

Đánh giá thay đổi trong thực hành tự chăm sóc và ảnh hưởng đến kết quả điều trị ngoại trú của người bệnh suy tim mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Improvement of self-care behaviors and impact on the outpatient treatment of chronic heart failure at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Hồng Hạnh, Lê Thị Diệu Hồng, Lương Hải Đăng
Nguyễn Trọng Đăng, Nguyễn Trang Nhung

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi thực hành tự chăm sóc và nhận thức của người bệnh suy tim mạn tính sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và ảnh hưởng bước đầu đến kết quả điều trị. *Đối tượng và phương pháp:* 50 người bệnh suy tim mạn tính điều trị ngoại trú được can thiệp giáo dục kiến thức theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục tại thời điểm trước và sau can thiệp 3 tháng theo 2 nội dung: Đánh giá hành vi tự chăm sóc bản thân (theo bộ câu hỏi EHFScB-9) và đánh giá kiến thức về suy tim (theo bộ câu hỏi DHFKS). Đánh giá ảnh hưởng đến kết quả điều trị dựa trên nghiệm pháp đi bộ 6 phút và mức độ suy tim theo phân loại NYHA. *Kết quả:* Độ tuổi trung bình của bệnh nhân $67,3 \pm 15,3$ năm; nam giới chiếm tỷ lệ 96%. Nguyên nhân suy tim mạn tính chủ yếu là bệnh động mạch vành (56%). Tại thời điểm tháng thứ 3 sau tư vấn, hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân ($23,5 \pm 5,1$) cải thiện hơn so với khi nhận vào nghiên cứu ($26,8 \pm 4,3$), với $p < 0,05$, rõ nhất ở phân nhóm hành vi liên quan đến kiểm soát dịch (tiêu chí 1, 4 và 5). Nhận thức của bệnh nhân theo thang điểm DHFKS sau 3 tháng cải thiện có ý nghĩa so với khi thu nhận vào nghiên cứu ($11,2 \pm 3,9$ so với $9,2 \pm 3,1$), với $p < 0,05$. Quãng đường trong nghiệm pháp đi bộ 6 phút tại tháng thứ 3 (240,5m) cao hơn so với trước can thiệp tư vấn (223,5m), với $p < 0,05$. Quãng đường đi bộ 6 phút có tương quan thuận giữa với điểm nhận thức ($r = 0,48$), và tương quan nghịch ($r = -0,52$) với điểm hành vi tự chăm sóc, với $p < 0,05$. *Kết luận:* Nghiên cứu bước đầu đã chứng minh vai trò của tư vấn nâng cao kiến thức và kỹ năng hành vi tự chăm sóc cho người bệnh suy tim mạn tính; hỗ trợ cải thiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

Từ khoá: Tự chăm sóc, kiến thức, suy tim.

Summary

Objective: To investigate the improved self-care behaviors and knowledge of patients with chronic heart failure after educational intervention at the Department of Medical Examination for Senior Staff - 108 Military Central Hospital and its initial

Ngày nhận bài: 5/12/2021, ngày chấp nhận đăng: 16/2/2022

Người phản hồi: Lương Hải Đăng, Email: luonghaidangthy@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

impact on treatment results. *Subject and method:* 50 outpatients with chronic heart failure were educational interventions. All patients assess self-care behaviors (according to the EHFScB-9) scales and knowledge about heart failure (According to DHFKS) during the first visit and after three months of the educational intervention. The effect on treatment outcome based on the 6-minute walk test and NYHA class of heart failure. *Results:* Average age (67.3 ± 15.3 years), men (96%). The most cause of chronic heart failure was coronary artery disease (56%). At the 3rd month after counseling, the patient's self-care behavior (23.5 ± 5.1) improved compared to when enrolled in the study (26.8 ± 4.3), with $p < 0.05$, most clearly in the behavioral subgroups related to fluid control (criteria 1, 4 and 5). The DHFKS scale after 3rd month improved significantly compared to when enrolled in the study (11.2 ± 3.9 vs. 9.2 ± 3.1), with $p < 0.05$. The distance in the 6-minute walk test at the 3rd month (240.5m) was higher than that before the counseling intervention (223.5m), with $p < 0.05$. The 6-minute walking distance was correlated with cognitive scores ($r = 0.48$), and with self-care behavior scores ($r = -0.52$), with $p < 0.05$. *Conclusion:* This study has demonstrated the role of counseling to improve knowledge and skills in self-care behaviors for patients with chronic heart failure and help improve the effectiveness of treatment for patients.

Keywords: Self-care, knowledge, heart failure.

1. Đặt vấn đề

Suy tim là một hội chứng bệnh lý rất thường gặp và là hậu quả của nhiều bệnh về tim mạch như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, rối loạn nhịp tim... Tại Mỹ, có khoảng 5,1 triệu bệnh nhân đang điều trị suy tim và mỗi năm có 650.000 người được chẩn đoán suy tim lần đầu. Tại châu Âu, với trên 500 triệu dân, ước tính tỷ lệ suy tim từ 0,4 đến 2%, do vậy sẽ có khoảng 2 đến 10 triệu người suy tim [4]. Tại Việt Nam, theo dự báo của Hội Tim mạch Việt Nam có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người mắc bệnh suy tim [1]. Suy tim đã trở thành vấn đề sức khỏe cho toàn nhân loại, là gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội.

Hiệp hội Tim mạch châu Âu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc người bệnh tự chăm sóc như một phần của việc điều trị thành công và tăng cường tự chăm sóc cho người bệnh bằng cách cung cấp các chương trình giáo dục có thể làm giảm các triệu chứng nặng lên của bệnh, nâng cao

sức khỏe, giảm nguy cơ tái nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống [4]. Khuyến khích tự chăm sóc là một trong những mục đích chính của các can thiệp giáo dục cho các bệnh nhân suy tim. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh là một trong những nhiệm vụ của công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh trong bệnh viện đặc biệt giáo dục cho người bệnh có đầy đủ kỹ năng thực hành và sự tự tin trong việc tự chăm sóc góp phần làm giảm tỷ lệ tái nhập viện và tỷ lệ tử vong do suy tim.

Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp (C1-2) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đang quản lý và điều trị ngoại trú do cho rất nhiều người bệnh suy tim, vì vậy việc nghiên cứu hiệu quả trong cải thiện thực hành tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tính có ý nghĩa rất quan trọng, cải thiện tiên lượng bệnh và hạn chế tỷ lệ tái nhập viện. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của việc tư vấn để nâng cao kiến thức thực hành tự chăm sóc của nhân viên y tế đối với người bệnh suy tim ở nhóm cán bộ cao cấp trong Quân đội,

vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá thay đổi trong thực hành tự chăm sóc và ảnh hưởng đến kết quả điều trị của người bệnh suy tim mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108” để giải quyết mục tiêu trên.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 50 bệnh nhân suy tim mạn tính đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp từ tháng 01/2021 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2020) [1] và khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (2016) [4]; bệnh nhân có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, không thu thập được các dữ liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang và theo dõi dọc.

Nội dung nghiên cứu:

Đánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu viên phỏng vấn bệnh nhân dựa trên bộ câu hỏi đánh giá hành vi tự chăm sóc người bệnh suy tim của Hội Tim mạch châu Âu (European Heart Failure Self-care Behavior Scale - EHFSB) [5].

Đánh giá triệu chứng cơ năng suy tim của bệnh nhân theo bảng kiểm của Bộ Y tế, phân độ suy tim theo NYHA, thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút [1].

Đánh giá kiến thức của bệnh nhân suy tim với bộ câu hỏi đánh giá kiến thức suy tim Hà Lan (The Dutch Heart Failure Knowledge Scale - DHFKS) [6].

Tiến hành tư vấn cho người bệnh về tự chăm sóc bệnh lý suy tim tại nhà theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Thời điểm thu thập số liệu: Khi thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu và tái khám tháng thứ 3.

Các công cụ thu thập dữ liệu dùng trong nghiên cứu:

Bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc bản thân EHFScBS-9 (The Revised European Heart Failure Self-care Behavior Scale) gồm 9 câu hỏi. Bộ câu hỏi này gồm 5 mức độ trả lời từ 1 “rất đồng ý” đến 5 “rất không đồng ý”; số điểm càng thấp xác định hành vi tự chăm sóc càng tốt hơn. Các câu hỏi được chia làm 3 nhóm mục đích: Kiểm soát dịch (Câu 1, 5, 7), xử trí dấu hiệu suy tim tăng nặng (Câu 2, 3, 4, 6), tuân thủ điều trị (Câu 8, 9) [5].

Bộ câu hỏi về kiến thức suy tim DHFKS (The Dutch Heart Failure Knowledge Scale) gồm 15 câu hỏi với nhiều lựa chọn, được chia ra làm 4 nhóm kiến thức: Kiểm soát dịch (Câu 1, 2, 3, 10, 15), nguyên nhân và triệu chứng suy tim (Câu 6, 7, 8, 9, 11), xử trí dấu hiệu suy tim tăng nặng (Câu 5, 14), tuân thủ điều trị (Câu 4, 12, 13). Mỗi câu hỏi người bệnh được 1 điểm nếu lựa chọn câu trả lời đúng, điểm 0 nếu lựa chọn câu trả lời sai; tổng số điểm từ 0 đến 15 điểm [6].

Tư vấn cho người bệnh suy tim: Theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế [1].

Đánh giá triệu chứng cơ năng, phân mức độ suy tim (phân loại NYHA) theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Nghiệm pháp đi bộ 6 phút: Là độ dài quãng đường người bệnh đi được trong vòng 6 phút trên quãng đường bằng phẳng (kể cả thời gian người bệnh dừng lại để nghỉ ngơi).

2.3. Xử lý số liệu

Phân tích kết quả nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n = 50	Tỷ lệ %
Tuổi	Trung bình	67,3 ± 15,3	
	< 60	12	24
	60 - 70	15	30
	70 - 80	10	20
	> 80	13	26

Giới	Nam	48	96
	Nữ	2	4
Mức độ suy tim theo NYHA	Độ I	18	36
	Độ II	27	54
	Độ III	5	10

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu là 67,3 tuổi, trong đó bệnh nhân lứa tuổi 60 đến 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (30%); nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh nhân nghiên cứu là bệnh động mạch vành (56%).

Bảng 2. So sánh hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân trước và sau can thiệp theo thang điểm EHFScB

Nội dung	Thời điểm T0 (n = 50)	Thời điểm T3 (n = 50)	p
1. Tôi tự theo dõi cân nặng hàng ngày	3,12 ± 1,42	2,25 ± 1,36	<0,05
2. Nếu bị khó thở, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng	1,94 ± 1,23	1,95 ± 1,41	>0,05
3. Nếu chân/ bàn chân của tôi bị phù, tôi sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng	2,36 ± 1,31	2,2 ± 1,4	>0,05

Bảng 2. So sánh hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân trước và sau can thiệp theo thang điểm EHFScB (Tiếp theo)

Nội dung	Thời điểm T0 (n = 50)	Thời điểm T3 (n = 50)	p
4. Nếu tôi tăng 2kg trong 1 tuần, tôi sẽ gọi bác sĩ hoặc điều dưỡng	2,47 ± 1,32	1,98 ± 1,4	<0,05
5. Tôi hạn chế lượng dịch đưa vào hàng ngày (không quá 1,5 - 2 lít/ngày)	2,65 ± 1,19	2,1 ± 1,2	<0,05
6. Nếu tôi thấy mệt mỗi tăng lên, tôi sẽ liên lạc với bác sĩ hoặc điều dưỡng	2,49 ± 1,36	2,2 ± 1,4	>0,05
7. Tôi ăn nhạt	1,97 ± 0,97	1,82 ± 0,81	>0,05
8. Tôi uống thuốc theo đơn bác sĩ	1,13 ± 0,44	1,02 ± 0,23	>0,05
9. Tôi tập luyện thường xuyên	2,88 ± 1,4	2,4 ± 1,2	>0,05
Điểm trung bình	26,8 ± 4,3	23,5 ± 5,1	<0,05

Nhận xét: Sau khi tư vấn về kiến thức liên quan đến suy tim, điểm đánh giá hành vi tự chăm sóc tại thời điểm tháng thứ 3 ($23,5 \pm 5,1$) cải thiện hơn khi thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu ($26,8 \pm 4,3$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; trong đó có sự thay đổi rõ rệt ở những tiêu chí liên quan đến kiểm soát dịch của bệnh nhân.

Bảng 3. So sánh nhận thức của bệnh nhân trước và sau can thiệp theo thang điểm DHFKS

Nội dung	Tỷ lệ người bệnh trả lời đúng n (%)		p
	Thời điểm T0	Thời điểm T3	
1. Người bệnh suy tim cần theo dõi cân nặng bao lâu một lần	13 (26)	34 (68)	<0,05
2. Tại sao bệnh nhân suy tim cần phải kiểm tra cân nặng thường xuyên	12 (24)	28 (56)	<0,05
3. Lượng dịch bệnh nhân suy tim nặng được đưa vào cơ thể trong một ngày	20 (40)	35 (70)	<0,05
4. Phát biểu nào sau đây đúng	46 (92)	45 (90)	>0,05
5. Trong trường hợp khó thở hoặc phù chân tăng dần, biện pháp tốt nhất là gì	40 (80)	45 (90)	>0,05
6. Nguyên nhân nào có thể làm cho triệu chứng suy tim nặng lên	11 (22)	30 (60)	<0,05
7. Suy tim nghĩa là gì	35 (70)	40 (80)	>0,05
8. Bệnh nhân suy tim có thể bị phù chân do	16 (32)	28 (56)	<0,05
9. Chức năng của tim là gì	35 (70)	40 (80)	>0,05
10. Tại sao bệnh nhân suy tim cần ăn nhạt	15 (30)	30 (60)	<0,05
11. Nguyên nhân chính của suy tim là gì	46 (92)	45 (90)	>0,05
12. Phát biểu về luyện tập cho bệnh nhân suy tim nào đúng	30 (60)	31 (62)	>0,05
13. Tại sao bệnh nhân suy tim cần uống thuốc lợi tiểu	40 (80)	42 (84)	>0,05
14. Nhận xét nào sau đây là đúng trong trường hợp cân nặng tăng > 2kg trong 2 hoặc 3 ngày	35 (70)	38 (76)	>0,05
15. Khi ông/bà khát nước, ông bà nên làm gì là tốt nhất	5 (10)	28 (56)	<0,05
Điểm trung bình	$9,2 \pm 3,1$	$11,2 \pm 3,9$	<0,05

Nhận xét: Người bệnh sau khi được tư vấn về kiến thức suy tim, nhận thức của họ theo thang điểm DHFKS sau 3 tháng có cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước khi tư vấn (Khi thu nhận vào nghiên cứu): $11,2 \pm 3,9$ so với $9,2 \pm 3,1$, $p < 0,05$. Một số câu hỏi nội dung như 1, 2, 3, 6, 8 và 15 cũng có sự cải thiện có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 4. Hiệu quả bước đầu của bệnh nhân nghiên cứu trước và sau can thiệp tư vấn kiến thức về suy tim

Nội dung	Thời điểm T0	Thời điểm T3	p
Nghiệm pháp đi bộ 6 phút (m)	$223,5 \pm 30,6$	$240,5 \pm 31,4$	<0,05
Phân độ NYHA	I n (%)		>0,05
	18 (36)	24 (48)	

	II n (%)	27 (54)	22 (44)	>0,05
	III n (%)	5 (10)	4 (8)	>0,05
	IV n (%)	0	0	

Nhận xét: Khả năng gắng sức dựa trên nghiệm pháp đi bộ 6 phút thời điểm tháng thứ 3 có cải thiện so với khi nhận bệnh nhân vào điều trị, với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối tương quan giữa điểm kiến thức và điểm hành vi tự chăm sóc theo các nhóm mục đích trong nghiên cứu

Kiến thức	Hành vi tự chăm sóc	Kiểm soát dịch	Xử trí dấu hiệu suy tim tăng nặng	Tuân thủ điều trị
Nguyên nhân, triệu chứng suy tim		0,32*	0,18	-0,18
Kiểm soát dịch		0,42*	0,23	-0,15
Xử trí dấu hiệu suy tim tăng nặng		0,10	0,22	0,13
Tuân thủ điều trị		0,16	-0,1	0,18

* $p < 0,05$.

Nhận xét: Điểm nội dung kiểm soát dịch trong hành vi tự chăm sóc có mối tương quan mức độ vừa với kiến thức “kiểm soát dịch” và “nguyên nhân, triệu chứng suy tim”, với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối tương quan giữa hành vi tự chăm sóc và nhận thức với một số thông số triệu chứng lâm sàng suy tim của người bệnh tại thời điểm tháng thứ 3

	Điểm nhận thức	Điểm hành vi	p
Nghiệm pháp đi bộ 6 phút (m)	0,48*	-0,52*	<0,05
Phân độ NYHA	0,25	- 0,19	>0,05

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa quãng đường đi bộ 6 phút với điểm nhận thức của người bệnh tại tháng thứ 3 và tương quan nghịch mức độ vừa với điểm hành vi tự chăm sóc, với $p < 0,05$.

4. Bàn luận

Nghiên cứu được thực hiện trên 50 bệnh nhân suy tim mạn tính được theo dõi và điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp; độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 67,3 năm, trong đó độ tuổi trên 80 tuổi chiếm tỷ lệ 26%, chúng tôi bệnh nhân suy tim hiện nay nếu được theo dõi và điều trị tốt, tuổi thọ đã được cải thiện rất nhiều. Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là

nam giới (tỷ lệ 96%) do đặc thù bệnh nhân của Khoa. Nguyên nhân suy tim mạn tính chủ yếu là bệnh động mạch vành, chiếm tỷ lệ 56%; các nguyên nhân thường gặp khác là tăng huyết áp và bệnh lý cơ tim. Bệnh nhân nghiên cứu là bệnh nhân theo dõi ngoại trú, vì vậy tình trạng suy tim chủ yếu là NYHA I và II với tỷ lệ tương ứng là 36% và 54%.

Bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá thực trạng hành vi tự chăm sóc bản thân dựa trên bộ câu hỏi EHFScBS-9, đây là bộ câu hỏi được áp dụng ở bệnh nhân suy tim phổ biến tại các nước châu Âu. Năm 2011, Nguyễn Ngọc Huyền đã dịch bộ câu hỏi sang tiếng Việt và được tác giả Tiny

Jaarsma chấp thuận [3]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Duy, hệ số cronbach's alpha của bộ câu hỏi EHFScB-9 là 0,81 cho thấy bộ câu hỏi có độ tin cậy tốt khi áp dụng trên quần thể bệnh nhân suy tim Việt Nam [2]. Các nghiên cứu gần đây đều thống nhất cấu trúc 3 phân nhóm hành vi của bộ câu hỏi EHFScB-9: Kiểm soát dịch, xử trí dấu hiệu suy tim tăng nặng, tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân khi thu nhận vào nghiên cứu và tại thời điểm 3 tháng sau khi chúng tôi thực hiện tư vấn các kiến thức về bệnh lý suy tim mạn tính theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho người bệnh. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân đã có sự cải thiện rõ rệt, đặc biệt phân nhóm hành vi liên quan đến kiểm soát dịch (tiêu chí 1, 4 và 5), tỷ lệ cải thiện tương ứng là $23,5 \pm 5,1$ so với khi nhận vào nghiên cứu là $26,8 \pm 4,3$ với $p < 0,05$.

Đánh giá kiến thức của bệnh nhân trong nghiên cứu được chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi DHFKS, đây là bộ câu hỏi được Van der Wal xây dựng năm 2005 dựa trên các nội dung chính của bộ câu hỏi EHFScB-12. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Duy, bộ câu hỏi đánh giá kiến thức DHFKS đạt yêu cầu về độ tin cậy khi áp dụng trên bệnh nhân suy tim Việt Nam với hệ số cronbach's alpha = 0,72 [2]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng được đánh giá kiến thức tại 2 thời điểm: Khi thu nhận vào nghiên cứu và thời điểm 3 tháng sau khi được tư vấn về kiến thức suy tim. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy kiến thức liên quan đến suy tim của bệnh nhân chúng tôi ngay tại thời điểm thu nhận vào nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn các nghiên cứu khác trong nước, điều này có thể được giải thích là do bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là cán bộ cao cấp trong quân đội, vì vậy bệnh nhân luôn có nhu cầu được chăm sóc và tư vấn cao hơn. Khi tư vấn về

kiến thức, chúng tôi tập trung vào những nội dung người bệnh suy tim còn hạn chế, vì vậy kết quả đánh giá kiến thức của bệnh nhân theo bộ câu hỏi DHFKS có cải thiện có ý nghĩa thống kê ở một số tiêu chí như 1, 2, 3, 6, 8 và 15, với $p < 0,05$.

Trong đánh giá những hiệu quả bước đầu quá trình chăm sóc và tư vấn theo mục tiêu đối với bệnh nhân suy tim, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có sự cải thiện tốt về các triệu chứng lâm sàng và khả năng gắng sức. Ở thời điểm tháng thứ 3 sau khi bệnh nhân được tư vấn, quãng đường thực hiện nghiệm pháp đi bộ 6 phút của bệnh nhân trung bình là 240,5m cao hơn so với thời điểm thu nhận vào nghiên cứu là 223,5m, với $p < 0,05$. Chúng tôi nhận thấy, mức độ suy tim theo phân độ NYHA cũng được cải thiện hơn mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Như vậy, chúng ta nhận thấy vai trò của giáo dục tư vấn để nâng cao hành vi và kiến thức của người bệnh suy tim rất quan trọng, ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả điều trị; trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy người bệnh suy tim còn hạn chế nhiều trong các kiến thức liên quan đến kiểm soát dịch, vì vậy khi được tư vấn tự chăm sóc, kết quả điều trị được cải thiện hơn trước, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tìm hiểu mối tương quan giữa điểm đánh giá hành vi tự chăm sóc với kiến thức trên các phân nhóm hành vi; chúng tôi thấy có mối tương quan thuận mức độ vừa trong phân nhóm kiểm soát dịch ở 2 bảng hỏi, với $p < 0,05$; các phân nhóm hành vi khác mối tương quan chưa có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Tại thời điểm tháng thứ 3, khi tìm hiểu mối tương quan giữa điểm đánh giá hành vi tự chăm sóc và kiến thức về suy tim với quãng đường của nghiệm pháp đi bộ 6 phút, chúng tôi thấy có mối tương quan thuận giữa quãng đường đi bộ 6 phút

với điểm nhận thức của người bệnh, và tương quan nghịch mức độ vừa với điểm hành vi tự chăm sóc, với $p < 0,05$.

5. Kết luận

Nghiên cứu của chúng tôi, bước đầu đã chứng minh vai trò của tư vấn nâng cao kiến thức (theo bộ câu hỏi DHFKS) và kỹ năng hành vi tự chăm sóc (theo bộ câu hỏi EHFSB-9) cho người bệnh suy tim mạn tính, hỗ trợ cải thiện hiệu quả điều trị, làm tăng quãng đường đi bộ trong nghiệm pháp 6 phút. Nghiên cứu cũng chứng minh có mối tương quan mức độ vừa giữa một số thông số, đặc biệt là tiêu chí kiểm soát dịch trong hành vi tự chăm sóc và kiến thức của người bệnh.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính*. Quyết định số 1762/QĐ-BYT của Bộ Y tế, tr. 89-102.
2. Nguyễn Hữu Duy (2019) *Phân tích thực trạng sử dụng thuốc, kiến thức và hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội*. Đại học Dược Hà Nội, tr. 122-125.
3. Nguyen Ngoc Huyen (2011) *Factors related to self-care behaviors among older adults with heart failure in Thai Nguyen General Hospital, Vietnam, M.N.S. (Nursing Science)*. Burapha University: 78-99.
4. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al; ESC Scientific Document Group (2016) *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure*. European Heart Journal 37: 2129-2200.
5. Vellone E, Jaarsma T et al (2014) *The European Heart Failure self-care behaviour scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure*. Patient Educ Couns 94(1): 97-102.
6. Martje HL van der Wal, Tiny Jaarsma et al (2005) *Development and testing of the dutch heart failure knowledge scale*. European Journal of Cardiovascular Nursing (4): 273-277.