

nặng các tạng. Thương tổn lan rộng, kéo dài, khó hồi phục, đặt ra một thách thức lớn cho việc điều trị. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra các vấn đề tương tự [1,4,6].

Về điều trị, kết quả ghi nhận 27/37 (73%) bệnh nhân phải thực hiện phẫu thuật cắt cụt trực tràng hay phẫu thuật Hartmann. Có 6 bệnh nhân (16,2%) phải chịu phẫu thuật cả 3 tạng trực tràng, bàng quang, tử cung và phải mang hậu môn nhân tạo tạm thời hoặc vĩnh viễn cho thấy xạ trị gây những hậu quả khá nghiêm trọng cho người bệnh.

Về phương diện phẫu thuật, đây là phẫu thuật đa tạng, tổ chức xơ sẹo, khó liền sẹo sau mổ, trên cơ địa người bệnh suy kiệt kéo dài, nên vấn đề đánh giá đầy đủ hệ thống phải được đặt ra và giải quyết triệt để. Bên cạnh việc chẩn đoán, giải quyết các biến chứng còn phải đánh giá tình trạng bệnh ung thư cổ tử cung. Kết quả nghiên cứu cho thấy 37 bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật không có ung thư tái phát, hậu phẫu diễn biến thuận lợi, không có tai biến và biến chứng nặng sau mổ.

Kết quả lâu dài, 7 bệnh nhân (19%), chết do ung thư tái phát, di căn. Các trường hợp còn sống, sinh hoạt và hòa nhập công việc xã hội tương đối tốt. Không còn triệu chứng chảy máu tiêu hóa. Chức năng hệ tiết niệu ổn định, hài lòng sau phẫu thuật. Nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [1,2].

V. KẾT LUẬN

Xạ trị ung thư cổ tử cung còn có những biến chứng nặng nề cho các tạng và cấu trúc giải phẫu lân cận. Một số cần can thiệp phẫu thuật, chỉ định chủ yếu do viêm trực tràng chảy máu (51,4%), rò phân vào âm đạo, bàng quang (43,2%).

Kết quả phẫu thuật tốt, không có tai biến, biến chứng nặng sau mổ. Kết quả lâu dài, nguyên nhân tử vong do ung thư tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Hùng (2009)** Kết quả điều trị rò trực tràng – âm đạo, tạp chí ngoại khoa số1; 4: tr. 26 -29.
2. **Nguyễn Văn Tuyên (2008)** Nghiên cứu điều trị ung thư cổ tử cung giai đoạn IB-II bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với xạ trị", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.133-134.
3. **Small W Jr, Bacon MA, Bajaj A, et al (2017)** Cervical cancer: a global health crisis. Cancer 123:2404–12
4. **Yang, Jian PhD^a; Cai, Haoyang PhD^a; Xiao, Zhi-Xiong PhD^a; Wang, Hangyu MD^{b,*}; Yang, Ping MD^c. (2019)** Effect of radiotherapy on the survival of cervical cancer patients volum 98- issue - p e16421
5. **Shi D, Liang Z, Zhang C, et al, (2018)** The effect of surgery on the survival status of patients with locally advanced cervical cancer after radiotherapy/chemoradiotherapy: a meta-analysis. BMC Cancer ;18:308.
6. **Ghabuous A et al. (2013)** Time course of late rectal- and urinary bladder side effects after MRI-guided adaptive brachytherapy for cervical cancer". 535-40 Boni A.

MÔ TẢ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM DO TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Bùi Thị Hậu*, **Nguyễn Thị Lan Anh****,
Đỗ Thị Thu Hiền*, **Đàm Văn Đạt***

TÓM TẮT

Với mục tiêu mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 08/2020 đến tháng 04/2021. Qua nghiên cứu cắt ngang 121 người bệnh suy

tim do tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. **Kết quả cho thấy:** Người bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 91,7%. Điểm trung bình đạt cao nhất ở chỉ số duy trì tự chăm sóc (24,02±7,368), thấp nhất ở chỉ số tự tin tự chăm sóc (16,22 ±5,108). Điểm kiến thức về bệnh suy tim 6,39 ±1,519. Điểm kiến thức theo dõi huyết áp 11,42 ±1,025. Điểm hỗ trợ xã hội 55,49 ±18,766. Có mối tương quan thuận giữa điểm kiến thức suy tim, điểm kiến thức theo dõi huyết áp, điểm hỗ trợ xã hội với quản lý tự chăm sóc, duy trì tự chăm sóc, tự tin tự chăm sóc (hệ số tương quan rho > 0,5, p<0,001). Có sự khác biệt giữa nhóm nam giới và nữ giới về điểm hành vi tự chăm sóc bản thân với p<0,001. Điểm trung bình duy trì tự chăm sóc của 2 nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I với nhóm phân độ HA độ II

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương.

**Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hậu

Email: hauhmtu1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

có sự khác biệt và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa với 2 nhóm phân độ suy tim I và II với nhóm phân độ suy tim III và IV (p lần lượt là 0,01 và 0,046)

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOLID CARE ACTIONS OF PEOPLE WITH HIGH BLOOD PRESSURE AT HAI DUONG DISEASE HEALTH CENTER IN HAI DUONG PROVINCE

Objective: Describe self-care behavior of patients with heart failure caused by hypertension at the Heart Center of Hai Duong General Hospital from August 2020 to April 2021. Find out about some factors related to self-care behavior of patients with heart failure caused by hypertension at the Heart Center of Hai Duong General Hospital. **Methods:** Cross-sectional study on 121 patients at Hai Duong General Hospital. **Results:** The proportion of patients aged 60 and over accounts for 91,7%. Average score was the highest in the self-care maintenance index ($24,02 \pm 7,368$), and the lowest in the self-care index ($16,22 \pm 5,108$). Knowledge score for heart failure $6,39 \pm 1,519$. Knowledge score on blood pressure monitoring $11,42 \pm 1,025$. Social support score $55,49 \pm 18,766$. **Conclusion:** With a score of 0-100 points, care practice scores of patients with heart failure due to hypertension in all 3 areas (maintenance of self-care, self-care management, self-care confidence) are low with the real average scores for each area respectively: $24,02 \pm 7,368$, $17,73 \pm 6,08$, $16,22 \pm 5,108$ points. There is a strong and positive correlation between heart failure knowledge score, blood pressure monitoring knowledge score, social support score with self-care management, maintenance of self-care, self-care confidence correlation coefficient ($\rho > 0,5$, $p < 0,001$). There is a difference between the group of men and women with the self-care behavior score with $p = 0,007$. The mean self-care score of the 2 groups of high normal BP and grade I with the BP grade group of grade 1 II has a difference, and this difference is also significant with 2 groups of heart failure class I and II with heart failure class III and IV (with p is 0,01, respectively; 0,046)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những bệnh lý tim mạch có tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi trên toàn thế giới. Suy tim ảnh hưởng sức khỏe của 6-10% người trên 65 tuổi, là nguyên nhân chính khiến cho người già mắc suy tim phải nằm viện và tái nhập viện. Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến suy tim trên thế giới cũng như Việt Nam. Theo nghiên cứu thuần tập Framingham có 91% tổng số bệnh nhân suy tim mới được chẩn đoán trong thời gian theo dõi lên đến 20 năm có liên quan đến tăng huyết áp.

Tự chăm sóc trong bệnh suy tim là các hành vi mà người bệnh thực hiện để duy trì tình trạng thể chất, theo dõi dấu hiệu bệnh, nhận biết và có cách xử lý phù hợp trước những biến đổi hay xuất hiện các triệu chứng của suy tim, đồng thời

đánh giá hiệu quả của cách xử lý đó. Bên cạnh đó, sự phức tạp trong chế độ điều trị bệnh suy tim và nhiều bệnh lý kèm theo ở phần lớn người già mắc suy tim cũng làm cho vấn đề tuân thủ trở nên khó khăn hơn. Với khả năng tự chăm sóc bản thân thấp như việc không tuân thủ chế độ dùng thuốc và khó thay đổi lối sống khi mắc suy tim ở người già sẽ dẫn đến 20 - 60% người bệnh suy tim phải tái nhập viện và tỷ lệ tử vong còn ở mức cao. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim, tuy nhiên ở Hải Dương, nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Nhằm góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh suy tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương" với mục tiêu:

1. Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 08/2020 đến tháng 04/2021.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 08/2020 đến tháng 04/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh suy tim do THA điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 08/2020 đến tháng 04/2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim do THA theo tiêu chuẩn chẩn đoán (phân độ suy tim theo NYHA; phân độ THA theo hội Tim mạch học Việt Nam).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh chờ phẫu thuật, người bệnh ung thư, phụ nữ có thai; Người bệnh không có khả năng tự chăm sóc, phụ thuộc hoàn toàn vào người thân: hôn mê, liệt vận động; Người bệnh có rối loạn về tâm thần, nhận thức, quá già yếu, suy giảm trí nhớ, nhận thức kém... không đủ khả năng nhận thức; Người bệnh không trả lời hết các câu hỏi của bộ công cụ nghiên cứu; Người bệnh không đồng ý tham gia.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Cỡ mẫu được lấy dựa trên sự thuận lợi, dựa trên tính dễ tiếp cận của đối tượng nghiên cứu, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Bộ công cụ thu thập số liệu:**

+ **Bộ thông tin cơ bản và bệnh:** gồm các thông tin về tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập trung bình và các thông tin về bệnh kèm theo.

+ **Bộ câu hỏi về hành vi tự chăm sóc (Self - care of heart failure index (SCHFI)).** Thang đo SCHFI v 6.2, được phát triển tại Hoa Kỳ được kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha đạt 0,80. Thang đo và cách đánh giá: Gồm 22 câu hỏi chia làm 3 lĩnh vực: duy trì chăm sóc (10 câu), quản lý chăm sóc (6 câu) và sự tự tin (6 câu). Số điểm mỗi hành vi phụ thuộc vào sự lựa chọn của người bệnh với điểm cao nhất là 4. Mỗi lĩnh vực thực hành tự chăm sóc (duy trì chăm sóc, quản lý chăm sóc và sự tự tin) được tính riêng với phổ điểm từ 0 -100. Phân loại thực hành: ≥ 70 điểm: Thực hành tự chăm sóc đạt; < 70 điểm: Thực hành tự chăm sóc không đạt.

+ **Bộ câu hỏi về sự hỗ trợ xã hội (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS))** được phát triển bởi tác giả Zimet (1988) được kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,76 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 (1) người thân (4 câu hỏi), (2) Gia đình (4 câu hỏi), và (3) Bạn bè (4 câu hỏi). Mỗi câu hỏi có 7 phương án trả lời từ 1 "rất đồng ý" đến 7 "rất không đồng ý". Tổng điểm của sự hỗ trợ xã hội từ 1-7. Người bệnh có tổng điểm cao là người nhận được nhiều sự hỗ trợ xã hội.

+ **Bộ câu hỏi về kiến thức suy tim: (The Dutch Heart Failure Knowledge (DHFKS))** được phát triển bởi tác giả Vander Wal (2005) được kiểm định độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,74 gồm 15 câu hỏi và nhiều lựa chọn được chia làm 3 nhóm: (1) 4 câu hỏi về thông tin chung về suy tim, (2) 6 câu hỏi đánh giá về chế độ ăn, giới hạn và các hành động để đánh giá điều trị suy tim và (3) 5 câu hỏi đánh giá triệu chứng và sự phát hiện triệu chứng của suy tim. Mỗi câu hỏi người bệnh được 1 điểm cho câu trả lời đúng và nhận điểm 0 cho lựa chọn câu trả lời sai. Tổng số điểm bộ câu hỏi này là 0-15 điểm. Người bệnh suy tim có tổng điểm cao cho thấy họ có kiến thức tốt về bệnh suy tim.

+ **Bộ câu hỏi về kiến thức Mức độ Tăng huyết áp (HK-LS) The Hypertension KnowledgeLevel Scale của Sultan Baliz**

Erkoc và CS (2012) là thang đo đầu tiên sẽ được sử dụng trong các nghiên cứu để ngăn ngừa tăng huyết áp trong tương lai, cũng như cho các chương trình kiểm soát và can thiệp giáo dục để xác định mức độ hiểu biết về tăng huyết áp của người lớn Thổ Nhĩ Kỳ. Hệ số Cronbach alpha cho HK-LS là 0,82 cho toàn bộ thang đo và cao hơn 0,70 cho tất cả các câu hỏi từng mục. Thang đo Kiến thức Mức độ Tăng huyết áp (HK-LS) có 22 mục. Mỗi câu trả lời đúng có giá trị 1 điểm. Điểm tối đa là 22 cho toàn bộ thang điểm, 2 cho "định nghĩa", 4 cho "điều trị y tế", 4 cho "tuân thủ thuốc", 5 cho "lối sống", 2 cho "chế độ ăn uống" và 5 cho phụ "biến chứng" kích thước. Điểm tối thiểu là 0 cho toàn bộ thang đo và cho tất cả các câu hỏi từng mục.

- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Phương pháp mô tả đã được sử dụng để mô tả về thông tin cơ bản nhất và mức độ hành vi tự chăm sóc bản thân. Mỗi liên quan giữa các biến và hành vi tự chăm sóc được sử dụng kiểm định test Mann - Whitney, kiểm định test Kruskal - Wallis H, test Kolmogorov- Smimov, Spearman Coreelation coefficient với độ tin cậy 0,05 và SPSS 26 để phân tích số liệu.

- **Vấn đề đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học, Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, được sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương và đồng thuận của Trung tâm Tim mạch. Người bệnh tự nguyện tham gia, thông tin cá nhân của người bệnh được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của người bệnh suy tim do THA

Đặc điểm chung của người bệnh	Số lượng (n=121)	Tỷ lệ (%)
Tuổi: < 60 tuổi	10	8,3
≥ 60 tuổi	111	91,7
Giới: Nam	50	41,3
Nữ	71	58,7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	13	11
Ly hôn	18	14,8
Kết hôn	90	74,2
Tình trạng học vấn		
Tiểu học	45	37,1
THCS	51	42,2
THPT trở lên	25	20,7
Thu nhập trung		

bình/tháng	90	74,4
Dưới 5 triệu	25	20,7
Từ 5-10 triệu	5	4,1
10-15 triệu	1	0,8
>15 triệu		
Nghề nghiệp		
Làm ruộng	66	55
Công chức, viên chức	13	10,7
Nghỉ hưu	20	16,5
Khác	22	17,8
Số người ở cùng trong gia đình		
≤ 2 người	31	25,5
≥ 3 người	90	74,5

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh nam là 41,3%, và người bệnh nữ (58,7%) với độ tuổi thấp nhất 50 tuổi và cao nhất là 99 tuổi (tuổi trung bình = 74,09); 74,2% đối tượng nghiên cứu đã lập gia đình. Tỷ lệ người bệnh có trình độ học vấn tiểu học, THCS chiếm cao nhất đạt 79,3 %. Hầu hết họ có thu nhập dưới 5 triệu chiếm 74,4%. Nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng chiếm trên 50%. Số người sinh hoạt cùng họ trên 2 người chiếm 74,5%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh suy tim do THA

Đặc điểm bệnh	Số lượng (n=121)	Tỷ lệ (%)
Số bệnh đồng mắc		
≤ 2 bệnh	59	48
≥ 3 bệnh	62	52
Mức độ hạn chế vận động		
Hạn chế nghiêm trọng	21	17,4
Hạn chế không nghiêm trọng	62	51,2
Không hạn chế	38	31,4
Tình trạng sức khỏe tự đánh giá		
Rất kém	16	13,2
Kém	59	48,8
Bình thường	27	22,3
Tốt	19	15,7
Phân độ suy tim		
Độ I+ II	54	45
Độ III+IV	67	55
Phân độ tăng huyết áp		
Bình thường cao + Độ I	52	43
Độ II	69	57

Bảng 6. Mối liên quan giữa giới tính, phân độ HA, phân độ ST với chi số tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA (n=121)

	n	Quản lý tự chăm sóc		Duy trì tự chăm sóc		Tự tin tự chăm sóc	
		Median	p	Median	p	Median	p
Số bệnh đồng							
Nhóm có số bệnh đồng mắc < 3 bệnh	59	14,0	0,640*	23,0	0,251*	14,0	0,690*

Nhận xét: Số bệnh đồng mắc chủ yếu là trên 3 bệnh chiếm trên 50%. Tỷ lệ cao nhất (51,2 %) người bệnh có mức độ hạn chế vận động ở mức không nghiêm trọng. Đa số đối tượng nghiên cứu (48,8%) tự đánh giá mình sức khỏe ở mức kém. Khoảng 55% đối tượng nghiên cứu có phân độ suy tim mức III và độ IV và chủ yếu ở mức phân độ THA độ II.

Bảng 3. Tỷ lệ người suy tim do THA có khả năng tự chăm sóc phù hợp

Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quản lý tự chăm sóc (≥70)	15	12,3
Duy trì tự chăm sóc (≥70)	26	21,4
Tự tin tự chăm sóc (≥70)	33	27,3

Nhận xét: Người bệnh có khả năng quản lý tự chăm sóc là 12,3%; người bệnh có khả năng duy trì tự chăm sóc là 21,4%, người bệnh đạt tự tin chăm sóc là 27,3%.

Bảng 4. Điểm trung bình hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA

Điểm trung bình hành vi tự chăm sóc	Median ± rank
Điểm trung bình khả năng duy trì chăm sóc	24,14 ± 7,905
Điểm trung bình khả năng quản lý chăm sóc	14,69 ± 4,334
Điểm trung bình khả năng tự tin chăm sóc	15,46 ± 4,891

Bảng 5. Điểm trung bình kiến thức suy tim, kiến thức theo dõi HA, điểm hỗ trợ nhận thức xã hội

Thang điểm	X ± SD
Điểm kiến thức suy tim	6,39 ± 1,519
Điểm kiến thức theo dõi HA	11,42 ± 1,025
Điểm hỗ trợ nhận thức xã hội	55,49 ± 18,766

Nhận xét: Người bệnh có điểm kiến thức suy tim cao nhất đạt 10 điểm, thấp nhất đạt 2 điểm, điểm trung bình đạt 6,39 ± 1,519. Điểm kiến thức theo dõi huyết áp cao nhất đạt 19 điểm, thấp nhất đạt 3 điểm, điểm trung bình đạt 11,42 ± 1,025. Điểm hỗ trợ xã hội cao nhất đạt 90 điểm, thấp nhất 12 điểm, điểm trung bình đạt 55,49 ± 18,766.

mắc	Nhóm có số bệnh đồng mắc ≥ 3 bệnh	62	13,76		21,12		13,2	
Phân độ THA	Nhóm bình thường cao + Độ I	52	15,0	0,309*	26,0	0,01*	15,0	0,85*
	Nhóm Độ II	69	13,0		21,0		14,0	
Phân độ suy tim	Phân độ ST I+II	54	14,0	0,372*	24,0	0,046*	14,0	0,933*
	Phân độ suy tim III+IV	67	12,47		22,0		13,55	

Nhận xét: Về giới, nhóm nam giới và nữ giới có sự khác biệt với điểm hành vi tự chăm sóc bản thân và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p tương ứng $p < 0,01$.

Điểm trung bình duy tự chăm sóc của 2 nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I với nhóm phân độ HA độ II có sự khác biệt với điểm duy trì tự chăm sóc của nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I cao hơn nhóm phân độ HA

độ II và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p tương ứng $p < 0,05$.

Điểm trung bình duy tự chăm sóc của 2 nhóm phân độ suy tim I và II với nhóm phân độ suy tim III và IV có sự khác biệt với điểm duy trì tự chăm sóc của nhóm phân độ suy tim I và II cao hơn nhóm phân độ suy tim III và IV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Môi liên quan giữa sự hiểu biết kiến thức suy tim, kiến thức theo dõi HA, sự hỗ trợ xã hội với khả năng tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA.

	Quản lý tự chăm sóc		Duy trì tự chăm sóc		Tự tin tự chăm sóc	
	rho	p	rho	p	rho	p
Điểm kiến thức suy tim	0,604	0,000	0,538	0,000	0,508	0,000
Điểm kiến thức theo dõi HA	0,527	0,000	0,547	0,000	0,598	0,000
Điểm hỗ trợ xã hội	0,683	0,000	0,668	0,000	0,568	0,000

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa điểm kiến thức suy tim, điểm kiến thức theo dõi huyết áp, điểm hỗ trợ xã hội với quản lý tự chăm sóc, duy trì tự chăm sóc, tự tin tự chăm sóc có hệ số tương quan $\rho > 0,5$; $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

1. Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA. Kết quả của nghiên cứu này đã chỉ ra hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA bao gồm các nội dung liên quan đến quản lý tự chăm sóc, duy trì tự chăm sóc và tự tin tự chăm sóc. Trong đó, có 87,7% người bệnh suy tim do THA không biết cách quản lý được hành vi tự chăm sóc của mình, có 78,6% người bệnh có điểm duy trì tự chăm sóc thấp và 72,7% người bệnh có điểm tự tin tự chăm sóc đạt dưới 70 điểm. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác đã tìm thấy hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA vẫn thấp. Hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA có thể khó bởi các thay đổi về tim mạch, hô hấp, tiêu hóa... Trong nghiên cứu này, hầu hết đối tượng nghiên cứu (79,3%) có trình độ học vấn từ THCS trở xuống. Hơn nữa, khi những yếu tố này kết hợp với việc thiếu kiến thức về bệnh, với sự phức tạp của hành vi tự chăm sóc để thành công trong hành vi tự chăm sóc suy tim là rất khó khăn. Hơn nữa, hành vi tự chăm sóc phải được phổ biến, được học và phải

tuyên thủ liên tục. Đó là lý do tại sao người bệnh suy tim do THA không thể thực hiện được hành vi này và có thể làm cho hành vi tự chăm sóc của họ ở mức độ thấp.

2. Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA. Có sự khác biệt giữa nhóm nam giới và nữ giới với điểm hành vi tự chăm sóc bản thân với $p < 0,01$. Điểm trung bình duy tự chăm sóc của 2 nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I với nhóm phân độ HA độ II có sự khác biệt, và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa với 2 nhóm phân độ suy tim I và II với nhóm phân độ suy tim III và IV. Với p lần lượt là 0,01 và 0,046. Các kết quả trên đều phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Đinh Thị Thuý Hà (năm 2016) tại viện Tim mạch quốc gia, tác giả Nguyễn Ngọc Huyền (2013) tại BV đa khoa tỉnh Thái Nguyên.

Kiến thức suy tim, kiến thức theo dõi HA, điểm hỗ trợ xã hội liên quan đến hành vi tự chăm sóc bản thân với rho lần lượt là 0,064; 0,527; 0,638. Kiến thức suy tim là yếu tố quan trọng liên quan đến sự tuân thủ các hành vi tự chăm sóc ở người bệnh suy tim do THA. Trong

nghiên cứu này, kiến thức suy tim ảnh hưởng trực tiếp tới hành vi tự chăm sóc bản thân được chỉ rõ và là yếu tố cần thiết để thực hiện hành vi này. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Thực tế trên cũng phản ánh troog nghiên cứu của chúng tôi, đa số người tham gia nghiên cứu đến từ các vùng nông thôn, thu nhập bình quân < 5 triệu /tháng chiếm 74,4%, trình độ học vấn thấp chủ yếu là từ THCS trở xuống (79,3 %) nên kiến thức hiểu biết về bệnh tăng huyết áp còn thấp, chưa được kiểm soát chặt chẽ dẫn tới chất lượng điều trị đạt hiệu quả chưa cao. Đồng thời, nghiên cứu của Gallader và cộng sự (2011) và Sayer và cộng sự (2008) chỉ ra rằng sự hỗ trợ xã hội có liên quan đến hành vi tự chăm sóc bản thân ở người bệnh suy tim. Một lý do có thể giải thích được là do văn hóa người Việt Nam từ xưa đến nay theo truyền thống gia đình có nhiều thế hệ, khuyến khích thành viên trẻ trong gia đình chăm sóc người thân khi họ đau ốm, nằm viện. Điều đó phù hợp với 74,5 % đối tượng trong nghiên cứu này sống chung với các con cái trong gia đình.

V. KẾT LUẬN

1. Mô tả hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA.

- Điểm quản lý tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA đạt $17,73 \pm 6,084$, điểm tự tin tự chăm sóc $16,22 \pm 5,108$ và điểm duy trì chăm sóc $24,02 \pm 7,368$.

- Người bệnh có điểm kiến thức suy tim cao nhất đạt 10 điểm, thấp nhất đạt 2 điểm, điểm trung bình đạt $6,39 \pm 1,519$.

- Điểm kiến thức theo dõi huyết áp thường xuyên của người bệnh suy tim do tăng huyết áp trung bình đạt $11,42 \pm 1,025$, cao nhất đạt 19 điểm, thấp nhất đạt 3 điểm.

- Điểm hỗ trợ xã hội cao nhất đạt 90 điểm, thấp nhất 12 điểm, điểm trung bình đạt ($55,49 \pm 18,766$).

2. Một số yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim do THA.

- ❖ Có mối tương quan thuận và mạnh giữa điểm kiến thức suy tim, điểm kiến thức theo dõi huyết áp, điểm hỗ trợ xã hội với quản lý tự chăm sóc, duy trì tự chăm sóc, tự tin tự chăm sóc có hệ số tương quan $\rho > 0,5$, $p < 0,001$.

- ❖ Về giới, nhóm nam giới và nữ giới có sự khác biệt với điểm hành vi tự chăm sóc bản thân và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p tương ứng $p = 0,007 < 0,01$

- ❖ Điểm trung bình duy trì chăm sóc của 2 nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I với nhóm phân độ HA độ II có sự khác biệt với điểm duy trì tự chăm sóc của nhóm phân độ HA bình thường cao và độ I cao hơn nhóm phân độ HA độ II và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p tương ứng $p = 0,01 < 0,05$.

- ❖ Điểm trung bình duy trì chăm sóc của 2 nhóm phân độ suy tim I và II với nhóm phân độ suy tim III và IV có sự khác biệt với điểm duy trì tự chăm sóc của nhóm phân độ suy tim I và II cao hơn nhóm phân độ suy tim III và IV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,046 < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yancy Clyde W. et al. (2013)**, "2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure", *Circulation*, 128(16), pp. e240-e327.
2. **Benjamin Emelia J. et al. (2019)**, "Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association", *Circulation*, 139(10), pp. e56-e528.
3. **Carlson B., Riegel B., Moser D. K. (2001)**, "Self-care abilities of patients with heart failure", *Heart Lung*, 30(5), pp. 351-9.
4. **Miller C. A. (2009)**, *Nursing for wellness in older adults*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
5. **Van der Wal M. H., Jaarsma T. (2008)**, "Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions", *Int J Cardiol*, 125(2), pp. 203-8.
6. **Moser D. K., Watkins J. F. (2008)**, "Conceptualizing self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics", *J Cardiovasc Nurs*, 23(3), pp. 205-18; quiz 219-20.
7. **Trần Thị Ngọc Anh (2016)**. Kiến thức và thực hành tự chăm sóc ở nhà của người bệnh suy tim mạn tính tại viện Tim Mạch Việt Nam, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Tiến Dũng (2013)**, "Các yếu tố liên quan đến hành vi tự chăm sóc của người già suy tim tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 64, pp. 26-33.
9. **Hoàng Thị Minh Thái (2016)**. Kiến thức tự chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định.
10. **Vasan RS, Levy D.** The role of hypertension in the pathogenesis of heart failure. Overview of clinical mechanics. *Arch Intern Med* 1996; 156: 1789–1796.
11. **Travers B. et al. (2007)**, "Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability", *J Card Fail*, 13(2), pp. 128-32.