là dấu hiệu chứng tỏ bệnh đã tiến triển nặng hoặc là trong đợt cấp.

Ngón tay ám khói vàng chứng tỏ người bệnh hút nhiều thuốc lá.

Khám phổi: Rì rào phế nang giảm ở những người bệnh có giãn phế nang nặng. Đôi khi có thể có ran ngáy thay đổi với ho, thở rít là triệu chứng gặp thường xuyên. Có thể có ran nổ.

Có thể có dấu hiệu của tăng áp lực động mạch phổi và tâm phế mạn: Phù, thổi tâm thu nghe thấy ở mũi ức, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính, tĩnh mạch cổ nổi.

1.4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Cần làm các xét nghiệm để chẩn đoán BPTNMT trong đó quan trọng nhất là đo chức năng hô hấp.

1.4.2.1. X quang phổi thường:

Hiếm khi chẩn đoán sớm được bệnh**.** Ở giai đoạn đầu đa số bình thường, có thể thấy hình tăng đậm các nhánh phế huyết quản: "phổi bẩn". Lồng ngực giãn. Dày thành phế quản. Các mạch máu ngoại vi thưa thớt tạo nên vùng giảm động mạch kết hợp với hình ảnh căng giãn phổi, bóng khí.

Tim: cung động mạch phổi nổi, đường kính động mạch phổi thùy dưới bên phải >16mm là dấu hiệu của tăng áp động mạch phổi. Tim dài và thõng, giai đoạn cuối có hình ảnh tim to toàn bộ.

1.4.2.2. Chức năng hô hấp

Là xét nghiệm quan trọng để chẩn đoán bệnh và mức độ nặng của bệnh. Rối loạn thông khí trong COPD là rối loạn thông khí tắc nghẽn với FEV1 (Thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên) giảm, FEV1/FVC (Chỉ số Gaensler) <70%. Phục hồi không hoàn toàn sau test phục hồi phế quản. Thể tích khí cặn tăng, DLCO (khả

Thư viện số NDUN

năng khuếch tán khí CO qua màng phế nang mao mạch) giảm.

1.4.2.3. Đo khí máu động mạch

Với những người bệnh BPTNMT tiến triển là rất quan trọng. Test này nên tiến hành khi có FEV1< 50% hoặc suy hô hấp trên lâm sàng. Tím trung tâm, phù mắt cá chân, áp lực tĩnh mạch cổ).

Đo khí máu thì lấy máu bằng chọc động mạch, hoặc đo độ bão hòa oxy ở ngón tay, tai.

1.4.2.4. Chụp CT scan ngực với độ phân giải cao

Thường được tiến hành khi có giãn phế nang. Hình ảnh: thấy các vùng sáng, không có mạch máu, các bóng khí. Nặng có hình mạng nhện.

1.4.2.5. Điện tâm đồ:

Chẩn đoán biến chứng tâm phế mạn ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuy nhiên có thể bình thường ngay cả ở một số ca bệnh nặng. Một số trường hợp có thể thấy các dấu hiệu dày thất phải, nhĩ phải. Trên hình ảnh điện tim có thể thấy: P phế ở DII, DIII, aVF; P cao hơn 2,5 mm, nhọn, đối xứng. Dày thất phải.

1.4.2.6. Siêu âm tim: Nhằm đánh giá tình trạng tăng áp động mạch phổi, giãn thất phải, suy thất trái phối hợp.

1.4.2.7. Định lượng α1 antitrypsin: Ở những người bệnh mắc BPTNMT tuổi trẻ (<45 tuổi), người có tiền sử gia đình mắc bệnh.

1.5. Chẩn đoán mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Theo GOLD 2015, chẩn đoán COPD khi:

- Người bệnh có phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ: Thuốc lá, nghề nghiệp, ô nhiễm trong và ngoài nhà.
- Triệu chứng lâm sàng: Khó thở, ho mạn tính, có đờm.
- Khẳng định chẩn đoán bằng đo chức năng thông khí: FEV1/FVC <70%.

1.6. Tổng quan về chất lượng cuộc sống và tác động của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về chất lượng cuộc sống

1.6.1. Tổng quan về chất lượng cuộc sống

Năm 1948 Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lần đầu tiên đưa ra định nghĩa về sức khỏe: "*Sức khỏe là trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã*

Thư viện số NDUN

hội, chứ không phải chỉ là không có bệnh hay tật". Trong thực tế nhiều người có bệnh tật nhưng lại sống rất hạnh phúc trong khi những người khỏe mạnh lại trở thành các nhân tố nguy hiểm cho xã hội. Do vậy sức khỏe là một yếu tố rất quan trọng của chất lượng cuộc sống. Ngày nay, trong đời sống xã hội,chất lượng cuộc sống ngày càng được quan tâm nhiều hơn [2].

Định nghĩa của WHO cho rằng: "***chất lượng cuộc sống***" là sự cảm nhận của cá nhân về tình trạng hiện tại của người đó, theo những chuẩn mực về văn hóa và sự thẩm định về giá trị của xã hội mà người đang sống. Những nhận thức này gắn liền với mục tiêu, kỳ vọng và những mối quan tâm, lo lắng của người đó [30].

Giảm chất lượng cuộc sống liên quan mật thiết gánh nặng bệnh tật, xuất hiện phổ biến ở mọi giai đoạn tiến triển của BPTNMT. Do BPTNMT không thể điều trị khỏi, đánh giá chất lượng cuộc sống và điều trị tăng chất lượng cuộc sống là then chốt trong quản lí BPTNMT [40].

1.6.2. Tác động của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về chất lượng cuộc sống

BPTNMT đã được coi là một gánh nặng sức khỏe đáng kể do tính mạn tính và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của nó. Các nghiên cứu báo cáo rằng các người bệnh BPTNMT nhận thức ảnh hưởng khác nhau của BPTNMT trong tất cả các khía cạnh của cuộc sống của họ [13]. Nhiều nghiên cứu đã khảo sát cách BPTNMT gây ra nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng dẫn đến tình trạng sức khỏe suy yếu của người bệnh và chức năng. BPTNMT là nguyên nhân chính gây tử vong, bệnh tật và tàn tật trong đó có tác động đáng kể đến sự chịu đựng của các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày và sức khỏe [13], [31], [36], [49]. Có những bằng chứng xác nhận người bệnh BPTNMT có chất lượng cuộc sống kém do gánh nặng triệu chứng của BPTNMT, cũng như sự suy giảm chức năng thể chất, tâm lý lành mạnh và hành vi xã hội gây ra bởi bệnh [11], [20], [38]. BPTNMT cũng liên quan với sự phụ thuộc ngày càng tăng trong chăm sóc người bệnh [51].

Khi xem xét chi phí liên quan đến BPTNMT thì bệnh này tạo ra một gánh nặng kinh tế cao cho các cá nhân, gia đình, dịch vụ y tế và xã hội, với chi phí đáng kể liên quan đến nhập viện, điều trị liên tục và chăm sóc theo dõi trong suốt cuộc đời [54]. Điều này là không ngạc nhiên vì người bệnh BPTNMT có tỷ lệ nhập viện

Thư viện số NDUN

cao hơn so với những người khỏe mạnh gấp năm lần. Rõ ràng là những người có bệnh mạn tính sẽ hấp thụ một phần đáng kể của tất cả các chi phí y tế và người bệnh BPTNMT chiếm một phần đáng kể của dân số bệnh mạn tính [18]. Gánh nặng kinh tế cho BPTNMT cũng sẽ tăng lên rõ ràng cùng với sự tiến triển của bệnh. Sau đó giai đoạn người bệnh BPTNMT tạo ra gánh nặng kinh tế lớn nhất, không chỉ thông qua việc tăng sử dụng các nguồn lực y tế mà còn thông qua nghỉ hưu bắt buộc như một hệ quả của các triệu chứng leo thang [28]. Tỷ lệ người bệnh BPTNMT đã buộc phải nghỉ hưu sớm do bệnh của họ là rất cao, có thể dẫn đến mất năng suất lên đến 160 triệu đô la cho dân số trong độ tuổi lao động quốc tế [22].

1.7. Những nghiên cứu có liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Các ảnh hưởng của BPTNMT về sức khỏe thể chất của người bệnh là rất lớn. Arne và cộng sự (2009) báo cáo mức thấp của hoạt động thể chất ở người bệnh BPTNMT. Mức độ sức khỏe thể chất cũng thấp hơn so với những người bệnh có các bệnh mạn tính khác như bệnh tiểu đường và tim mạch [16]. Eisner và cộng sự (2008) nhận thấy rằng BPTNMT đã có một ảnh hưởng đáng kể về chức năng thể chất của người bệnh vì nó hạn chế các hoạt động thể chất của họ. Các tác giả cũng đã xác định được chi dưới yếu và mất đi sức mạnh cơ xương do sự tác động của các triệu chứng của BPTNMT. Watz, Waschki, Meyer và Magnussen (2009) ủng hộ các phát hiện này dựa trên so sánh thời gian di chuyển giữa các người bệnh BPTNMT và những người khỏe mạnh. Các kết quả từ nghiên cứu của họ nhấn mạnh đi bộ ngắn hơn và thời gian đứng cũng như thời gian ngồi và nằm cho người bệnh BPTNMT dài hơn so với những người khỏe mạnh. Do những ảnh hưởng nghiêm trọng của bệnh BPTNMT về tình trạng sức khỏe thể chất của người bệnh, chất lượng cuộc sống của họ sẽ giảm đáng kể [11], [20], [38].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phan Thu Phương, Ngô Quý Châu, Dương Đình Thiện trên 1012 người > 40 tuổi ở 5 xã thuộc huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang, Việt Nam cho tần suất BPTNMT là 3,85% (nam 6,9% và nữ 1,4%) [5]. Tần suất này không khác kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung vốn cho tần suất BPTNMT trên người > 40 tuổi tại Việt Nam

Thư viện số NDUN

là 4,2% (nam 7,1% và nữ 1,9%) [8].

1.8. Công cụ đo lường chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Việc đánh giá CLCS-SK ở người bệnh BPTNMT đã trở thành một kết quả đo lường quan trọng trong nghiên cứu và điều trị bệnh BPTNMT.

1.8.1. Một số công cụ chất lượng cuộc sống – sức khỏe cụ thể

Câu hỏi hô hấp mạn tính (Chronic Respiratory Questionnaire: CRQ). CRQ bao gồm bốn lĩnh vực: mệt mỏi (4 câu), khó thở (5 câu), làm chủ (4 câu), và chức năng cảm xúc (7 câu). Mỗi câu hỏi có 7 phương án trả lời thang điểm Likert cho phép so sánh giữa bốn lĩnh vực. điểm số thấp hơn cho thấy một mức độ lớn của rối loạn chức năng [29], [59].

Câu hỏi BPTNMT lâm sàng (Clinical COPD Questionnaire: CCQ) bao gồm 10 câu hỏi đánh giá ba lĩnh vực: các triệu chứng (4 câu), trạng thái chức năng (4 câu), và trạng thái tinh thần (2 câu. Mỗi câu có 7 khả năng trả lời cho điểm từ 0 – 6 theo mức độ nặng dần ảnh hưởng của bệnh lên cuộc sống [55].

Bộ câu hỏi hô hấp Saint George (Saint George Respiratory Questionnaire: SGRQ): có 17 câu hỏi tự trả lời về 50 đề mục với 86 khả năng trả lời, chia làm hai phần: phần 1 (câu 1 – 8) đề cập triệu chứng – mức độ, thời gian, tần suất ho, khạc đàm, khò khè, khó thở; phần 2 (câu 9 – 17) đề cập hoạt động thể lực hàng ngày và ảnh hưởng đời sống hàng ngày: hạn chế việc làm, thể chất, tâm thần (hoảng loạn, mặc cảm), dùng thuốc điều trị (nhu cầu sử dụng và tác dụng phụ), kỳ vọng về sức khỏe và các xáo trộn khác trong đời sống hàng ngày. SGRQ có một phiên bản dành cho hen và BPTNMT được gọi là SGRQ–C (SGRQ for COPD). SGRQ–C có 14 câu hỏi tự trả lời về 40 đề mục với 63 khả năng trả lời, chia làm 2 phần: phần 1 (câu 1 – 7) đề cập triệu chứng; phần 2 (câu 8 – 14) đề cập hoạt động thể lực và ảnh hưởng–xáo trộn tâm lý xã hội [50].

Trắc nghiệm đánh giá BPTNMT (COPD Assessment Test: CAT): Năm 2009, Jones giới thiệu bộ câu hỏi CAT để đánh giá ảnh hưởng của BPTNMT lên sức khỏe người bệnh và cải thiện trao đổi bác sỹ – người bệnh [38]**.** CAT có 8 câu hỏi chia ba phần: (1) triệu chứng (ho, khạc đàm, nặng ngực, khó thở); (2) tình trạng hoạt động

Thư viện số NDUN

(sinh hoạt hàng ngày, giấc ngủ); (3) trạng thái tâm thần kinh (tự tin, thoải mái). Mỗi câu hỏi có 6 khả năng trả lời, cho điểm từ 0 đến 5. Tổng điểm từ 0 đến 40. Điểm 0 là không ảnh hưởng, điểm 5 là ảnh hưởng nặng cuộc sống [38].

1.8.2. Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống- sức khỏe

SF- 36 (Medical Outcomes Study 36–Item Short Form) gồm 36 câu hỏi điều tra Y tế mẫu ngắn điều tra về tình trạng, sức khỏe bằng cách theo dõi sự thay đổi 8 lĩnh vực chức năng được phát triển bởi Ware J. E. và Sherbourne C. D. (1992) [58]. Đây là cuộc khảo sát tự báo cáo của người bệnh về tình trạng sức khỏe nói chung đã được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống tổng thể trong một loạt các quần thể người bệnh, bao gồm cả bệnh BPTNMT. SF- 36 bao gồm 36 câu hỏi để đo tám lĩnh vực như sau: Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất, Hạn chế do vai trò của thể chất, sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn. Tự đánh giá sức khỏe tổng quát, sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống, sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội. Hạn chế do vai trò của tinh thần, sức khỏe tâm thần tổng quát. Năm 1995, Mahler D. A. và Mackowiak J. I đã nghiên cứu giá trị của bộ câu hỏi 36 kết cục y khoa trong BPTNMT và tác giả nhận thấy SF-36 là một công cụ có giá trị để đo lường CLCS-SK ở người bệnh BPTNMT [44]. SF-36 sau đó đã được áp dụng rộng rãi và nhiều tác giả đồng tình.

Như trên đã đề cập, có rất nhiều công cụ đo lường CLCS-SK. Ngoài ra, dựa trên phạm vi của bộ công cụ và kết hợp với mục đích nghiên cứu, định nghĩa của CLCS-SK trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phiên bản SF- 36 2.0 để đo lường CLCS-SK ở người bệnh BPTNMT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

1.9. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.9.1. Khó thở

Khó thở đã được báo cáo là triệu chứng tồi tệ nhất của BPTNMT [43], [23]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng khó thở hạn chế sự tự do của những người bệnh BPTNMT bằng cách làm suy yếu tính di động của họ và rằng nó được liên kết với sự lo lắng và hoảng loạn [24]. Trong một nghiên cứu khác, các kết quả cho thấy khó thở can thiệp với ít nhất một hoạt động đời sống hàng ngày trong hơn một nửa số

Thư viện số NDUN

người bệnh tham gia nghiên cứu này, và nó làm cản trở 52% hoạt động hàng ngày chẳng hạn như đi bộ và làm việc [53]. Từ những ảnh hưởng nghiêm trọng của BPTNMT về tình trạng sức khỏe thể chất của người bệnh, do đó dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh BPTNMT [11], [20], [38].

1.9.2. Mệt mỏi

Mệt mỏi ở người bệnh BPTNMT đã được báo cáo là triệu chứng quan trọng thứ hai của BPTNMT, sau khó thở [11]. Ngược lại với một tỷ lệ 18,3% - 25% trong dân số chung mệt mỏi là "hầu như luôn luôn" trải qua 43% - 58% số người bị BPTNMT [57]. Trong một nghiên cứu khác, mệt mỏi cho thấy mối tương quan với chất lượng tổng thể của cuộc sống (r = 0,75, p <0,01) [12]. Do đó, sự mệt mỏi làm suy yếu đáng kể chất lượng cuộc sống.

1.9.3. Bệnh kèm theo

Bệnh đi kèm bao gồm bệnh động mạch vành, đái tháo đường, loãng xương và nhược cơ. Những bệnh đi kèm này thường phổ biến trong BPTNMT. Hơn 50% của 1.145 người bệnh BPTNMT có 1-2 bệnh đi kèm, 15,8% có 3-4 bệnh đi kèm, và 6,8% có 5 hoặc nhiều bệnh kèm theo [56]. Trong nghiên cứu của Holguin và cộng sự (2005), các bệnh đi kèm đã được báo cáo thường xuyên ở những người bệnh nhập viện với chẩn đoán BPTNMT: Tăng huyết áp 17%, bệnh tim mạch 25%, tiểu đường 11%, và viêm phổi 12% [33]. Hơn nữa, Dalal và cộng sự (2011) cho thấy rằng những người bệnh BPTNMT với bệnh tim mạch có nguy cơ cao hơn đáng kể của các đợt cấp BPTNMT (OR = 1,62, p <0,001) và tăng chi phí hơn so với người bệnh BPTNMT không có bệnh đi kèm (p <0,001) [17]. Ngoài ra, Kinnunen và cộng sự (2003) phát hiện ra rằng các bệnh đi kèm có ảnh hưởng đến thời gian nhập viện BPTNMT, và báo cáo cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 7,7 ngày đối với người bệnh không có bệnh đi kèm so với 10,5 ngày, nếu có xuất hiện một bệnh đi kèm [42]. Do đó, các bệnh đi kèm liên quan đáng kể đến nhập viện, tăng nguy cơ tử vong và làm tăng chi phí điều trị.

Trong một số nghiên cứu chỉ ra rằng sự hiện diện của các bệnh đi kèm đã làm giảm chất lượng cuộc sống ở người BPTNMT [10], [39].

Thư viện số NDUN

1.9.4. Hỗ trợ xã hội

Nghiên cứu của Jaracz và cộng sự (2010) đã cho rằng hỗ trợ xã hội có liên quan đến chất lượng cuộc sống, tâm lý phúc lợi và sự sống còn của những người mắc bệnh mạn tính, bao gồm cả BPTNMT [37]. Trong một nghiên cứu khác, Harris (2007) chỉ ra rằng nhận được hỗ trợ xã hội tích cực có liên quan đến nhập viện giảm, ít hơn các đợt bệnh cấp tính. Ngoài ra, hỗ trợ xã hội cho thấy mối tương quan với chất lượng cuộc sống ($r = .50$, $p < 0,01$) [32]. Bằng cách sử dụng nhiều mô hình hồi quy tuyến tính với lựa chọn từng bước của các biến, kết quả của nghiên cứu này đã chứng minh rằng sự hỗ trợ xã hội là một yếu tố dự báo có ảnh hưởng đáng kể trên CLCS-SK [14].

1.10. Đặc điểm của địa bàn nghiên cứu

Nam Định là tỉnh duyên hải ở phía Nam đồng bằng bắc bộ. Với diện tích 1652,6 km^2 , dân số khoảng hơn 2 triệu người. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định là Bệnh viện hạng I cơ cấu 830 giường bệnh trực thuộc Sở Y tế Nam Định với 07 phòng chức năng, 21 khoa lâm sàng, 09 khoa cận lâm sàng với tổng số gần 650 y, bác sĩ và điều dưỡng viên. Trong đó có khoảng 300 người bệnh điều trị BPTNMT mỗi năm. Với số lượng người bệnh rất lớn, tuy nhiên các nghiên cứu về người bệnh BPTNMT vẫn chỉ tập trung vào công tác điều trị và còn rất nhiều hạn chế.

Công tác chăm sóc người bệnh hiện tại chỉ tập trung vào giảm thiểu các triệu chứng của bệnh, chứ chưa quan tâm đến những tác động của bệnh đối với cuộc sống hàng ngày của người bệnh cũng như khả năng đáp ứng với bệnh. Do đó người bệnh BPTNMT có rất nghiều hạn chế trong cuộc sống. Để nâng cáo chất lượng cuộc sống cũng như giúp người bệnh đáp ứng, thích nghi với tình trạng bệnh thì phải có những can thiệp điều dưỡng phù hợp với người bệnh BPTNMT tại Nam Định. Do đó cần phải có những nghiên cứu, khảo sát, đánh giá sự tác động qua lại của BPTNMT tới cuộc sống và các yếu tố ảnh hưởng.

Thư viện số NDUN

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là người bệnh được chẩn đoán là BPTNMT điều trị tại Khoa Nội Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người bệnh có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng như là: khó thở nặng, mệt mỏi, ho nhiều không thể trả lời câu hỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 2/2017 đến hết tháng 5/2017

- Địa điểm: Khoa Nội - Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

2.3. Thiết kế nghiên cứu

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

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là toàn bộ người bệnh BPTNMT đang điều trị tại Khoa Nội - Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian tiến hành nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Thực tế chúng tôi đã điều tra 90 người bệnh, đây là số người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, người bệnh đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Lựa chọn đối tượng đủ điều kiện nghiên cứu theo tiêu chí chọn mẫu

Thư viện số NDUN

- Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh không có các dấu hiệu khó thở cũng như mệt mỏi quá nặng không có khả năng giao tiếp. Nếu trong quá trình phỏng vấn người bệnh có khó thở, mệt mỏi hoặc các can thiệp điều dưỡng khác thì sẽ ngừng phỏng vấn và khi nào người bệnh thoải mái nhất sẽ phỏng vấn tiếp.

- Việc tham gia vào nghiên cứu của người bệnh là hoàn toàn tự nguyện và có thể ngừng trả lời câu hỏi bất cứ lúc nào. Nếu người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu thì ký vào bản đồng thuận (Phụ lục 1)

- Thu thập số liệu bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp, điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi bao gồm có 5 phần (Phụ lục 2)

- Thời gian cho mỗi trường hợp khoảng 15 - 20 phút

- Điều tra viên sẽ dựa vào hồ sơ để xác định đối tượng nghiên cứu và sẽ chọn đối tượng theo thuận tiện.

- Trước khi tiến hành người phỏng vấn tiếp xúc với người bệnh, giới thiệu bản thân và trình bày lý do cho việc phỏng vấn này

- Giải thích ngắn gọn cho người bệnh hiểu mục đích của nghiên cứu cũng như những đóng góp của nghiên cứu cho cộng đồng

- Ngay sau khi phỏng vấn xong, người phỏng vấn sẽ kiểm tra lại bộ câu hỏi để đảm bảo tất cả những thông tin liên quan không bị bỏ sót.

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu

STT	Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Cách thu thập	Loại biến
1	Nhân khẩu học	Tuổi	Thời gian đã qua kể từ khi sinh tính bằng năm đến thời điểm hiện tại.	Tuổi bé nhất, lớn nhất, trung vị, tứ phân vị	Biến độc lập
		Giới	Là sự khác biệt về	Thu thập giá	Biến

Thư viện số NDUN

STT	Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Cách thu thập	Loại biến
			mặt sinh học giữa nam giới và phụ nữ	trị nam và nữ	độc lập
		Nơi sống	Là nơi ở hiện tại của đối tượng.	Số nhà, tổ, khu, phường, thành phố/huyện.	Biến độc lập
		Trình độ học vấn	Là lớp học cao nhất đã hoàn tất trong hệ thống giáo dục quốc dân mà người bệnh đã theo học	Tỷ lệ người bệnh phân theo 2 nhóm: không biết chữ, Tiểu học, trung học cơ sở, Trung học phổ thông, Trung cấp/ Cao đẳng, Đại học hoặc sau đại học	Biến độc lập
		Nghề nghiệp	Là một việc làm có tính ổn định, đem lại thu nhập để duy trì và phát triển cuộc sống cho người bệnh	Tỷ lệ người bệnh phân theo các nhóm: Công nhân viên, buôn bán/kinh doanh, nông dân, nội trợ, công nhân nhà	Biến độc lập

Thư viện số NDUN

STT	Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Cách thu thập	Loại biến
				máy, nghề khác.	
		Tình trạng hôn nhân	Hôn nhân là sự kết hợp của các cá nhân về mặt tình cảm, xã hội, và hoặc tôn giáo một cách hợp pháp	Độc thân, kết hôn, góa phụ, ly thân	Biến độc lập
2	Chất lượng cuộc sống của người bệnh	Bệnh kèm theo	Ngoài bị BPTNMT thì người bệnh còn bị bệnh khác.	Tỷ lệ người bệnh mắc thêm bệnh Nhồi máu cơ tim, đái tháo đường, loét dạ dày tá tràng,…	Biến độc lập

Thư viện số NDUN

STT	Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Cách thu thập	Loại biến
		Mức độ khó thở của người bệnh	Xem hiện tại người BPTNMT có khó thở không và mức độ khó thở như thế nào.	Thu thập tỷ lệ người bệnh không khó khở, khó thở, khó thở kinh khủng	Biến độc lập
		Mức độ mệt mỏi của người bệnh	Đo mức độ mệt mỏi của người BPTNMT.	Thu thập tỷ lệ người bệnh không mệt mỏi, mệt mỏi, mệt mỏi kinh khủng	Biến độc lập

Thư viện số NDUN

STT	Mã biến	Tên biến	Định nghĩa	Cách thu thập	Loại biến
		Hỗ trợ xã hội	Những người BPTNMT có được gia đình, bạn bè và xã hội khích lệ, động viên hay không, mức độ như thế nào.	Về sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và của xã hội.	Biến độc lập
		Chất lượng cuộc sống	Đánh giá tình trạng sức khỏe và cuộc sống của người bệnh. Người bệnh cảm nhận như thế nào về từng vấn đề trong cuộc sống hàng ngày		Biến phụ thuộc

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

2.8.1 Bộ câu hỏi về nhân khẩu học

Được phát triển bởi nhà nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng học vấn, nghề nghiệp, Phân loại mức độ nặng của bệnh theo GOLD (được lấy trong hồ sơ bệnh án)

2.8.2 Bộ câu hỏi liên quan đến chất lượng cuộc sống (SF-36 v2)

Bộ câu hỏi liên quan đến chất lượng cuộc sống SF-36 phiên bản 2 được phát triển bởi Ware và Sherbourne (1992) [61]. Bộ câu hỏi sẽ được sử dụng để đo lường chất lượng cuộc sống tổng thể trong vòng 4 tuần qua. Bộ câu hỏi bao gồm 36 câu hỏi đo 8 lĩnh vực sức khỏe trên thang điểm 100.

Bảng 2.2. Tám lĩnh vực đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36

Thư viện số NDUN

Lĩnh vực	Nội dung	Câu hỏi	Số câu	Phân nhóm
1	Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j.	10	Sức khỏe thể chất
2	Hạn chế do vai trò của thể chất:	4a, 4b, 4c, 4d.	4	
3	Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn	7, 8.	2	
4	Tự đánh giá sức khỏe tổng quát	1, 11a, 11b, 11c, 11d.	5	
5	Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	9a, 9e, 9g, 9i.	4	Sức khỏe tinh thần
6	Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	6, 10.	2	
7	Hạn chế do tinh thần	5a, 5b, 5c.	3	
8	Sức khỏe tâm thần tổng quát	9b, 9c, 9d, 9f, 9h.	5	

Bảng 2.3. Cách tính điểm cho mỗi câu trả lời trong bộ câu hỏi SF-36

Câu hỏi	Câu trả lời	Điểm	Câu hỏi	Câu trả lời	Điểm
3	1	0	9b, 9c, 9f, 9g, 9i	1	0
	2	50		2	20
	3	100		3	40
4, 5, 10, 11a, 11c	1	0		4	60
	2	25		5	80
	3	50		6	100
	4	75	7, 9a, 9d,	1	100

Thư viện số NDUN

Câu hỏi	Câu trả lời	Điểm	Câu hỏi	Câu trả lời	Điểm
	5	100	9e, 9h	2	80
1, 2, 6, 8, 11b, 11d,	1	100		3	60
	2	75		4	40
	3	50		5	20
	4	25		6	0
	5	0			

Cách tính điểm:

+ Điểm cho mỗi câu được tính từ 0 - 100, trong đó, điểm càng cao tương ứng với CLCS càng tốt. Điểm cụ thể với từng câu xác định dựa vào thứ tự câu trả lời được lựa chọn theo bảng 2.

+ Điểm cho từng mục đánh giá của CLCS (bảng 2.1) được tính bằng trung bình điểm của tất cả các câu trả lời thuộc mục đó.

+ Điểm sức khỏe thể chất được tính bằng trung bình điểm của các mục số 1,2,3 và 4 (bảng 2.1).

+ Điểm sức khỏe tinh thần được tính bằng trung bình điểm của các mục số 5,6,7 và 8 (bảng 2.1).

+ Điểm CLCS chung được tính bằng trung bình điểm sức khỏe tinh thần và điểm sức khỏe thể chất.

- Cách đánh giá mức độ được qui định như sau:

  - Từ 0 - 25: Chất lượng cuộc sống kém.

  - Từ 26 - 50: Chất lượng cuộc sống trung bình kém.

  - Từ 51 - 75: Chất lượng cuộc sống trung bình khá.

  - Từ 76 - 100: Chất lượng cuộc sống khá, tốt.

2.8.3.Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội

Thư viện số NDUN

Được phát triển bởi tác giả Zimet (1988) [64] với mục tiêu để đo lường sự nhận thức về sự hỗ trợ xã hội. Bộ câu hỏi này gồm 12 câu hỏi với 3 nhóm về hỗ trợ xã hội của (1) Người thân (4 câu hỏi 1, 2, 5 , và 10), (2) Gia đình (4 câu hỏi 3, 4, 8, và 11), và (3) Bạn bè (4 câu hỏi 6, 7, 9, và 12). Mỗi câu hỏi có 7 phương án trả lời từ 1 "rất không đồng ý" đến 7 "rất đồng ý" và điểm khác nhau, từ 12 điểm đến 84 điểm. Tổng điểm cao mà người BPTNMT có, thì họ sẽ nhận được nhiều hơn về sự hỗ trợ xã hội. Các điểm số sẽ được chia thành ba cấp độ:

- 12- 36: Thấp
- 37- 60: Vừa phải
- 61- 84: Cao

2.8.4 Thang điểm đo khó thở trên người bệnh

Thang điểm đo khó thở trên người bệnh được phát triển bởi Gift và Narsavage (1989) [24]. Đây là thang điểm đo khó thở gồm 11 điểm (từ 0 = không khó thở đến 10 = khó thở kinh khủng). Giá trị trên thang phản ánh mức độ khó thở. Điểm càng cao người bệnh càng khó thở.

2.8.5. Thang điểm đo mệt mỏi trên người bệnh

Thang điểm đo mệt mỏi trên người bệnh là một quy mô để xác định mức độ nghiêm trọng của mệt mỏi trên người bệnh, được phát triển bởi Lorig, Ritter, và Jacquez (2005) [47]. Đây là thang điểm đo gồm 11 điểm (từ 0 = không mệt mỏi đến 10 = mệt mỏi kinh khủng). Giá trị trên thang phản ánh mức độ mệt mỏi. Điểm càng cao người bệnh càng mệt mỏi

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

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

- Các phân tích mô tả: Các biến số về nhân khẩu học (tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, nghề nghiệp); bệnh kèm theo, chất lượng cuộc sống, lo lắng, trầm cảm, khó thở, mệt mỏi được thể hiện bằng các giá trị trung bình, phần trăm, tần suất, độ lệch chuẩn.

Thư viện số NDUN

- Mối liên quan được kiểm định bằng test Fisher's exact, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đánh giá ở ngưỡng xác suất p <0,05.

2.10.Đạo đức trong nghiên cứu

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

Các đối tượng được mời tham gia phỏng vấn có quyền từ chối nếu không đồng ý.

Quá trình nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người và môi trường.

Thư viện số NDUN

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=90)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
<60	8	8,9
≥ 60	82	91,1
Giới tính		
Nam	73	81,1
Nữ	17	18,9
Trình độ học vấn		
Từ THCS trở xuống	66	73,3
THPT	17	18,9
Trung cấp, cao đẳng	1	1,1
Đại học, Sau đại học	6	6,7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	3	3,3
Kết hôn	71	78,9
Chồng hoặc vợ đã mất	16	17,8

Phần lớn đối tượng tập trung ở tuổi nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi chiếm tỷ lệ 91,1%.

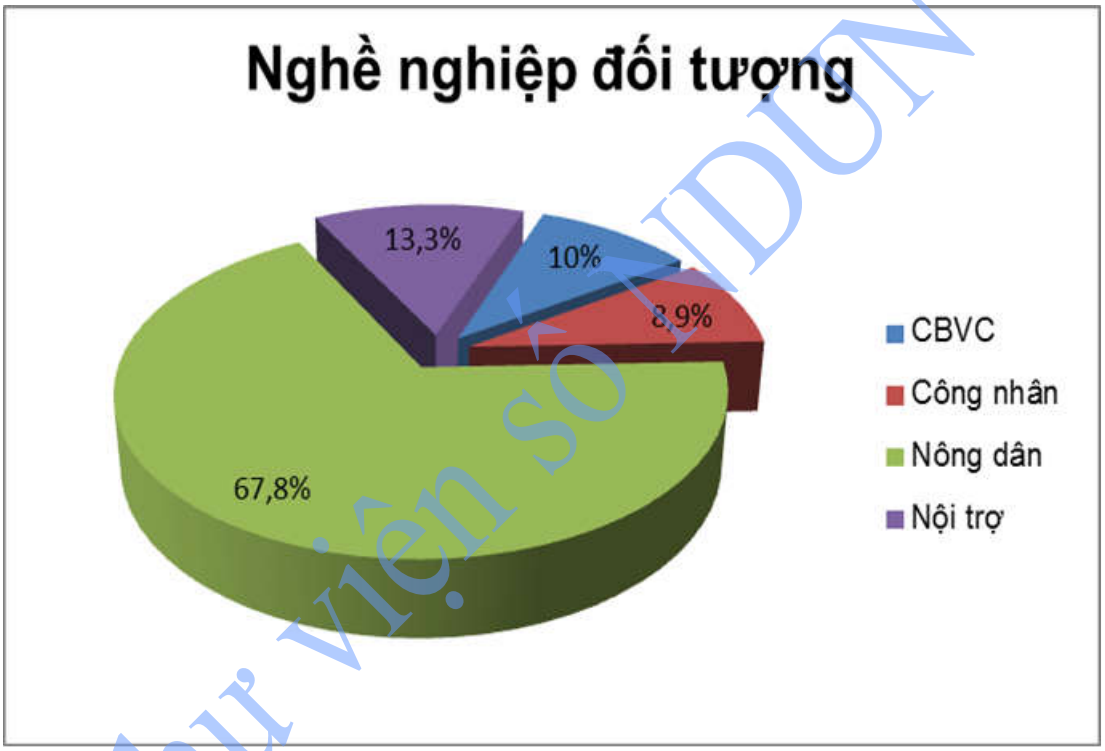
Đối tượng là nam giới chiếm tỷ lệ cao với 81,1%, nữ giới chỉ chiếm 18,9%.

Thư viện số NDUN

Tỷ lệ đối tượng có trình độ học vấn từ THCS trở xuống chiếm đa số (73,3%) và từ THCS trở lên chỉ chiếm 26,7%.

Hầu hết các đối tượng có tình trạng hôn nhân là kết hôn (78,9%).

Tỷ lệ việc làm chính là nông dân (67,8%), nội trợ (13,3%), cán bộ viên chức (10%) và công nhân chiếm 8,9%.



Biểu đồ 3.1. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ việc làm chính là nông dân (67,8%), nội trợ (13,3%), cán bộ viên chức (10%) và công nhân chiếm 8,9%.

Thư viện số NDUN

Bảng 3.2. Thời gian phát hiện bệnh và các bệnh kèm theo của đối tượng

Đặc điểm	Số lượng (n=90)	Tỷ lệ %
Thời gian phát hiện bệnh		
≤ 6 tháng	62	68,9
≥ 6 tháng	28	31,1
Các bệnh kèm theo		
Có	44	48,9
Không	46	51,1

Số người bệnh có thời gian mắc dưới 6 tháng 68,9% chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với người bệnh mắc bệnh trên 6 tháng; tỷ lệ mắc các bệnh kèm theo là 48,9% và không mắc bệnh kèm theo là 51,1%.

3.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Những ảnh hưởng của bệnh liên quan đến hoạt động thể chất của đối tượng

Bảng 3.3.* Những ảnh *hưởng của bệnh liên quan đến hoạt động thể chất của đối tượng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Hoạt động mạnh, chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia thể thao gắng sức	8,89	21,95
Vận động nhẹ nhàng, chẳng hạn như di chuyển 1 cái bàn, đẩy máy hút bụi	45,56	37,21
Xách đồ khi đi chợ	50,00	41,05
Leo vài bậc cầu thang	43,89	40,24
Leo một bậc cầu thang	66,11	37,35
Các động tác gập, cúi người	48,89	37,46
Đi bộ hơn 1km	21,67	33,56
Đi bộ vài bước	68,33	37,06
Đi bộ một bước	79,44	30,81
Tắm hoặc tự mặc quần áo cho mình	65,56	41,49
Điểm trung bình chung	49,83	25,79

Thư viện số NDUN

Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất trong vòng một tháng trở lại của người BPTNMT gặp hạn chế nhiều nhất do hoạt động mạnh, chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia thể thao gắng sức; tiếp theo là việc đi bộ hơn 1km; những việc làm không hạn chế chiếm tỷ lệ cao là đi bộ một bước, đi bộ vài bước, leo một bậc cầu thang, tắm hoặc tự mặc quần áo cho mình; việc ít hạn chế như xách đồ khi đi chợ, điểm trung bình chung.

3.2.2. Những hạn chế của bệnh đến hoạt động hằng ngày

Bảng 3.4. Những hạn chế của bệnh đến hoạt động hằng ngày

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Mất nhiều thời gian để hoàn thành	38,33	28,84
Không hoàn thành công việc như mong muốn	43,89	27,36
Gặp khó khăn khi thực hiện một loại công việc hoặc hoạt động nào đó	41,94	26,72
Có khó khăn trong việc thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác (ví dụ: khi bạn đã nỗ lực nhiều)	40,83	30,32
Điểm trung bình chung	41,25	25,57

Những hạn chế do vai trò của thể chất nhiều lúc và thậm chí hầu như mọi lúc sức khỏe làm ảnh hưởng tới công việc và hoạt động.

3.2.3. Những hạn chế của bệnh đến tinh thần của đối tượng

Bảng 3.5. Những hạn chế của bệnh đến tinh thần của đối tượng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Làm mất nhiều thời gian để hoàn thành công việc	38,61	30,02
Không hoàn thành công việc như mong muốn	44,17	29,99
Không thực hiện công việc một cách cẩn thận như mọi khi	44,44	31,08
Điểm trung bình chung	42,41	27,90

Thư viện số NDUN

Những hạn chế do tinh thần, nhiều lúc và thậm chí hầu như mọi lúc tâm lý lo lắng về bệnh tật làm cho người BPTNMT ảnh hưởng tới chất lượng công việc.

3.2.4. Tình trạng sức khỏe ảnh hưởng đến tâm thần của đối tượng

Bảng 3.6. Tình trạng sức khỏe ảnh hưởng đến tâm thần của đối tượng

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Bạn luôn cảm thấy tràn đầy sức sống	33,56	19,16
Bạn đã rất lo lắng	38,22	22,37
Bạn cảm thấy rất buồn chán và không gì làm bạn vui lên	42,22	19,76
Bạn cảm thấy mình luôn bình tĩnh	45,78	21,46
Bạn là người tràn đầy năng lượng	35,11	19,73
Bạn có cảm thấy nản chí	47,11	21,89
Bạn có cảm thấy kiệt sức	38,22	23.73
Bạn là một người luôn hạnh phúc	49,78	21,67
Bạn cảm thấy mệt mỏi	31,11	21,0
Điểm trung bình chung	39,38	15,50

Tình trạng sức khỏe tâm thần nhiều lúc người bệnh cảm nhận sức khỏe của mình rất tích cực như đầy sức sống, bình tĩnh, tràn đầy năng lượng, hạnh phúc. Ngược lại cũng có những người bệnh nhiều lúc cũng có những suy nghĩ tiêu cực về sức khỏe của mình như lo lắng, buồn chán, nản chí, kiệt sức, mệt mỏi.

Thư viện số NDUN

3.2.5. Kết quả tự đánh giá sức khoẻ tổng quát của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.7. Đối tượng tự đánh giá sức khỏe tổng quát của mình.

Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Dường như tôi dễ mắc các bệnh hơn những người khác	35,00	24,52
Tôi khoẻ mạnh như những người khác mà tôi biết	50,83	29,85
Tôi chấp nhận với tình trạng sức khoẻ trở nên tồi hơn	31,94	25,97
Sức khoẻ của tôi là tốt	18,33	22,42
Điểm trung bình chung	34,03	14,99

Tự đánh giá sức khỏe tổng quát người BPTNMT không biết về sức khỏe của mình so với người khác, người bệnh gần như không cho rằng họ dễ mắc bệnh hơn người khác, họ không chấp nhận với tình trạng sức khỏe trở nên tồi tệ và không cho rằng sức khỏe của họ trở nên tốt.

3.2.6.Kết quả đánh giá sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn và cảm nhận xã hội trong 4 tuần qua của đối tượng

Bảng 3.8. Đánh giá sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn và cảm nhận xã hội trong 4 tuần qua của đối tượng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Vấn đề sức khoẻ và lo nghĩ		
Không khi nào	3	3,3
Thỉnh thoảng	19	21,1
Đôi lúc	24	26,7
Hầu như mọi lúc	33	36,7
Tất cả thời gian	11	12,2

Thư viện số NDUN

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Sức khoẻ bị ảnh hưởng bởi các cơn đau		
Không	6	6,7
Rất nhẹ	7	7,8
Nhẹ	7	7,8
Vừa phải	32	35,6
Nghiêm trọng	31	34,4
Rất nghiêm trọng	6	6,7
Các cơn đau ảnh hưởng đến công việc bình thường		
Không chút nào	1	1,1
Một chút	14	15,6
Vừa phải	23	25,6
Hầu như mọi lúc	42	46,7
Tất cả thời gian	10	11,1
Sức khoẻ thể chất và sự lo nghĩ		
Tất cả mọi lúc	5	5,6
Hầu hết thời gian	36	40,0
Thỉnh thoảng	31	34,4
Đôi khi	13	14,4
Không khi nào	5	5,6

Thư viện số NDUN

Bảng 3.8 cho thấy trong 4 tuần qua hầu hết các đối tượng đều bị ảnh hưởng bởi bệnh PTNMT. Bệnh tật đã ảnh hưởng tới các hoạt động xã hội đối với gia đình, bạn bè, làng xóm (hầu như mọi lúc 36,7%), các hoạt động như thăm bạn bè, người thân (hầu hết thời gian 40,0%), ảnh hưởng tới công việc bình thường (hầu như mọi lúc 46,7%),…

3.2.7. Kết quả đánh giá sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống

Bảng 3.9. Bảng đánh giá sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống

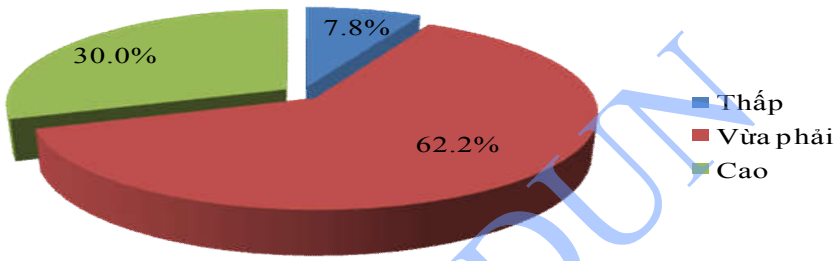
Đánh giá / Đặc Trưng	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		KHÁ, TỐT	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sức khỏe tinh thần	8	8,9	59	65,6	19	21,1	0	0
Sức khỏe thế chất	10	11,1	30	33,3	46	51,1	2	2,2
Chất lượng cuộc sống	7	7,8	48	53,3	35	38,9	0	0

Qua bảng 3.9, có 53,3% người bệnh được xếp loại CLCS trung bình kém, 38,9% thuộc loại TB khá và 7,8% ở mức kém. 65,5% người bệnh được xếp loại SKTT trung bình kém, 21,1% thuộc loại TB khá, 8,9% ở mức kém. Về SKTC, 51,1% thuộc loại TB khá, 33,3% loại TB kém, 111% loại kém và chỉ 2,2% loại khá tốt.

Thư viện số NDUN

3.3. Thực trạng hỗ trợ xã hội, mức độ khó thở, mức độ mệt mỏi của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

3.3.1. Sự hỗ trợ xã hội



Biểu đồ 3.2. Sự hỗ trợ xã hội

Qua biểu đồ trên cho thấy hơn một nửa số đối tượng nhận được sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa phải (chiếm 62,2%), mức độ thấp (7,8%) và mức độ cao (30%).

3.3.2. Mức độ khó thở của người bệnh

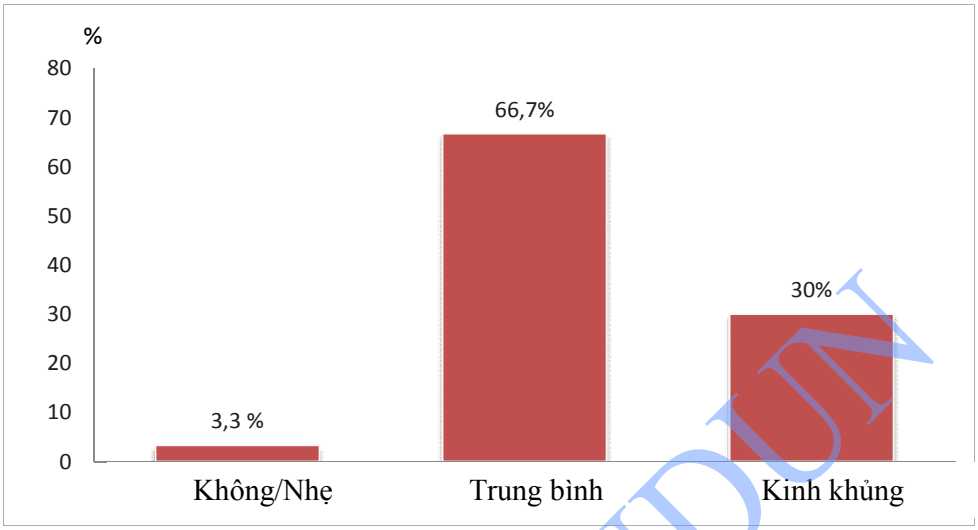
Bảng 3.10. Phân loại mức độ khó thở của người bệnh

Phân loại	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Không hoặc khó thở độ 1,2	38	42,2
Khó thở độ 3,4	52	57,8
Tổng	90	100

Qua bảng số liệu trên cho thấy hơn một nửa số đối tượng thấy khó thở nhiều (độ 3, độ 4) là 57,8% và không thấy khó thở hoặc khó thở ít chiếm 42,2%.

Thư viện số NDUN

3.3.3. Mức độ mệt mỏi của người bệnh



Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ mệt mỏi của người bệnh

Biểu đồ trên cho thấy đa số đối tượng cảm thấy mệt mỏi ở mức độ trung bình chiếm 66,7%; số đối tượng cảm thấy mệt mỏi kinh khủng chiếm 30,0% và không mệt mỏi/mệt mỏi mức nhẹ chỉ chiếm 3,3%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

3.4.1. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính

Bảng 3.11 . Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính

CLCS / Giới tính	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nam	7	9,6	36	49,3	30	41,1	0,191	> 0,05
Nữ	0	0	12	70,6	5	29,4		

Bảng số liệu trên cho thấy chiếm chủ yếu đối tượng có CLCS trung bình kém, ở đối tượng nam 49,3% và ở đối tượng nữ là 70,6%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,191

Thư viện số NDUN

3.4.2. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và bệnh kèm theo

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và bệnh kèm theo

CLCS Bệnh kèm theo	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Có	5	11,4	25	56,8	14	31,8	0,174	> 0,05
Không	2	4,3	23	50,0	21	45,7		

Bảng số liệu trên cho thấy chiếm chủ yếu đối tượng có CLCS trung bình kém, ở đối tượng có bệnh kèm theo là 56,8% và ở đối tượng không có bệnh kèm theo là 50,0%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,174

3.4.3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi

CLCS Nhóm tuổi	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
<60 tuổi	0	0	2	25,0	6	75,0	0,234	> 0,05
>=60 tuổi	7	8,5	46	56,1	29	35,4		

Bảng 3.13 cho thấy những người ở nhóm tuổi dưới 60 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình khá chiếm 75,0% trong khi những người ở nhóm tuổi từ 60 trở lên có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm 56,1%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,234

Thư viện số NDUN

3.4.4. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp

CLCS Nghề nghiệp	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Lao động nhẹ	2	22,2	4	44,4	3	33,3	0,180	> 0,05
Lao động nặng	5	6,2	44	54,3	32	39,5		

Bảng số liệu trên cho thấy đối tượng chủ yếu có CLCS trung bình kém, ở đối tượng lao động nhẹ là 44,4% và ở đối tượng lao động nặng là 54,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,180

3.4.5. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng hôn nhân

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng hôn nhân

CLCS TTHN	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Sống chung với gia đình	5	7,0	36	50,7	30	42,3	0,135	> 0,05
Sống một mình	2	10,5	12	63,2	5	26,3		

Bảng 3.15 cho thấy đối tượng chủ yếu có CLCS trung bình kém, ở đối tượng sống chung với gia đình chiếm 50,7% và ở đối tượng sống một mình chiếm 63,2%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,135.

Thư viện số NDUN

3.4.6. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và thời gian mắc bệnh

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và thời gian mắc bệnh

CLCS / TGMB	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Dưới 6 tháng	2	3,2	34	54,8	26	41,9	0,255	> 0,05
6 tháng trở lên	5	17,9	14	50,0	9	32,1		

Bảng 3.16 cho thấy sự khác biệt giữa thời gian mắc bệnh và CLCS của đối tượng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 và test Fisher's exact = 0,255. Đối tượng chủ yếu có CLCS trung bình kém, ở đối tượng có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng chiếm 54,8% và ở đối tượng chiếm có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng trở lên là 50%.

3.4.7. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hỗ trợ xã hội

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và hỗ trợ xã hội

CLCS / Hỗ trợ xã hội	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Thấp	3	42,9	4	57,1	0	0	0,408	< 0,01
Vừa và cao	4	4,8	44	53,0	35	42,2		

Thư viện số NDUN

Bảng 3.17 cho thấy có sự khác biệt giữa hỗ trợ xã hội với CLCS có ý nghĩa thống kê với p<0,01 và test Fisher's exact = 0,408. Cả hai nhóm đối tượng đều có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm lần lượt 57,1% và 53,0%. Tuy nhiên nhóm có hỗ trợ xã hội vừa và cao có tỷ lệ CLCS trung bình khá cao thứ 2 là 42,2% còn nhóm có hỗ trợ xã hội thấp, tỷ lệ cao thứ hai là CLCS kém chiếm 42,9% và không có ai thuộc CLCS trung bình khá.

3.4.8. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng khó thở

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng khó thở

CLCS **Khó thở**	**KÉM**		**TB KÉM**		**TB KHÁ**		**Fisher's exact**	**p**
	Số lượng	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**		
Không/độ 1,2	0	0	13	34,2	25	65,8	0,493	< 0,001
Độ 3,4	7	13,7	35	67,3	10	19,2		

Bảng 3.18 cho thấy sự khác biệt giữa tình trạng khó thở của người bệnh với CLCS có ý nghĩa thống kê với p<0,001 và test Fisher's exact = 0,493. Những người không khó thở hoặc khó thở ở độ 1,2 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình khá chiếm 65,8% trong khi những người ở nhóm khó thở độ 3,4 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm 67,3%.

Thư viện số NDUN

3.4.9. Mối liên quan giữa của chất lượng cuộc sống và mức độ mệt mỏi

Bảng 3.19. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ mệt mỏi

CLCS / Mệt mỏi	KÉM		TB KÉM		TB KHÁ		Fisher's exact	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Không/nhẹ	0	0	2	66,7	1	33,3	0,289	<0,01
Vừa phải	1	1,7	30	50,0	29	48,3		
Kinh khủng	6	22,2	16	59,3	5	18,5		

Bảng 3.19 cho thấy có sự khác biệt giữa mức độ mệt mỏi của người bệnh với CLCS. Những người không hoặc chỉ mệt ở mức độ nhẹ có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém chiếm 66,7%; những người mệt mỏi mức vừa phải có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém và trung bình khá chiếm 50,0% và 48,3% còn những người ở trạng thái mệt mỏi kinh khủng có tỷ lệ CLCS kém cao nhất trong 3 nhóm chiếm 22,2% (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,01 và test Fisher's exact = 0,289).

Thư viện số NDUN

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

4.1.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả tại bảng 3.1 của chúng tôi cho thấy đối tượng phần lớn là người cao tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 91,1%, đây là đối tượng dễ có nguy cơ mắc BPTNMT do chức năng hô hấp ở độ tuổi này đã bị suy giảm. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung cũng cho thấy đối tượng trên 40 có tỷ lệ mắc cao gấp 10,5 nhóm dưới 40 [8]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng là nam giới cao gấp 4 lần nữ giới điều này tương tự như kết quả nghiên cứu của Phan Thu Phương, Ngô Quý Châu, Dương Đình Thiện nghiên cứu ở 5 xã thuộc huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang [5]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung tỷ lệ nam giới gấp 3 lần nữ giới [8]. Sự khác biệt do cỡ mẫu của chúng tôi bé còn nghiên cứu của Nguyễn Viết Nhung, Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ được thực hiện trên 48 tỉnh thành với 2500 đối tượng. Điều này cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới do nguy cơ phơi nhiễm với các nguyên nhân gây BPTNMT cao hơn so với nữ giới như nam giới thường hút thuốc lá chủ động, làm việc trong những mỗi trường ô nhiễm nặng như các hầm mỏ, các xưởng kim loại...

Về học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là THCS trở xuống chiếm đa số (73,3%) (Bảng 3.1). Trình độ học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành của các đối tượng trong việc phòng bệnh cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống khi đã mắc BPTNMT.

Hầu hết các đối tượng có tình trạng hôn nhân là đã kết hôn chiếm tỷ lệ 78,9%. Việc sống chung với người thân sẽ ảnh hưởng tích cực tới chất lượng cuộc sống của người mắc BPTNMT khi họ có thể nhận được sự hỗ trợ trong cuộc sống.

Thư viện số NDUN

Về nghề nghiệp, kết quả biểu đồ 3.1 của chúng tôi cho thấy phần lớn nghề nghiệp của đối tượng là nông dân chiếm tới 67,8%. Nghề nghiệp chính là nguồn thu nhập của đối tượng và đồng nghĩa với việc có sự tác động đến chất lượng cuộc sống của người mắc BPTNMT, những người mắc BPTNMT chịu gánh nặng rất lớn về chi phí liên quan đến nhập viện, điều trị liên tục và chăm sóc theo dõi trong suốt cuộc đời [54] điều này làm kinh tế gia đình bị hao hụt dẫn tới chất lượng cuộc sống cũng giảm theo.

Thời gian phát hiện BPTNMT của các đối tượng tại bảng 3.2 của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn là phát hiện dưới 6 tháng chiếm 68,9% và từ 6 tháng trở lên chiếm 31,1%, BPTNMT thường khó phát hiện ở giai đoạn sớm, người bệnh đến với các cơ sở y tế khám khi có những triệu chứng điển hình của BPTNMT với những người bệnh được phát hiện dưới 6 tháng lý do có thể là các đối tượng đã rất chú ý đến các triệu chứng ban đầu của BPTNMT và nhận thấy tình trạng sức khỏe đang có dấu hiệu suy giảm nên đã chủ động đến cơ sở y tế để khám về tình trạng sức khỏe của mình, đối với những đối tượng phát hiện BPTNMT từ 6 tháng trở lên thì nguyên nhân của sự phát hiện muộn này là có thể do: Thứ nhất điều kiện về kinh tế không cho phép các đối tượng tiếp cận các dịch vụ kiểm tra sức khỏe khi có những triệu chứng của bệnh, thứ 2 có thể do đặc điểm của BPTNMT là khó phát hiện sớm cũng như năng lực chuyên môn của cán bộ y tế và các trang thiết bị sử dụng cho việc phát hiện BPTNMT chưa đáp ứng được sự chính xác trong việc phát hiện bệnh. Có 48,9% đối tượng nghiên cứu có bệnh lý kèm theo và 51,1% là không có bệnh lý kèm theo, ở các đối tượng có bệnh lý kèm theo điều thường phổ biến là các bệnh mạch vành, đái tháo đường, loãng xương và nhược cơ [56], những bệnh đi kèm này thường phổ biến trong BPTNMT như trong nghiên cứu của Holguin và cộng sự (2005) cũng đã chỉ ra ở những người bệnh nhập viện với chẩn đoán BPTNMT: Tăng huyết áp 17%, bệnh tim mạch 25%, tiểu đường 11% và viêm phổi 12% [33]. Ngoài ra, Kinnunen và cộng sự (2003) phát hiện ra rằng các bệnh đi kèm có ảnh hưởng đến thời gian nhập viện của BPTNMT, và báo cáo cho thấy thời

Thư viện số NDUN

gian nằm viện trung bình là 7,7 ngày đối với người bệnh không có bệnh đi kèm so với 10,5 ngày, nếu có xuất hiện một bệnh đi kèm [42]. Do đó, các bệnh đi kèm liên quan đáng kể đến nhập viện, tăng nguy cơ tử vong và làm tăng chi phí điều trị.

4.1.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đánh giá CLCS của người mắc BPTNMT dựa vào bộ câu hỏi liên quan đến chất lượng cuộc sống SF-36 phiên bản 2 được phát triển bởi Ware và Sherbourne (1992) [58]. Được sử dụng để đo lường chất lượng cuộc sống tổng thể trong vòng 4 tuần qua. Bộ câu hỏi bao gồm 36 câu hỏi đo 8 lĩnh vực sức khỏe trên thang điểm 100. Tám lĩnh vực đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36 gồm: Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất; Hạn chế do vai trò của thể chất; Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn; Tự đánh giá sức khỏe tổng quát; Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống; Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội; Hạn chế do tinh thần; Sức khỏe tâm thần tổng quát. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá CLCS ở người bệnh được chẩn đoán là BPTNMT đang điều trị tại Khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Ảnh hưởng của bệnh liên quan đến hoạt động thể chất của đối tượng

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điểm trung bình chất lượng cuộc sống của cá nhân tự đánh giá của sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất là 49,83±25,79 (Bảng 3.3)**.** Người bệnh gặp khó khăn với những hoạt động thể chất mạnh chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia thể thao gắng sức, so với kết quả nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống BPTNMT dựa trên bộ câu hỏi CAT của Tạ Hữu Duy cũng đã chỉ ra rằng ở những người bệnh mắc BPTNMT cũng phải chịu sự hạn chế trong hoạt động với điểm trung bình 2,95 [3]. Lý do ở đây là BPTNMT đã gây ra nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng dẫn đến tình trạng sức khỏe và chức năng của người bệnh bị suy yếu, các hoạt động thể chất nhẹ hơn cũng ít nhiều gặp khó khăn trong việc thực hiện từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của các đội tượng nghiên cứu.

Những hạn chế của bệnh đến hoạt động hằng ngày

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đối tượng nghiên cứu mắc BPTNMT đều chịu ảnh hưởng về chất lượng cuộc sống do vai trò của thể chất với

Thư viện số NDUN

điểm trung bình là 41,25 ± 25,57(Bảng 3.4). BPTNMT làm hạn chế trong các hoạt động thể chất, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo của Eisner và cộng sự (2008) [21]. BPTNMT có tác động đáng kể đến sự chịu đựng của các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày, mọi công việc cần đến sự hoạt động của thể chất đều gặp khó khăn do sức khỏe suy giảm bởi BPTNMT từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả của công việc như mất nhiều thời gian để hoàn thành công việc, đã nỗ lực nhưng kết quả công việc không như ý muốn hay khó khăn trong việc thực hiện công việc.

Những hạn chế của bệnh đến tinh thần của đối tượng

Kết quả nghiên cứu bảng 3.5 của tôi cũng cho thấy BPTNMT gây nên những hạn chế trong chất lượng cuộc sống do các yếu tố về tinh thần thể hiện qua điểm trung bình là 42,4 ± 27,90 các đối tượng nghiên cứu phần lớn đều có tâm lý chung là lo lắng đến tình trạng sức khỏe đang suy yếu vì bệnh tật, họ cảm thấy sức khỏe của họ bị hạn chế khi thực hiện các công việc từ đó sinh ra tâm lý bị động khi thực hiện công việc cho nên hiệu quả của công việc không đặt được như khi họ vẫn chưa mắc bệnh điều đó cũng góp phần làm giảm đi chất lượng cuộc sống của các đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BPTNMT gây ảnh hưởng tới sức khỏe tâm thần người bệnh với điểm trung bình chung là 39,38 ± 15,50 (Bảng 3.6); với những suy nghĩ tiêu cực về sức khỏe của mình đều nhỏ hơn 50 điểm và lớn hơn 30, theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (SF-36 v2) [58] có nghĩa là người bệnh thỉnh thoảng hoặc đôi khi họ có những suy nghĩ tiêu cực đó. Sự khác biệt giữa các suy nghĩ tiêu cực như lo lắng, buồn chán, mệt mỏi, nản chí là rất nhỏ, cho thấy người bệnh không thiên về một suy nghĩ tiêu cực duy nhất nào. Như vậy việc mắc BPTNMT gây ra ảnh hưởng khá lớn tới sức khỏe tinh thần của người bệnh, kết quả này cũng giống như nhiều báo cáo nghiên cứu về sức khỏe của người bệnh mắc BPTNMT [11], [20], [38]. Ngược lại những người bệnh có những suy nghĩ tích cực có tỷ lệ cao hơn với mức điểm trên 30 và dưới 50 điểm, theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (SF-36 v2) [58] có nghĩa là hầu hết thời gian hoặc thỉnh thoảng người bệnh suy nghĩ tích cực về sức khỏe của mình. Qua kết quả

Thư viện số NDUN

phân tích cho thấy chưa thể phân biệt rõ được ảnh hưởng tiêu cực của BPTNMT tới người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được kết quả tính theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (SF-36 v2) [58], kết quả tại bảng 3.7 cho thấy rằng khi người bệnh tự đánh giá về sức khỏe của mình có xu hướng nghĩ tiêu cực, không biết rằng mình khỏe mạnh hơn những người khác chiếm điểm số cao nhất trong bộ câu hỏi (50,83±29,85), họ nghĩ rằng mình dễ mắc bệnh hơn nhưng người khác và chấp nhận với tình trạng sức khỏe trở nên tồi tệ (31,94 ± 25,97); và cũng có một lượng lớn người bệnh không biết đánh giá về tình trạng sức khỏe của mình.

Năm 1948 tổ chức y tế thế giới (WHO) lần đầu tiên đưa ra định nghĩa về sức khỏe: "*Sức khỏe là trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không phải chỉ là không có bệnh hay tật*". Chất lượng cuộc sống là một khái niệm rộng và liên quan đến nhiều lĩnh vực. Do đã khi xem xét trên khía cạnh chăm sóc sức khoẻ người ta thường có khuynh hướng giới hạn những ghi nhận về chất lượng cuộc sống trên các khía cạnh thể chất, tinh thần và xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm CLCS chung được tính bằng trung bình điểm sức khỏe tinh thần và điểm sức khỏe thể chất theo kết quả bảng 3.9 chỉ có 2,2% ĐTNC có điểm SKTC được xếp loại khá, tốt; 0% ĐTNC được xếp loại khá tốt về SKTT và CLCS chung. Đa số chỉ được xếp loại ở mức trung bình kém và trung bình khá (53,3% CLCS thuộc loại trung bình kém và 38,9% CLCS thuộc loại trung bình khá). Nhiều nghiên cứu đã khảo sát cách BPTNMT gây ra nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng dẫn đến tình trạng sức khỏe suy yếu của người bệnh và chức năng. BPTNMT là nguyên nhân chính gây tử vong, bệnh tật và tàn tật trong đó có tác động đáng kể đến sự chịu đựng của các hoạt động trong cuộc sống hàng ngày và sức khỏe [13], [31], [36], [49]. Có những bằng chứng xác nhận người bệnh BPTNMT có chất lượng cuộc sống kém do gánh nặng triệu chứng của BPTNMT, cũng như sự suy giảm chức năng thể chất, tâm lý lành mạnh và hành vi xã hội gây ra bởi bệnh [11], [20], [38].

Qua kết quả biểu đồ 3.2 của chúng tôi thu được, theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (SF-36 v2) [58], có 62,6% người bệnh có mức nhận thức vừa

Thư viện số NDUN

phải về sự hỗ trợ xã hội, và có sự khác biệt lớn với mức độ nhận thức thấp là 7,8%, mức độ nhận thức cao là 30%. Như vậy mức độ nhận thức cao còn chiếm tỷ lệ thấp, cần đánh giá rõ về mức độ nhận thức vừa phải cụ thể hơn.

Mức độ khó thở của người bệnh

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được, cũng theo thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống (SF-36 v2) [58], cho thấy đối tượng mắc khó thở độ 3,4 chiếm tỷ lệ cao (57,8%), đối tượng mắc khó thở độ 1,2 chiếm tỷ lệ gần bằng mắc độ 3,4 (42,2 %). Trong vòng một tháng trở lại người bệnh mắc BPTNMT gặp hạn chế nhiều nhất do hoạt động mạnh, chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia thể thao gắng sức; tiếp theo là việc đi bộ hơn 1 km; như vậy người bệnh gặp khó khăn nhiều cho cuộc sống sinh hoạt của họ, họ không lao động làm việc tốt như trước được, dần dần họ sẽ trở thành gánh nặng cho gia đình của họ. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Tạ Hữu Duy [3] trong khi nghiên cứu của tác giả cho thấy có 73% người bệnh có mức khó thở MRC 3 và 4; khiến cho cuộc sống của những người bệnh mắc BPTNMT chỉ quanh quẩn ở nhà, hoạt động giao tiếp xã hội của họ rất hạn chế. Sự khác biệt ở đây có thể do tính chất , quy mô hai bệnh viện khác nhau song đều cho thấy ảnh hưởng lớn của BPTNMT tới đời sống sinh hoạt, công việc, kinh tế của người bệnh.

Mức độ mệt mỏi của người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả rằng có 66,7% đối tượng có mức độ mệt mỏi ở mức trung bình, đối tượng cảm thấy mệt mỏi kinh khủng chiếm 30%, không mệt mỏi hay mệt mỏi nhẹ chỉ chiếm một lượng rất nhỏ 3,3%. Như vậy BPTNMT đã ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe người bệnh, ảnh hưởng tới thể chất và tinh thần của người bệnh. Số đối tượng cảm thấy mệt mỏi kinh khủng do đang ở mức độ khó thở cao hơn (độ 3,4) nên gặp nhiều khó khăn hơn.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Sau khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến CLCS của đối tượng nghiên cứu với giới tính, bệnh kèm theo, tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian

Thư viện số NDUN

mắc bệnh, hỗ trợ xã hội, tình trạng khó thở, mức độ mệt mỏi. Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa tuổi, hỗ trợ xã hội, tình trạng khó thở, mức độ mệt mỏi với CLCS.

Theo kết quả ở bảng 3.13 của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa tuổi và CLCS. Những người dưới 60 tuổi có tỷ lệ CLCS trung bình khá cao gấp 2,5 lần những người từ 60 tuổi trở lên và tỷ lệ đối tượng có CLCS kém ở nhóm trên 60 tuổi cũng cao hơn. Người cao tuổi vốn sức khỏe đã không còn như lúc trẻ nay lại mắc thêm BPTNMT sẽ càng làm họ khó khăn hơn trong cuộc sống. BPTNMT ảnh hưởng về sức khỏe thể chất của người bệnh [16] làm giảm khả năng lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến thu nhập của họ khiến họ phải sống phụ thuộc một phần hay hoàn toàn vào người thân. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lại tập chung chủ yếu là làm nông có nghĩa sức khỏe là công cụ mưu sinh, không có nghỉ hưu, không có trợ cấp. Vì vậy mà tuổi càng cao mắc bệnh thì CLCS sẽ càng giảm sút.

Kết quả ở bảng 3.17 chỉ ra rằng có sự khác biệt giữa hỗ trợ xã hội và CLCS của đối tượng nghiên cứu. Những người có hỗ trợ xã hội thấp có tỷ lệ CLCS kém cao gấp 10,5 lần những người nhận được hỗ trợ xã hội vừa và cao. Nghiên cứu của Jaracz và cộng sự (2010) đã cho rằng hỗ trợ xã hội có liên quan đến chất lượng cuộc sống, tâm lý phúc lợi và sự sống còn của những người mắc bệnh mạn tính, bao gồm cả BPTNMT [37]. Những người bị bệnh sẽ gặp rất nhiều trở ngại trong cuộc sống như hạn chế trong hoạt động do khó thở, hạn chế luồng không khí, rối loạn chức năng cơ xương và các bệnh đi kèm. Không thể lao động mạnh đồng nghĩa với việc mất rất nhiều cơ hội việc làm, nhất là với đối tượng lao động tự do, làm nông. Bệnh BPTNMT vô hình chung đã ngăn cản người bệnh sống tự lập, hòa nhập xã hội. Người bệnh sẽ bị cô lập do không còn khả năng tham gia các hoạt động trong gia đình và ngoài xã hội. Chưa nói đến những hoạt động nặng trong công việc mà ngay cả các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng cần sự giúp đỡ. Vì vậy những hỗ trợ cả về thể chất và tinh thần từ chính quyền và những người xung quanh là rất quan trọng giúp người bệnh nâng cao CLCS. Trong một nghiên cứu khác, Harris (2007) chỉ ra rằng nhận được hỗ trợ xã hội tích cực có liên quan đến giảm nhập

Thư viện số NDUN

viện, ít hơn các đợt bệnh cấp tính [32]. Vì vậy có thể nói rằng nếu nhận được những hỗ trợ phù hợp không những người bệnh sẽ có cơ hội hòa nhập xã hội, cống hiến sức lực mà cả tình trạng bệnh cũng thuyên giảm rất nhiều. Tuy nhiên vấn đề này ở nước ta còn chưa được quan tâm thích đáng do chưa nhiều người biết và thực sự hiểu về bệnh vì vậy người bệnh vẫn chưa nhận được sự hỗ trợ phù hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm ra có sự khác biệt giữa tình trạng khó thở với CLCS người bệnh tại bảng 3.18. Những người có mức độ khó thở 1,2 có tỷ lệ CLCS trung bình khá cao gấp 3 lần những người có mức độ khó thở 3,4. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Gardiner C. và cộng sự (2010), nghiên cứu đã chỉ ra rằng khó thở hạn chế sự tự do của những người bệnh BPTNMT bằng cách làm suy yếu tính di động của họ và rằng nó được liên kết với sự lo lắng và hoảng loạn [24]. BPTNMT là bệnh tiến triển thời gian đầu không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ nên chưa ảnh hưởng nhiều đến CLCS người bệnh. Tuy nhiên sau một thời gian dấu hiệu rõ nhất và cũng là yếu tố hàng đầu gây giảm CLCS người bệnh là khó thở. Khó thở đã được báo cáo là triệu chứng tồi tệ nhất của BPTNMT [24], [41]. Người bệnh ở những giai đoạn khó thở độ 3,4 sẽ không thể hoạt động mạnh, thời gian nằm và ngồi nhiều hơn do khả năng cung cấp khí bị hạn chế khi cơ thể hoạt động cần tăng lượng oxy. Ngay những sinh hoạt thường ngày đôi khi cũng gây khó khăn cho họ như tắm rửa, ăn uống. Mức độ tiến triển của bệnh sẽ tỷ lệ nghịch với CLCS người bệnh. Do đó người bệnh cần được điều trị tích cực và rất cần sự động viên giúp đỡ từ những người xung quanh.

Ngoài ra chúng tôi còn tìm thấy sự khác biệt giữa mức độ mệt mỏi và CLCS. Kết quả nghiên cứu của Brenes G. A (2003) cũng chỉ ra sự khác biệt này [12]. Trong nghiên cứu của Walke L. M. và cộng sự (2007) cho thấy 43% - 58% số người bị BPTNMT hầu như luôn mệt mỏi [57]. Đây là dấu hiệu quan trọng thứ hai của BPTNMT. Người bệnh luôn phải thở gắng sức nên luôn mệt mỏi, thêm nữa không thể hoạt động theo nhu cầu bị cô lập với cuộc sống bên ngoài càng làm họ thấy chán nản vì vậy mà CLCS cũng giảm sút. Theo nghiên cứu những người chỉ

Thư viện số NDUN

mệt mỏi ở mức nhẹ có CLCS chủ yếu ở mức trung bình còn những người mệt mỏi kinh khủng có tỷ lệ CLCS kém cao gấp 10,5 lần nhóm người bệnh mệt mỏi vừa và nhẹ Do BPTNMT không thể điều trị khỏi người bệnh phải học cách thích nghi sống với bệnh vì vậy tốt nhất là nên phòng bệnh ngay từ đầu.

Các yếu tố: giới tính, bệnh kèm theo, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh có sự khác biệt giữa điểm trung bình chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên điều này có thể do các yếu tố nhiễu làm sai lệch kết quả cho nên sau khi phân tích thì chúng tôi chưa kết luận được các yếu tố này có liên quan đến điểm trung bình của chất lượng cuộc sống.

Thư viện số NDUN

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 90 người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017, từ kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số kết luận như sau:

❖ ***Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu***

- Điểm trung bình sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất là 49,83
- Điểm trung bình những hạn chế do vai trò của thể chất là 41,25
- Điểm trung bình những hạn chế do tinh thần là 42,41
- Điểm trung bình tình trạng sức khỏe tâm thần là 39,38
- Điểm trung bình tự đánh giá sức khỏe tổng quát là 34,03
- Có 65,6% đối tượng có sức khỏe tinh thần trung bình kém; chỉ có 21,1% có sức khỏe tinh thần trung bình khá.
- Có 51,1% đối tượng có sức khỏe thể chất ở mức trung bình khá và chỉ có 2,2% đối tượng ở mức khá, tốt
- Chất lượng cuộc sống chung của đối tượng nghiên cứu chủ yếu thuộc loại trung bình kém chiếm 53,3% và không đối tượng nào có chất lượng cuộc sống ở mức khá, tốt
- Đa số các đối tượng đã có nhận thức về sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa phải, chiếm 62,2% và chỉ có 7,8% đối tượng có nhận thức thấp về sự hỗ trợ xã hội
- Có 57,8% đối tượng đang bị khó thở ở độ 3, độ 4
- Có 66,7% đối tượng cảm thấy mệt mỏi ở mức trung bình và chỉ có 3,3% đối tượng không/ mệt mỏi nhẹ.

❖ ***Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh***

- *Hỗ trợ xã hội*: Chất lượng cuộc sống của những người có hỗ trợ xã hội thấp kém hơn những người có hỗ trợ xã hội vừa và cao với $p<0,01$
- *Tình trạng khó thở:* người bệnh không bị khó thở/khó thở độ 1,2 có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị khó thở độ 3,4 với $p<0,001$
- *Mức độ mệt mỏi*: người bệnh không /mệt mỏi nhẹ có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người bệnh bị mệt mỏi mức độ vừa hoặc khinh khủng với $p<0,01$

Thư viện số NDUN

KHUYẾN NGHỊ

Từ những kết luận trên để nâng cao chất lượng cuộc sống cho những người bệnh mắc BPTNMT nói chung và những người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định nói riêng, tôi xin đưa ra một số khuyến nghị sau:

1. Cần có mạng lưới chăm sóc và quản lý các bệnh phổi mạn tính, có đầy đủ trang thiết bị máy thở và đánh giá CLCS – SK để theo dõi hiệu quả điều trị.

2. Tăng cường tổ chức công tác truyền thông giáo dục sức khỏe và tổ chức phát hiện sớm các bệnh về phổi, ngăn ngừa các biến chứng nặng cho đối tượng người cao tuổi.

3. Huy động nguồn ngân sách Nhà nước và y tế địa phương hỗ trợ cho các người bệnh nặng, chất lượng cuộc sống kém và cải thiện môi trường bệnh viện để tạo điều kiện cho sức khỏe tinh thần trở nên tốt hơn.

Thư viện số NDUN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Ngô Quý Châu (2003). Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm *(1996 - 2000)*. *Tạp chí Nghiên cứu y học, 21 (1), 35 - 39.*

2. Phan Thị Dung và Nguyễn Thị Hảo (1999). *Từ điển văn hóa gia đình*. Nhà xuất bản văn hóa thông tin Hà Nội.

3. Tạ Hữu Duy (2011). *Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi CAT đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh phổi tắc nghẹn mạn tính tại Trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai.* Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Nguyễn Huy Lực, Đỗ Quyết, Tạ Bá Thắng, (2012). Cơ cấu bệnh hô hấp tại khoa lao và bệnh phổi bệnh viện 103 trong 10 năm (2001 - 2010). *Tạp chí Y Dược học quân sự , 115 - 120.*

5. Phan Thu Phương, Ngô Quý Châu và Dương Đình Thiện (2009). Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang. Tạp chí Y học thực hành, 12(694), 12 - 16.

6. Bùi Xuân Tám (1999). *Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính*. Nhà xuất bản y học Hà Nội, 601-649.

7. Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Bích Liên (1997). Tình hình môi trường lao động và sức khỏe công nhân tại các cơ sở sản xuất nhỏ tại Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành, 2, 5-7.*

8. Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ và Nguyễn Viết Nhung (2010). Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam. *Tạp chí Y học thực hành, 2 (704), 3 - 8.*

Tiếng Anh

9. Anto J., Vermeire P. and Vestbol J. (2001). Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 17(5), 982-994.

10. Balcells E, Gea J, Ferrer J*, et al.* (2010). Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health Quali Life Outcomes*, 8, 108.

Thư viện số NDUN

11. Blinderman C. D et al (2012). Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 115-123.

12. Brenes G. A (2003). Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, impact, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 963-970.

13. Carter R., Tiep B. L. and Tiep R. E (2008). The emerging Chronic Obstructive Pulmonary Disease Epidemic: Clinical impact, Economic burden, and Opportunities for Disease Management. *Dis Manage Health Outcomes*, 16(5), 275-284.

14. Costa D.C, M. J Sá and J. M Calheiros (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis, *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 108- 113.

15. Craig A., Gordon L. and Stephen I. (2000). Chronic bronchitis and emphysema, *Text book of respiratory medicine*, 3, 1187-1245.

16. Cramm J. M and Nieboer A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient Education and Counseling*, 87, 411-415.

17. Dalal A. A., M. Shah, O. Lunacsek, *et al.* (2011). Clinical and economic burden of patients diagnosed with COPD with comorbid cardiovascular disease. *Respiratory Medicine*, 105(10), 1516-1522.

18. Darkow T., Chastek B. J., H. shah, *et al.* (2008). Health Care Costs Among Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Within Several Large, Multi-State Employers. *J Occup Environ Med*, 50, 1130-1138.

19. Decramer M. et al (2011). The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. *Eur Respir J.*, 37 (4), 738-742.

20. DiBonaventura M., Paulose-Ram R., Jun Su, *et al.* (2012). The Impact of COPD on Quality of Life, Productivity Loss, and Resource Use among the Elderly United States Workforce, *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(1), 46-57.

21. Eisner M.D, Paul D. Blanc, Edward H. Yelin, *et al.* (2008). COPD as a Systemic Disease: Impact on Physical Functional Limitations. *The American Journal of Medicine*, 121(9), 789-796.

Thư viện số NDUN

22. Fletcher M. J., Upton J., Taylor-Fishwick J., *et al.* (2011). COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health*, 11, 612.

23. Fukuchi Y. et al (2004). COPD in Japan: the Nippon COPD Epidemiology study. *Respirology*, vol 9(4), 458-465.

24. Gardiner C. et al (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine* 104(4), 159- 165.

25. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2013). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

26. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006). Global Strategy for the Diagnosis. Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

27. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2014). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

28. Gonzalez-Moro J. M. R., Ramos P. L., Alonso J. L. I., *et al.* (2009). Impact of COPD severity on physical disability and daily living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(5), 742-750.

29. Guyatt G. H., L. B. Berman, M. Townsend, *et al.* (1987). A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42(10), 773- 778.

30. Hajiro T., Nishimura K. and Tsukino M. (1998). Comparison of discriminative properties among disease-specific questionnaires for measuring health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 157(3), 785-790.

31. Halbert R. J., et al, (2006). Global burden of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*, 28, 523-532.

32. Harris S. (2007). COPD and coping with breathlessness at home: A review of the literature. *Bristish Journal of Community Nursing*, 12(9), 411- 415.

Thư viện số NDUN

33. Holguin F., E. Folch, S. C. Redd, *et al.* (2005). Comorbidity and mortality in COPD-related hospitalizations in the United States 1979 to 2001. *Chest Journal*, 128(4), 2005- 2011.

34. Honig E. G. and Ingram R. (1998). Chronic bronchitis, emphysema, and airway obstruction. *Harrisons principles of internal medicine*, 1451- 1459.

35. Huchon G., Vergnenegre A. and Neukirch F. (2002). Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. *European Respiratory Journal*, 20(4), 806-812.

36. Izquierdo J. L et al (2009). Study of the burden on patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The International Journal of Clinical Practice*, 63(1), 87-97.

37. Jaracz K., Pawlak M., K. Górna, *et al.* (2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 44(4), 358-365.

38. Jones P. W. et al (2011). Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory Medicine*, 105, 57-66.

39. Kalpana Sharma and Sarala Joshi (2015). Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Chitwan, Nepal: a pilot study report. *International Journal of Medical Science and Public Health Online 2015*, 4(9), 1235-1241.

40. Kaplan R. M and Ries A. L (2007). Quality of life: concept and definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263-271.

41. Kessler R. et al (2006). Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: An observational, interview- based study. *Chest Journal*, 130(1), 133-142.

42. Kinnunen T., Saynajakangas O., T. Tuuponen, *et al.* (2003). Impact of comorbidities on the duration of COPD patients' hospital episodes. *Respiratory Medicine*, 97(2), 143- 146.

43. Lopez A.D et al. (2006). *Global burden of disease and risk factors* (Oxford University Press and The World Bank Washington.).

44. Mahler D. A. and Mackowiak J. I. (1995). Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD. *CHEST Journal*, 107(6), 1585-1589.

Thư viện số NDUN

45. Mannino D.M and Buist A.S (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*, 370 (9589), 765-773.

46. Mathers C.D, Loncar D., (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), e442.

47. Menezes A.M et al (2005). Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*, 366(9500), 1875-1881.

48. Pierce J. P, Fiore M. C and Novotny T. E (1989). Trends in cigarette smoking in the United States: educational differences are increasing. *Jama*, 261(1), 56-60.

49. Polatli M. et al (2012). A Cross sectional observational study on the influence of chronic obstructive pulmonary disease on activities of daily living: the COPD-Life study. *Tuberk Toraks*, 60(1), 1-12.

50. London St George's University of (2009). *St George's Respiratory Questionnaire Manual.*

51. Talley C.H and Wicks M. N. (2009). A pilot study of the self-reported quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 38(2),141-150.

52. Tan W.C et al (2003). COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: projections based on the COPD prevalence estimation model. *Respirology*, vol 8(2), 192-198.

53. Tanaka K., T. Akechi, T. Okuyama*, et al.* (2002). Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 23(5), 417-423.

54. Teo W. K., Tan W., Chong W.*, et al.* (2012). Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory*, 17, 120-126.

55. Van der Molen T., B. W. Willemse, S. Schokker*, et al.* (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*, 1(1), 13.

56. Van Manen J. G., P. J. E. Bindels, F. W. Dekker*, et al.* (2001). Added value of co-morbidity in predicting health-related quality of life in COPD patients. *Respiratory Medicine*, 95(6), 496- 504.

Thư viện số NDUN

57. Walke L. M., A. L. Byers, M. E. Tinetti, *et al.* (2007). Range and severity of symptoms over time among older adults with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 167, 2503- 2508.

58. Ware J. E. and Sherbourne C. D. (1992). The MOS 36- Item Short- Form Health Survey (SF- 36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473- 483.

59. Williams J. E. A., S. J. Singh, L. Sewell, *et al.* (2001). Development of a self-reported chronic respiratory questionnaire (CRQ-SR). *Thorax*, 56(12), 954-959.

Thư viện số NDUN

PHỤ LỤC 1

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

TÊN ĐỀ TÀI: Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017

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

Tên, địa chỉ, điện thoại của nghiên cứu viên chính: Nguyễn Xuân Tĩnh

- Cơ quan công tác: Trường đại học điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên - thành phố Nam Định.
- Điện thoại: 0973617669

Mục đích của nghiên cứu:

Đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Qui trình nghiên cứu:

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

Quyền lợi khi tham gia:

1. Được cung cấp thông tin đầy đủ về nội dung nghiên cứu, lợi ích và nghĩa vụ của người tham gia nghiên cứu.
2. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, không bị ép buộc và có quyền tự ý rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị phân biệt đối xử.
3. Các thông tin bí mật, riêng tư của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo, các số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

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

Ngày tháng năm

Người tình nguyện tham gia

(Ký và ghi rõ họ tên)

Thư viện số NDUN

PHỤ LỤC 2:

PHIẾU ĐIỀU TRA

Mã…….

Ngày/tháng/năm……

Phần 1: THÔNG TIN CHUNG

1. **Họ và tên:** ……
2. **Tuổi:** .....
3. **Giới** ……..
4. **Tình trạng hôn nhân**

☐Độc thân ☐ Kết hôn ☐Chồng hoặc vợ đã mất ☐Ly dị/ ly thân

5 .Trình độ học vấn

☐Từ THCS trở xuống ☐THPT ☐Trung cấp, cao đẳng ☐Đại học, Sau đại học

6. **Nghề nghiệp**

☐Cán bộ viên chức ☐Công nhân ☐Nông dân ☐Nội trợ ☐Khác: ……

7. **Thời gian mắc bệnh (tháng):** ……..
8. **Các bệnh kèm theo:** ……

Phần 2: CÂU HỎI LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG (SF- 36 v2)

Thời gian trong vòng 0 1 tháng trở lại đây thì Bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có ảnh hưởng như thế nào đến chất lượng cuộc sống của Ông/bà? Ông/ bà vui lòng trả lời một số câu hỏi sau đây:

1 Ông/ Bà đánh giá như thế nào về sức khỏe của mình:

☐Tuyệt vời ☐Rất tốt ☐Tốt ☐Khá tốt ☐Tồi

2. So sánh với 1 năm trước, Ông/ Bà đánh giá như thế nào về sức khỏe của mình bây giờ?

☐Tuyệt vời ☐Rất tốt ☐Tốt ☐Khá tốt ☐Tồi

Thư viện số NDUN

3. Ông/ Bà có thể cho biết Ông/ Bà có những hạn chế gì ở dưới đây:

Nội dung		Hạn chế rất nhiều (1)	Hạn chế ít (2)	Không hạn chế (3)
A	Hoạt động mạnh, chẳng hạn như chạy, nâng vật nặng, tham gia thể thao gắng sức			
B	Vận động nhẹ nhàng, chẳng hạn như di chuyển 1 cái bàn, đẩy máy hút bụi			
C	Xách đồ khi đi chợ			
D	Leo vài bậc cầu thang			
E	Leo một bậc cầu thang			
F	Các động tác gập, cúi người			
G	Đi bộ hơn 1km			
H	Đi bộ vài bước			
I	Đi bộ một bước			
J	Tắm hoặc tự mặc quần áo cho mình			

4. Trong vòng 4 tuần qua. Ảnh hưởng của sức khoẻ đến các công việc và hoạt động?

Nội dung		Mọi lúc (1)	Hầu như mọi lúc (2)	Nhiều lúc (3)	Thỉnh thoảng (4)	Không khi nào (5)
A	Mất nhiều thời gian để hoàn thành					
B	Không hoàn thành công việc như mong muốn					
C	Gặp khó khăn khi thực hiện một loại công việc hoặc hoạt động nào đó					
D	Có khó khăn trong việc thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác (ví dụ:khi bạn đã nỗ lực nhiều)					

5. Trong vòng 4 tuần qua, tâm lý lo lắng về bệnh tật có làm cho ông/ bà phải

		Mọi lúc (1)	Hầu như mọi lúc (2)	Nhiều lúc (3)	Thỉnh thoảng (4)	Không khi nào (5)
A	Làm mất nhiều thời gian để hoàn thành công việc					
B	Không hoàn thành công việc như mong muốn					
C	Không thực hiện công việc một cách cẩn thận như mọi khi					

Thư viện số NDUN

6. Trong vòng 4 tuần qua, các vấn đề sức khoẻ và lo nghĩ đã cản trở những hoạt động xã hội bình thường của bạn đối với gia đình, bạn bè, làng xóm ở mức độ nào?

☐Không khi nào ☐Thỉnh thoảng ☐Đôi lúc ☐Hầu như mọi lúc ☐Tất cả thời gian

7. Trong 4 tuần qua, sức khoẻ của bạn có bị ảnh hưởng bởi các cơn đau?

☐Không ☐Rất nhẹ ☐Nhẹ ☐Vừa phải ☐Nghiêm trọng ☐Rất nghiêm trọng

8. Trong 4 tuần qua, các cơn đau ảnh hưởng đến công việc bình thường của bạn như thế nào (bao gồm cả công việc bên ngoài nhà và việc nhà)?

☐Không chút nào ☐Một chút ☐Vừa phải ☐Hầu như mọi lúc ☐Tất cả thời gian

9. Các câu hỏi sau về cảm nhận của Ông/ Bà về sức khỏe của mình trong vòng 4 tuần qua. Ông/ Bà cảm nhận như thế nào?

		Tất cả mọi lúc (1)	Hầu hết thời gian (2)	Thỉnh thoảng (3)	Đôi khi (4)	Không khi nào (5)
A	Bạn luôn cảm thấy tràn đầy sức sống?					
B	Bạn đã rất lo lắng?					
C	Bạn cảm thấy rất buồn chán và không gì làm bạn vui lên?					
D	Bạn cảm thấy mình luôn bình tĩnh					
E	Bạn là người tràn đầy năng lượng?					
F	Bạn có cảm thấy nản chí?					
G	Bạn có cảm thấy kiệt sức					
H	Bạn là một người luôn hạnh phúc					
I	Bạn cảm thấy mệt mỏi					

10. Trong 4 tuần qua, sức khoẻ thể chất và sự lo nghĩ đã cản trở các hoạt động các hoạt độngxã hội của Ông/ Bà(như thămvới bạn bè,người thân ...)

☐Tất cả mọi lúc ☐Hầu hết thời gian ☐Thỉnh thoảng ☐Đôi khi ☐Không khi nào

Thư viện số NDUN

11. Đúng hay sai khi nói về sức khoẻ của bạn trong số các câu sau đây?

Nội dung		Chắc chắn đúng (1)	Gần như đúng (2)	Không biết (3)	Gần như sai (4)	Chắc chắn sai (5)
A	Dường như tôi dễ mắc các bệnh hơn những người khác					
B	Tôi khoẻ mạnh như những người khác mà tôi biết					
C	Tôi chấp nhận với tình trạng sức khoẻ trở nên tồi hơn					
D	Sức khoẻ của tôi là tốt					

<u>Phần 3</u>: NHẬN THỨC VỀ SỰ HỖ TRỢ (MSPSS)

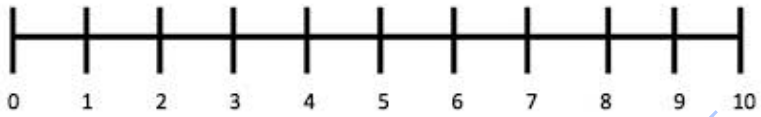
Sau đây là những câu hỏi về sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và của xã hội. Chúng tôi rất muốn biết cảm nhận của Ông/ Bànhư thế nào cho các câu dưới đây. Hãy suy nghĩ kỹ từng câu và chọn câu trả lời phù hợp .

Nội dung	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý vừa phải	Đồng ý	Rất đồng ý
1. Người đặc biệt với tôi luôn ở cạnh tôi khi tôi cần					
2. Luôn có một người đặc biệt để tôi chia sẻ niềm vui nỗi buồn					
3. Gia đình tôi cố gắng giúp đỡ tôi					
4. Tôi nhận được sự giúp đỡ từ gia đình khi cần thiết					
5. Luôn có một người đặc biệt với tôi an ủi mọi lúc tôi cần					
6. Bạn của tôi luôn cố gắng giúp đỡ tôi					
7. Tôi có thể nhờ cậy vào bạn của mình mỗi khi cần thiết					
8. Tôi có thể chia sẻ vấn đề của tôi với gia đình của mình					
9. Tôi có những người bạn mà với họ tôi có thể chia sẻ niềm vui cũng như nỗi buồn					
10. Luôn có một người đặc biệt trong cuộc sống của tôi và quan tâm đến các cảm xúc của tôi					
11. Gia đình tôi luôn sẵn sàng giúp tôi đưa ra các quyết định					
12. Tôi có thể chia sẻ vấn đề của tôi với bạn bè của mình					

Thư viện số NDUN

Phần 4: TÌNH TRẠNG KHÓ THỞ CỦA NGƯỜI BỆNH

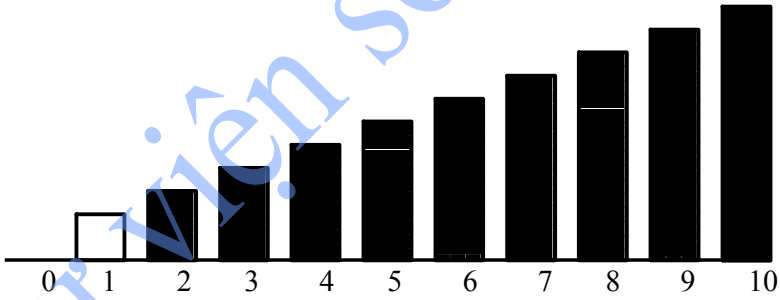
Hướng dẫn trả lời: *Đây là thang điểm đo khó thở gồm 10 điểm. Giá trị trên thang phản ánh mức độ khó thở như hình vẽ. Ông/ Bà vui lòng đánh dấu (X) trên con số mà khó thở xuất hiện trung bình trong những tuần qua.*



Không khó thở — Khó thở kinh khủng

Phần 5: MỨC ĐỘ MỆT MỎI CỦA NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn trả lời: *Đây là thang điểm đo mệt mỏi gồm 10 điểm. Ông/ Bà hãy vui lòng khoanh tròn vào con số phía dưới mà miêu tả tình trạng mệt mỏi của Ông/ Bà trung bình trong những tuần qua.*



Không — Mệt mỏi — Mệt mỏi kinh khủng

Thư viện số NDUN

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH THAM GIA NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

STT	Mã	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
1	001	Lê Thanh T	90	Nam	Lý Nhân – Hà Nam	05/03/2017
2	002	Vũ Văn T	70	Nam	Xuân Trường – Nam Định	06/03/2017
3	003	Phạm Khắc T	73	Nam	Trực Ninh – Nam Định	2017
4	004	Trần Thị N	92	Nữ	Ý Yên – Nam Định	2017
5	005	Vũ Nâm Đ	76	Nam	Nghĩa Hưng – Nam Định	2017
6	006	Bùi Viết Bính	57	Nam	Mỹ Lộc – Nam Định	2017
7	007	Bùi Văn T	80	Nam	Xuân Trường – Nam Định	26/02/2017
8	008	Phạm Đức C	63	Nam	Đ. Điện Biên- TP Nam Định	07/02/2017
9	009	Vũ Văn Đ	85	Nam	Nghĩa Hưng – Nam Định	06/03/2017
10	010	Ngụy Hữu H	64	Nam	Trực Ninh – Nam Định	02/03/2017
11	011	Vũ Xuân M	54	Nam	Nam Trực – Nam Định	27/02/2017
12	012	Vũ Văn B	61	Nam	Nam Trực – Nam Định	01/03/2017
13	013	Nguyễn Thị T	79	Nữ	Trực Ninh – Nam Định	05/03/2017
14	014	Lê Văn L	89	Nam	Ý Yên – Nam Định	02/03/2017
15	015	Trần Đăng T	53	Nam	Giao Thủy – Nam Đinh	2017
16	016	Trần Huy C	61	Nam	Vụ Bản – Nam Định	04/03/2017
17	017	Nguyễn Đức P	57	Nam	Nam Trực – Nam Định	05/03/2017
18	018	Bùi Văn T	80	Nam	Vụ Bản – Nam Định	28/02/1017
19	019	Hoàng Thị L	84	Nữ	Mỹ Lộc – Nam Đinh	04/03/2017
20	020	Nguyễn Xuân P	89	Nam	Nam Trực – Nam Định	26/04/2017
21	021	Đào Thế C	70	Nam	P. Lộc Vượng – TP Nam Định	28/04/2017
22	022	Lại Quang H	68	Nam	Nghĩa Hưng – Nam Định	26/04/2017
23	023	Phạm Văn Đ	67	Nam	Mỹ Lộc – Nam Định	19/04/2017
24	024	Trần Hồng H	80	Nam	Xuân Trường – Nam Định	29/04/2017

Thư viện số NDUN

STT	Mã	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
25	025	Trần Văn L	78	Nam	Nam Trực – Nam Định	01/05/2017
26	026	Vũ Văn V	88	Nam	Vụ Bản – Nam Định	28/04/2017
27	027	Phạm Thị T	83	Nữ	Xuân Trường – Nam Đinh	23/04/2017
28	028	Nguyễn Đình H	67	Nam	P. Trần Hưng Đạo- TP Nam Định	03/05/2017
29	029	Trần Khắc C	88	Nam	Lý Nhân – Hà Nam	18/04/2017
30	030	Hoàng Văn H	63	Nam	Trực Ninh – Nam Định	27/04/2017
31	031	Trần Xuân V	64	Nam	Hưng Hà – Thái Bình	03/05/2017
32	032	Đặng Đình C	98	Nam	Mỹ Lộc – Nam Định	25/04/2017
33	033	Đoàn Văn N	72	Nam	Hải Hậu – Nam Định	23/04/2017
34	034	Vũ Thị Phương C	77	Nữ	Nam Trực – Nam Định	22/04/2017
35	035	Phạm Thị H	67	Nữ	Nghĩa Hưng – Nam Định	20/04/2017
36	036	Nguyễn Đức M	66	Nam	Nam Trực – Nam Định	10/04/2017
337	037	Vũ Thị Phương C	77	Nữ	Nam Phong – Nam Định	2017
38	038	Nguyễn Công M	70	Nam	P. Hạ Long – TP NĐ	23/05/2017
39	039	Trần Thị T	66	Nữ	Mỹ Lộc – Nam Định	25/05/2017
40	40	Nguyễn Văn C	64	Nam	Đ. Nguyễn Tri Phương – Nam Định	2017
41	041	Đỗ Văn Khải	64	Nam	Trực Ninh – Nam Định	12/04/2017
42	042	Trịnh Thị B	86	Nữ	Nam Trực – Nam Định	21/04/2017
43	043	Trần Thị V	67	Nữ	Ý Yên – Nam Định	14/04/2017
44	044	Nguyễn Thị H	69	Nữ	TP Nam Định	21/04/2017
45	045	Ngô Duy B	80	Nam	Nam Trực – Nam Định	22/04/2017
46	046	Bùi Văn H	88	Nam	Trực Ninh – Nam Định	01/04/2017
47	047	Lê Văn M	62	Nam	Nam Trực – Nam Định	15/04/2017
48	048	Nguyễn Văn S	58	Nam	Ý Yên – Nam Định	12/04/2017
49	049	Lê Văn L	90	Nam	Ý Yên – Nam Định	08/05/2017
50	050	Ngô Đức T	63	Nam	Vụ Bản – Nam Định	04/05/2017

Thư viện số NDUN

STT	Mã	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
51	051	Nguyên Đình H	67	Nam	P. Trần Hưng Đạo – NĐ	03/05/2017
52	052	Trần Ngọc T	71	Nam	Hàn Thuyên – Nam Định	05/05/2017
53	053	Nguyễn Văn V	72	Nam	Xuân Trường –Nam Định	07/05/2017
54	054	Trần Bá T	66	Nam	P. Lộc Hạ - Nam Định	21/04/2017
55	055	Trần Thị G	63	Nữ	Vụ Bản – Nam Định	09/05/2017
56	056	Đặng Văn M	69	Nam	Giao Thủy – Nam Định	30/04/2017
57	057	Vũ Ngọc L	78	Nam	Vụ Bản – Nam Định	09/05/2017
58	058	Phan Văn H	68	Nam	Giao Thủy – Nam Định	03/05/2017
59	059	Đàm Mạnh D	65	Nam	Nam Trực – Nam Định	07/05/2017
60	060	Nguyễn Minh T	85	Nam	Trực Ninh – Nam Định	26/04/2017
61	061	Dương Văn T	84	Nam	Vụ Bản – Nam Định	10/05/2017
62	062	Trần Văn L	82	Nam	Lộc Hạ - Nam Định	12/05/2017
63	063	Vũ Đình L	53	Nam	Vụ Bản – Nam Định	11/05/2017
64	064	Bùi Xuân Đ	64	Nam	Hoa Lư – Ninh Bình	08/05/2017
65	065	Trần Ngọc H	76	Nam	Phan Đình Phùng –NĐ	13/05/2017
66	066	Trần Hồng D	79	Nam	Vụ Bản – Nam Định	08/05/2017
67	067	Phạm Văn H	57	Nam	Ý Yên – Nam Định	07/05/2017
68	069	Trần Văn N	87	Nam	Trần Hưng Đạo – NĐ	03/05/2017
69	069	Phạm Xuân H	64	Nam	Hải Hậu – Nam Định	29/05/2017
70	070	Triệu Đình T	81	Nam	Vụ Bản – Nam Định	23/05/2017
71	071	Trần Thị G	72	Nữ	Nam Trực – Nam Định	06/05/2017
72	072	Nguyễn Văn D	75	Nam	Lý Nhân – hà Nam	30/05/2017
73	073	Phạm Thị H	67	Nữ	Ý Yên – Nam Định	03/05/2017
74	074	Vũ D	48	Nam	Vụ Bản – Nam Định	05/05/2017
75	075	Nguyễn Thị Nhiên	88	Nữ	Nam Trực – Nam Định	01/05/2017
76	076	Trịnh Sỹ H	71	Nam	Ý Yên – Nam Định	04/05/2017
77	0`77	Bùi Xuân T	70	Nam	Hải Hậu – Nam Định	01/05/2017
78	078	Lưu Ngọc A	66	Nam	Trực Ninh – Nam Định	02/05/2017

Thư viện số NĐUN

STT	Mã	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ	Ngày vào viện
79	079	Phạm Văn H	67	Nam	Hải Hậu – Nam Định	29/05/2017
80	080	Đặng Ngọc P	63	Nam	Nam Trực – Nam Định	29/05/2017
81	081	Phạm Quang T	72	Nam	Hà Nội	31/05/2017
82	082	Ngô Văn P	85	nam	Vụ Bản – Nam Định	31/05/2017
83	083	Trần Xuân H	71	Nam	Hải Hậu – Nam Định	03/05/2017
84	084	Trương Văn T	85	nam	Hải Hậu – Nam Định	24/05/2017
85	085	Nguyễn Thị H	60	Nữ	Vụ bản – Nam Định	31/05/2017
86	086	Nguyễn Bá T	60	Nam	Mỹ Lộc – nam Đinh	28/05/2017
87	087	Trần Thị G	73	Nữ	Xuân Trường –Nam Định	21/04/2017
88	088	Phạm Văn L	80	Nam	Nghĩa Hưng – Nam Định	18/05/2017
89	089	Nguyễn Văn M	70	Nam	Xuân Trường – Nam Định	25/05/2017
90	090	Nguyễn Văn Tuệ	66	Nam	Hai Bà Trưng – NĐ	19/05/2017

Nam Định, ngày tháng năm 2017

Xác nhận của bệnh viện **Xác nhận của khoa**

NGUYEN

Thư viện số NDUN