

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

HOÀNG VĂN CƯỜNG

HIỆU QUẢ CỦA GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRÊN
TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM
TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH: MỘT THỬ
NGHIỆM NGẪU NHIÊN CÓ NHÓM CHỨNG

Ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 9720701

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Năm 2023

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: 1. PGS. TS. NGUYỄN ĐỖ NGUYỄN

2. PGS. TS. TÔ GIA KIÊN

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường họp tại vào hồi ... giờ ... phút, ngày ... tháng ... năm 2023.

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Van Cuong Hoang, Tran Ngoc Dang, Do Nguyen Nguyen, Kien Gia To (2023), “Knowledge, treatment adherence, and quality of life of heart failure patients at Nhan Dan Gia Dinh Hospital”, *MedPharmRes*, 2023, Vol. 2023 (Issue 4), p.102-110.
2. Van Cuong Hoang, Tran Ngoc Dang, Do Nguyen Nguyen, Kien Gia To (2023), “Impact of behavioral health education interventions on knowledge, adherence to treatment, and quality of life of patients with heart failure: A randomized controlled trial”, *MedPharmRes*, 2023, Vol. 2023 (Issue 4), p.111-119.

1. GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1.1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Hiện nay, giáo dục sức khỏe được áp dụng thường quy cho bệnh nhân suy tim tại các bệnh viện tại Việt Nam. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy tim hiện nay vẫn chưa cao. Cho đến nay, các nghiên cứu về hiệu quả của giáo dục sức khỏe trên tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú tại Việt Nam vẫn chưa được thực hiện. Bệnh viện Nhân dân gia đình là một trong những đơn vị đầu ngành về tim mạch tại TPHCM. Do đó việc tiến hành nghiên cứu ở bệnh viện trên là cần thiết để áp dụng cho chính bệnh viện Nhân Dân Gia Định, cũng như cung cấp các tư liệu hữu ích để phát triển chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân suy tim tại các bệnh viện ở Việt Nam.

1.2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát

Xác định hiệu quả của giáo dục sức khỏe trên kiến thức, tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú sau 3 tháng can thiệp tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh.

Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu 1: Xác định sự khác biệt về kiến thức suy tim của bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

Mục tiêu 2: Xác định sự khác biệt của việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

Mục tiêu 3: Xác định sự khác biệt của hệ số (mức độ) chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

Mục tiêu 4: Đánh giá hiệu quả của giáo dục sức khỏe đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đang điều trị suy tim sau 3 tháng can thiệp so với thời điểm ban đầu và so với nhóm chứng.

1.3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng trên bệnh nhân được chẩn đoán suy tim đang điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

1.4. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Can thiệp GDSK có hiệu quả cải thiện kiến thức chung, cải thiện kiến thức tổng quát và cải thiện tuân thủ tập thể dục ở bệnh nhân suy tim điều trị tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh. Sau khi hiệu chỉnh, tỉ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm can thiệp bằng 1,68 lần nhóm chứng với KTC 95% từ 1,05 đến 2,69. Tỉ lệ đạt kiến thức ở nhóm can thiệp bằng 1,91 lần so với chứng với KTC 95% từ 1,25 đến 2,92. Tỉ lệ tuân thủ chế độ tập luyện thể dục ở nhóm can thiệp bằng 1,59 lần nhóm chứng với KTC 95% từ 1,03 đến 2,45.

Kết quả nghiên cứu có thể áp dụng cho chính bệnh viện Nhân Dân Gia Định, cũng như cung cấp các tư liệu hữu ích để phát triển chương trình giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân suy tim tại các bệnh viện ở Việt Nam. Nghiên cứu kiến nghị cần có các biện pháp tăng cường kiến thức và tuân thủ điều trị cho bệnh nhân. Các hoạt động truyền thông GDSK thường quy tại bệnh viện và cộng đồng cần được điều chỉnh, cập nhật để đạt được hiệu quả thiết thực. Đối với các trung tâm điều trị quản lý bệnh nhân suy tim, GDSK có thể là một phương pháp hiệu quả để giúp cải thiện kiến thức và tuân thủ điều trị. Nội dung GDSK cần được tiếp tục thử nghiệm phát triển và đánh giá hiệu quả trong thời gian theo dõi dài hơn. Trước mắt, trong điều kiện khả thi, bác sĩ điều trị cần tiếp tục

quy trình điều trị thường quy và có thể lồng ghép các GDSK vào quá trình tư vấn để giúp bệnh nhân cải thiện sớm kiến thức và tuân thủ điều trị. Đối với các nghiên cứu trong thời gian tới về tác động của giáo dục sức khỏe lên hành vi tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú hay các nghiên cứu tương tự có thể thực hiện với thiết kế RCT với quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn. Đồng thời tiếp tục phát triển nội dung, mô hình giáo dục sức khỏe hợp lý để cải thiện sức khỏe cho bệnh nhân suy tim, góp phần giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong do bệnh suy tim.

1.5. Bố cục của luận án

Luận án được viết 104 trang, bao gồm: phần đặt vấn đề, mục tiêu và dàn ý nghiên cứu 4 trang, tổng quan tài liệu 34 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 18 trang, kết quả nghiên cứu 26 trang, bàn luận 19 trang, kết luận và kiến nghị 2 trang. Luận án có 22 bảng, 3 biểu đồ, 4 hình, 4 sơ đồ, 121 tài liệu tham khảo.

2. Tổng quan tài liệu

2.1. Hiệu quả của giáo dục sức khỏe lên tuân thủ điều trị của người bệnh suy tim

Stromberg và cộng sự đã chỉ ra rằng cả hai yếu tố kiến thức về suy tim và sự hỗ trợ của nhân viên y tế đều cải thiện sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Một nghiên cứu của Arcand và cộng sự năm 2005 về hiệu quả của giáo dục sức khỏe trên thay đổi thói quen ăn giảm mặn ở bệnh nhân suy tim, kết quả cho thấy ở nhóm can thiệp giáo dục sức khỏe, lượng muối ăn giảm sau 3 tháng từ 2,8 xuống còn 2,14 g/ngày trong khi ở nhóm không can thiệp, lượng muối ăn hàng ngày gần như không thay đổi.

Theo nghiên cứu của Wu và cộng sự, năm 2008, về các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy tim, kết quả chỉ ra rằng

giáo dục sức khỏe giúp bệnh nhân hiểu biết về bệnh tật của họ, các triệu chứng và cách sử dụng thuốc giúp nâng cao sự tuân thủ điều trị.

Theo nghiên cứu của tác giả Usha và cộng sự năm 2008, về hiệu quả của giáo dục sức khỏe về tự chăm sóc, sự tự tin và tình trạng sức khỏe trên việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy tim, kết quả cho thấy việc giáo dục sức khỏe về hạn chế muối và kiểm soát cân nặng có ảnh hưởng đáng kể đến sự gia tăng tuân thủ hạn chế muối ($p=0,015$) và tuân thủ kiểm soát cân nặng ($p<0,001$).

2.2. Hiệu quả của giáo dục sức khỏe lên chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim

Chương trình giáo dục cách tự quản lý bệnh suy tim trong thời gian ba tháng bao gồm ba buổi giáo dục sức khỏe cá nhân, sổ tay giáo dục sức khỏe và gọi điện mỗi tháng sau khi xuất viện được thực hiện bởi người chăm sóc có thể được coi là một chiến lược thích hợp để cải thiện CLCS nói chung ($p<0,001$), triệu chứng ($p=0,002$), can thiệp xã hội ($p=0,01$), tình trạng tâm lý ($p=0,013$), sự tự tin và kiến thức ($p<0,001$) ở những người bị bệnh suy tim.

Cho đến nay, các nghiên cứu về hiệu quả của giáo dục sức khỏe trên tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú tại Việt Nam vẫn chưa được thực hiện. Do đó việc tiến hành nghiên cứu ở bệnh viện trên là cần thiết.

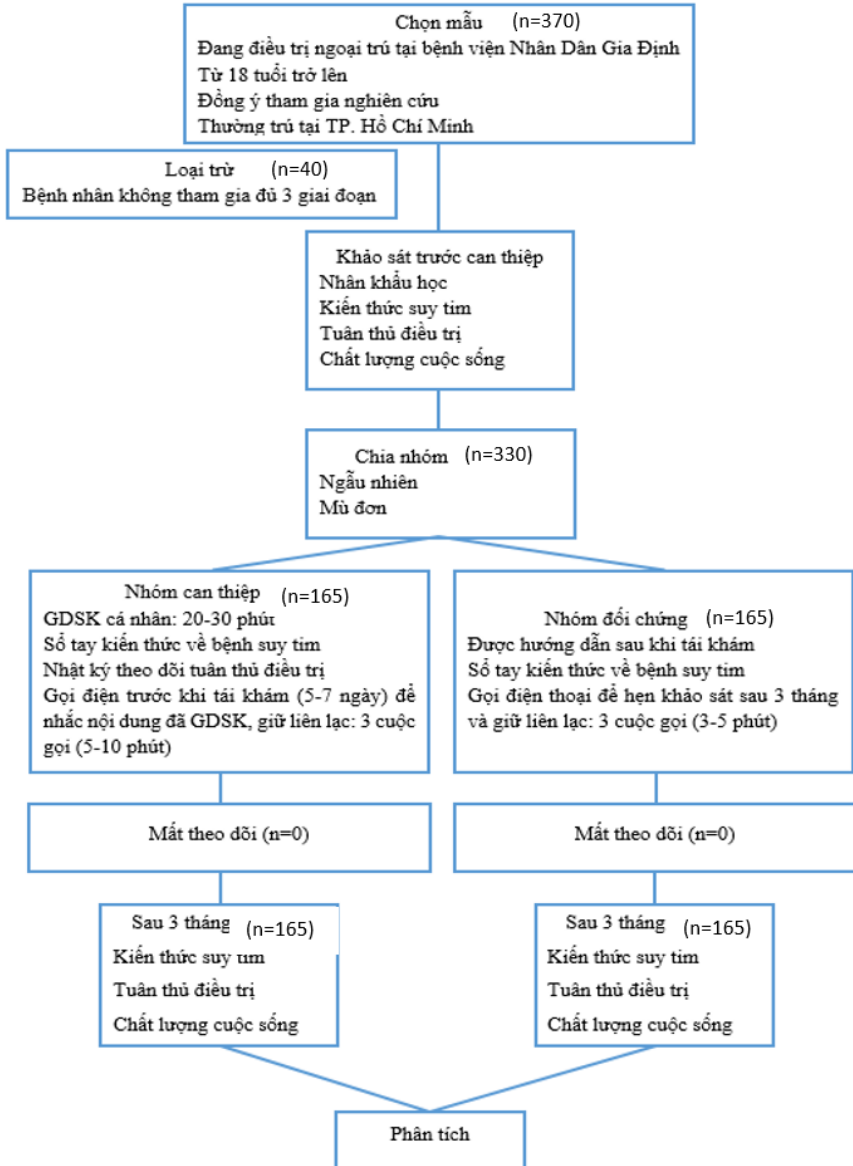
3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có nhóm đối chứng đánh giá hiệu quả can thiệp GDSK.

3.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán suy tim đang điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian thực hiện nghiên cứu.



Sơ đồ 3.1. Lưu đồ mẫu nghiên cứu

3.2.1. Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí chọn vào: Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy tim từ trên 1 tháng trước thời điểm nghiên cứu theo hướng dẫn của Bộ Y tế, được quản lý trên hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện, đang điều trị ngoại trú trong thời gian tiến hành lấy mẫu nghiên cứu, thường trú tại TPHCM, từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng sức khỏe không ổn định, khó khăn trong giao tiếp hoặc không còn khả năng tự chăm sóc. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu không đủ 3 giai đoạn gồm đánh giá trước can thiệp, can thiệp, đánh giá sau can thiệp.

3.2.2. Phân bố ngẫu nhiên

Người bệnh sẽ được phân bố ngẫu nhiên theo khối vào hai nhóm nghiên cứu bởi một cộng sự và chỉ người này biết kết quả phân nhóm.

3.2.3. Kiểm soát sai lệch chọn lựa

Áp dụng đúng những tiêu chí chọn vào và tiêu chí loại trừ. Cố gắng động viên đối tượng nghiên cứu trả lời đầy đủ tất cả câu hỏi. Để tránh mất mẫu và mất theo dõi, nghiên cứu áp dụng các biện pháp gọi điện thoại hoặc nhắn tin trước cho bệnh nhân khi thực hiện phỏng vấn, giữ liên lạc với bệnh nhân trong quá trình bệnh nhân điều trị, phân bố ngẫu nhiên, mô hình hồi quy đa biến kiểm soát sai lệch.

3.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến 06/2022 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TPHCM.

3.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh hai tỉ lệ độc lập với cỡ mẫu bằng nhau tương ứng với các mục tiêu. Cỡ mẫu để đánh giá hiệu quả cải thiện kiến thức, tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống lần lượt là 182, 234 và 200 cho cả hai nhóm. Cỡ mẫu tối thiểu đảm bảo

ước lượng cho cả 3 mục tiêu là 234. Trên thực tế, nghiên cứu đã chọn vào 330 bệnh nhân.

3.5. Định nghĩa biến số

Tên biến	Định nghĩa	Phân loại	Giá trị
Kiến thức về suy tim			
Được đánh giá qua thang đo DHFCS gồm 15 câu chia thành 3 cấu phần gồm kiến thức tổng quát (4 câu), kiến thức điều trị (6 câu) và triệu chứng, nhận biết triệu chứng (5 câu). Điểm số mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm. Bệnh nhân trả lời đúng từ 2/3 số lượng câu mỗi thành phần sẽ được xem là đạt kiến thức.			
Kiến thức tổng quát	Đạt kiến thức tốt khi trả lời đúng ≥ 3 trong số 4 câu kiến thức tổng quát	Nhị giá	Đạt Không đạt
Kiến thức về điều trị	Đạt kiến thức tốt khi trả lời đúng ≥ 4 câu trong số 6 câu	Nhị giá	Đạt Không đạt
Kiến thức về triệu chứng và theo dõi	Đạt kiến thức tốt khi trả lời đúng ≥ 4 trong số 5 nội dung	Nhị giá	Đạt Không đạt
Kiến thức chung	Đạt kiến thức tốt khi trả lời đúng ≥ 10 trong số 15 câu	Nhị giá	Đạt Không đạt
Tuân thủ điều trị			
Xác định bằng thang đo RHFCS gồm 6 câu hỏi trên thang đo từ 1 đến 5 ứng với mức độ tuân thủ tăng dần từ không bao giờ đến luôn luôn.			
Tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn	Đạt tuân thủ khi điểm đánh giá từ ≥ 4 ứng với mức hầu như hoặc luôn luôn tuân thủ	Nhị giá	Đạt Không đạt
Tuân thủ chế độ ăn hạn chế muối	Đạt tuân thủ khi điểm đánh giá từ ≥ 4 ứng với mức hầu như hoặc luôn luôn tuân thủ	Nhị giá	Đạt Không đạt
Tuân thủ tập thể dục	Đạt tuân thủ khi điểm đánh giá từ ≥ 4 ứng với mức hầu như hoặc luôn luôn tuân thủ	Nhị giá	Đạt Không đạt
Tuân thủ kiểm tra cân nặng	Đạt tuân thủ khi điểm đánh giá từ ≥ 4 ứng với mức hầu như hoặc luôn luôn tuân thủ	Nhị giá	Đạt Không đạt
Tuân thủ tái khám đúng hẹn	Đạt tuân thủ khi điểm đánh giá từ ≥ 4 ứng với mức hầu như hoặc luôn luôn tuân thủ	Nhị giá	Đạt Không đạt

Tuân thủ điều trị chung	Đạt tuân thủ khi bệnh nhân tuân thủ ≥ 4 trong số 6 tiêu chí đánh giá tuân thủ RHFCS	Nhi giá	Đạt Không đạt
Chất lượng cuộc sống Được đánh giá thông qua thang điểm EQ-5D-5L gồm điểm hệ thống mô tả và điểm VAS			
Điểm hệ thống mô tả	Đánh giá chất lượng cuộc sống tổng thể thông qua 5 biến số thành phần.	Định lượng	Từ -0,5115 đến 1
Điểm VAS	Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang trực quan	Định lượng	Từ 0 đến 100

3.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

Dữ liệu tại thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi đã được soạn sẵn. Bộ công cụ gồm 4 phần: Đặc tính nền và đặc điểm bệnh lý (tuổi, giới, trình độ học vấn, thu nhập bình quân, tình trạng sống chung, sử dụng thẻ BHYT, cân nặng, chiều cao, phân độ suy tim NYHA, bệnh kèm theo), kiến thức về bệnh suy tim (The Dutch Heart Failure Knowledge Scale - DHFKS), tuân thủ điều trị (the Revised Heart Failure Compliance Scale - RHFCS), chất lượng cuộc sống (EQ-5D-5L v2.1 tiếng Việt)

Kiểm soát sai lệch thông tin thông qua tập huấn kỹ cho các cộng tác viên trong nhóm phỏng vấn và cho phỏng vấn thử để kiểm tra kỹ năng giáo dục sức khỏe và thu thập số liệu, bệnh nhân tham gia không biết về kết quả phân nhóm can thiệp hay chứng.

3.7. Qui trình nghiên cứu

Qui trình can thiệp được tiến hành qua ba giai đoạn:

Giai đoạn 1: Chọn mẫu thuận tiện, đánh giá trước can thiệp và phân bổ ngẫu nhiên.

Giai đoạn 2: Thực hiện can thiệp giáo dục sức khỏe. Người bệnh trong cả nhóm chứng và nhóm can thiệp được cán bộ y tế hướng dẫn

sau khi tái khám như bình thường, cung cấp sổ tay hướng dẫn tự quản lý bệnh suy tim. Chỉ những người bệnh trong nhóm can thiệp được giáo dục sức khỏe cá nhân với một cộng tác viên đã được tập huấn, cung cấp nhật ký theo dõi tuân thủ điều trị, gọi điện thoại nhắc nhở trước mỗi lần tái khám 5-7 ngày trong vòng 3 tháng liên tục sau khi bắt đầu can thiệp (3 cuộc gọi). Nhóm đối chứng trải qua quá trình khám và tư vấn thường quy, gọi điện thoại để hẹn gặp mặt để làm phiếu khảo sát và giữ liên lạc trước mỗi lần tái khám 5-7 ngày trong 3 tháng liên tục kể từ lần phỏng vấn đầu tiên (3 cuộc gọi). Thời gian mỗi cuộc gọi từ 3-5 phút.

Giai đoạn 3: Sau can thiệp 3 tháng bệnh nhân trong cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sẽ được hẹn tới bệnh viện để đánh giá lại kiến thức, tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi được soạn sẵn.

3.8. Nội dung can thiệp giáo dục sức khỏe

Triển khai can thiệp

Buổi GDSK được thực hiện trong khoảng thời gian 20-30 phút bởi một cộng tác viên đã được tập huấn. Kế hoạch GDSK được xây dựng cho từng bệnh nhân dựa trên kết quả đánh giá kiến thức và tuân thủ điều trị về suy tim trước khi can thiệp. Cộng tác viên đánh dấu vào sổ tay 105,106 những kiến thức về bệnh suy tim và tuân thủ điều trị mà bệnh nhân còn hạn chế trước khi GDSK. Tổng cộng 30 cộng tác viên thực hiện giáo dục sức khỏe là điều dưỡng tại bệnh viện đã được tập huấn trước khi chính thức tiến hành trên bệnh nhân. Các nội dung tập huấn gồm các giai đoạn GDSK cá nhân, các giai đoạn thay đổi hành vi và kỹ năng thay đổi hành vi, thực hành GDSK và áp dụng thử nghiệm nhật ký theo dõi tuân thủ điều trị.

Tập huấn cộng tác viên thực hiện can thiệp

Các cộng tác viên thực hiện can thiệp được tập huấn để nắm rõ các giai đoạn của giáo dục sức khỏe cá nhân gồm tiếp cận, tập trung, khơi gợi, lập kế hoạch thay đổi hành vi. Để thực hiện tốt các giai đoạn này, cộng tác viên sẽ được hướng dẫn về các nền tảng cơ bản về tinh thần của GDSK cá nhân, kỹ năng GDSK cá nhân và các giai đoạn thay đổi hành vi.

3.9. Phương pháp phân tích dữ liệu

Dữ kiện sau khi được mã hóa, được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng phần mềm STATA 16. Đặc điểm trước can thiệp của toàn bộ bệnh nhân tham gia được mô tả nhằm cung cấp thông tin ban đầu về đối tượng nghiên cứu. Sau khi phân bổ ngẫu nhiên, đặc điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp được so với nhóm chứng để đánh giá hiệu quả của phân bổ ngẫu nhiên. Sự khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng được kiểm định dựa trên phép kiểm Fisher's; T-Student. Sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và chứng tại mỗi thời điểm trước hoặc sau can thiệp được kiểm định bằng phép kiểm Fisher's và T-Student. Sự thay đổi trước – sau can thiệp ở mỗi nhóm được kiểm định thông qua phép kiểm χ^2 McNemar's và T-test bắt cặp. Ước lượng hiệu quả can thiệp đối với các biến định tính dựa trên tỉ số nguy cơ RR của biến cố đạt kiến thức về suy tim và tuân thủ điều trị. RR được ước tính từ mô hình hồi quy Poisson. Ước lượng hiệu quả can thiệp đối với các biến định lượng (các biến chất lượng cuộc sống) dựa trên hiệu số khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Hiệu số khác biệt được ước tính bằng mô hình hồi quy tuyến tính. Các kiểm định đạt ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3.10. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 980/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 29/12/2020 và bệnh viện Nhân Dân Gia Định mã số chấp thuận 11/NDGD-HĐĐĐ ký ngày 29/01/2021.

4. Kết quả

4.1. Đặc điểm bệnh nhân suy tim tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ 11/2021 - 06/2022 trên bệnh nhân suy tim suy tim đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện NDGD TPHCM. Trong đó có 370 bệnh nhân phù hợp với tiêu chí chọn vào và được mời tham gia nghiên cứu. Tổng số 330 bệnh nhân đã đồng ý và được đánh giá trong nghiên cứu. Tỷ lệ tham gia trong số những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu là 89,2%.

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội của bệnh nhân suy tim

Đặc điểm dân số xã hội (n=330)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tuổi, TB ± ĐLC	62,1 ± 12,4		
Nhóm tuổi			
	<50 tuổi	48	14,6
	50 – 59 tuổi	81	24,5
	≥60 tuổi	201	60,9
Giới tính (Nam)	166	50,3	
Dân tộc (Kinh)	323	97,9	
Trình độ học vấn			
	Dưới cấp I	35	10,6
	Cấp II	81	24,5
	Cấp III	161	48,8
	Trên cấp III	53	16,1
Sống chung với gia đình (Có)	317	96,1	
Sử dụng thẻ BHYT (Có)	328	99,4	

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi cao đa phần từ trên 60 chiếm 60,9% và cân bằng về giới tính. Trình độ học vấn chủ yếu là cấp III chiếm 48,8%, chỉ 16,1% có học vấn trên cấp III. Hầu hết bệnh nhân là dân tộc Kinh, hiện đang sống chung với gia đình và có sử dụng thẻ BHYT với các tỉ lệ chiếm trên 95%.

Bảng 3.2. Đặc điểm dân số xã hội của nhóm can thiệp so với chứng

Đặc điểm	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	
Nhóm tuổi			0,310
<50 tuổi	23 (13,9)	25 (15,2)	
50 – 59 tuổi	35 (21,2)	46 (27,9)	
≥60 tuổi	107 (64,9)	94 (57,0)	
Giới tính (Nam)	80 (48,5)	86 (52,1)	0,582
Dân tộc (Kinh)	162 (98,2)	161 (97,6)	1,000
Trình độ học vấn			0,670
Dưới cấp I	21 (12,7)	14 (8,5)	
Cấp II	39 (23,6)	42 (25,5)	
Cấp III	79 (47,9)	82 (49,7)	
Trên cấp III	26 (15,8)	27 (16,4)	
Thu nhập bình quân hàng tháng			0,107
≤ 2 triệu	28 (17,0)	20 (12,1)	
Từ >2 – ≤ 10 triệu	119 (72,1)	122 (74,0)	
Từ >10 – ≤ 15 triệu	13 (7,9)	22 (13,3)	
Trên 15 triệu	5 (3,0)	1 (0,6)	
Sống chung với gia đình	159 (96,4)	158 (95,8)	0,812
Sử dụng thẻ BHYT (Có)	164 (99,4)	164 (99,4)	1,000

Kiểm định Fisher

Nhóm chứng và can thiệp tương đồng về đặc điểm dân số xã hội.

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân suy tim

Đặc điểm bệnh lý (n=330)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Phân độ suy tim NYHA		
Độ I	189	57,3
Độ II	81	24,5
Độ III, IV	60	18,2
Bệnh kèm theo	303	91,8
Tăng huyết áp	244	73,9
Đái tháo đường	78	23,6
Rối loạn lipid máu	165	50,0
Bệnh phổi	22	6,7
Bệnh thận	33	10,0
Bệnh dạ dày	55	16,7
Bệnh khác	87	26,4
Số lượng bệnh kèm theo, TB ± ĐLC	2,1 ± 1,1	
Chỉ số khối cơ thể, TB ± ĐLC	23,5 ± 3,2	
Chỉ số khối cơ thể (≥ 25kg/m²)	106	32,5

Bệnh nhân phổ biến nhất là NYHA độ I chiếm 57,3% và độ II chiếm 24,5%. Hầu hết bệnh nhân có ít nhất một bệnh kèm theo chiếm 91,8%, phổ biến nhất là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường với tỉ lệ lần lượt là 73,9%, 50% và 23,6%. Chỉ số khối cơ thể bệnh nhân ghi nhận ở mức cao với giá trị trung bình đạt 23,5 kg/m². Khoảng 32,5% bệnh nhân thừa cân béo phì với chỉ số khối cơ thể từ trên 25 kg/m².

Bảng 3.4. Đặc điểm bệnh lý của nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Đặc điểm	Can thiệp n=165 Tần số (%)	Chứng n=165 Tần số (%)	p^{Fisher's}
Phân độ suy tim NYHA			
Độ I	92 (55,8)	97 (58,8)	
Độ II	38 (23,0)	43 (26,1)	0,357 [#]
Độ III, IV	35 (21,2)	25 (15,1)	
Bệnh kèm theo	145 (87,9)	158 (95,8)	0,015 [#]
Tăng huyết áp	107 (64,9)	137 (83,0)	<0,001 [#]
Đái tháo đường	51 (30,9)	27 (16,4)	0,003 [#]
Rối loạn lipid máu	68 (41,2)	97 (58,8)	0,002 [#]
Bệnh phổi	11 (6,7)	11 (6,7)	1,000 [#]
Bệnh thận	15 (9,1)	18 (10,9)	0,714 [#]
Bệnh gan	3 (1,8)	3 (1,8)	1,000 [#]
Bệnh dạ dày	45 (27,3)	10 (6,1)	<0,001 [#]
Bệnh thần kinh	2 (1,2)	0 (0)	0,498 [#]
Bệnh khác	40 (24,2)	47 (28,5)	0,454 [#]
Lượng bệnh kèm theo, TB ± ĐLC	2,07 ± 1,26	2,12 ± 1,03	0,702*
Chỉ số khối cơ thể, TB ± ĐLC	23,3 ± 3,2	23,7 ± 3,2	0,267*
Chỉ số khối cơ thể (≥25 kg/m²)	57 (35,4)	49 (29,7)	0,289 [#]

* Kiểm định T-student; # Kiểm định Fisher

Phân độ suy tim NYHA, chỉ số khối cơ thể không khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng. Nhóm can thiệp ghi nhận tỉ lệ có bệnh kèm theo là 12,1% cao hơn so với 4,2% ở nhóm chứng. Các bệnh kèm theo cụ thể cũng có nhiều khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng.

Bảng 3.5. Đặc điểm kiến thức của bệnh nhân suy tim

Đạt kiến thức đúng (n=330)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Kiến thức tổng quát	72	21,8

Đạt kiến thức đúng (n=330)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Kiến thức về điều trị suy tim	21	6,4
Kiến thức về triệu chứng và theo dõi	27	8,2
Đạt kiến thức chung về suy tim	16	4,8

Kiến thức của bệnh nhân đạt mức thấp tại thời điểm trước can thiệp.

Đánh giá tổng thể kiến thức chung của bệnh nhân chỉ đạt 4,8%.

Bảng 3.6. Kiến thức về bệnh suy tim tại thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp so với chứng

Đạt kiến thức	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	<i>Tần số (%)</i>	<i>Tần số (%)</i>	
Kiến thức tổng quát về bệnh	41 (24,9)	31 (18,8)	0,230
Về điều trị suy tim	7 (4,2)	14 (8,5)	0,175
Về triệu chứng và theo dõi	11 (6,7)	16 (9,7)	0,422
Kiến thức chung	7 (4,2)	9 (5,5)	0,799

Kiểm định Fisher

Kiến thức về bệnh suy tim tại thời điểm trước can thiệp không khác biệt thống kê giữa nhóm can thiệp so với chứng.

Bảng 3.7. Đặc điểm tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy tim

Đạt tuân thủ điều trị (n=330)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuân thủ-thuốc theo đơn	229	69,4
Chế độ ăn hạn chế muối	140	42,4
Chế độ ăn hạn chế chất lỏng	42	12,7
Tập thể dục	92	27,9
Cân nặng hàng ngày	74	22,4
Tái khám đúng hẹn trong 3 tháng qua	307	93,0
Tuân thủ điều trị chung	69	20,9

Trước can thiệp, tuân thủ điều trị chung đạt mức thấp với chỉ 20,9%. Tuân thủ tái khám và sử dụng thuốc theo đơn đạt cao nhất lần lượt là 93% và 69,4%. Hành vi lối sống ít đạt với tỉ lệ đạt dưới 50% gồm chế độ ăn hạn chế muối (42,4%), tập thể dục (27,9%), theo dõi cân nặng (22,4%). Chỉ 12,7% tuân thủ chế độ ăn hạn chế chất lỏng.

Bảng 3.8. Tuân thủ điều trị tại thời điểm trước can thiệp của nhóm can thiệp so với chứng

Đạt tuân thủ điều trị	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	<i>Tần số (%)</i>	<i>Tần số (%)</i>	
Tuân thủ-thuốc theo đơn	148 (89,7)	81 (49,1)	<0,001

Đạt tuân thủ điều trị	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	
Chế độ ăn hạn chế muối	67 (40,6)	73 (44,2)	0,578
Chế độ ăn hạn chế chất lỏng	19 (11,5)	23 (13,9)	0,621
Tập thể dục	28 (17,0)	64 (38,8)	<0,001
Kiểm tra cân nặng hàng ngày	30 (18,2)	44 (26,7)	0,086
Tái khám đúng hẹn	155 (93,9)	152 (92,1)	0,666
Tuân thủ điều trị chung	29 (17,6)	40 (24,2)	0,176

Kiểm định Fisher

Trước can thiệp, tuân thủ thuốc theo đơn và tập thể dục khác biệt giữa nhóm can thiệp và chứng. 89,7% nhóm can thiệp tuân thủ thuốc theo đơn, cao hơn so với 49,1% ở nhóm chứng. 17% nhóm can thiệp tuân thủ khuyến cáo tập thể dục, thấp hơn so với 38,8% ở nhóm chứng.

Bảng 3.9. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim

Điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L (n=330)	TB ± ĐLC
Hệ thống mô tả	0,87 ± 0,23
Điểm VAS	69,7 ± 12,2

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở mức tốt với mức điểm EQ-5D-5L cao đạt 0,871 trên thang điểm từ -0,5115 đến 1. Điểm chất lượng cuộc sống dựa trên thang điểm VAS cũng đạt mức cao với 69,7 điểm trên thang điểm từ 0 đến 100.

Bảng 3.10. Chất lượng cuộc sống trước can thiệp của nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Hệ thống mô tả	0,886 ± 0,182	0,855 ± 0,265	0,211
Điểm VAS	67,1 ± 11,9	72,2 ± 12,1	<0,001

Kiểm định T-student

Chất lượng cuộc sống dựa theo điểm EQ-5D-5L không khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng về điểm hệ thống mô tả. Chất lượng cuộc sống dựa trên thang đo VAS cho thấy nhóm can thiệp đạt điểm 67,1 và thấp hơn so với 72,2 điểm ở nhóm chứng.

4.2. Sự khác biệt về kiến thức của bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Bảng 3.11. Sự khác biệt kiến thức về bệnh suy tim trước can thiệp giáo dục sức khỏe

Đạt kiến thức về bệnh suy tim trước can thiệp	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	<i>Tần số (%)</i>	<i>Tần số (%)</i>	
Kiến thức tổng quát	41 (24,9)	31 (18,8)	0,230
Về điều trị	7 (4,2)	14 (8,5)	0,175
Về triệu chứng và theo dõi	11 (6,7)	16 (9,7)	0,422
<i>Kiến thức chung</i>	<i>7 (4,2)</i>	<i>9 (5,5)</i>	<i>0,799</i>

Kiểm định Fisher

Trước can thiệp, không ghi nhận sự khác biệt kiến thức về bệnh suy tim giữa nhóm can thiệp so với chứng.

Bảng 3.12. Sự khác biệt kiến thức về bệnh suy tim sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Đạt kiến thức về bệnh suy tim sau can thiệp	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	<i>Tần số (%)</i>	<i>Tần số (%)</i>	
Kiến thức tổng quát	75 (45,5)	39 (23,6)	<0,001
Về điều trị	56 (33,9)	55 (33,3)	1,000
Về triệu chứng và theo dõi	65 (39,4)	63 (38,2)	0,910
<i>Kiến thức chung</i>	<i>54 (32,7)</i>	<i>34 (20,6)</i>	<i>0,018</i>

Kiểm định Fisher

Sau can thiệp, kiến thức chung nhóm can thiệp khác biệt so với nhóm chứng. Tỷ lệ đạt kiến thức chung nhóm can thiệp là 32,7%; cao hơn so với nhóm chứng. Kiến thức tổng quát ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 45,5% cao hơn so với 23,6% ở nhóm chứng.

4.3. Sự khác biệt về tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Bảng 3.13. Sự khác biệt về tuân thủ điều trị trước can thiệp giáo dục sức khỏe

Tuân thủ điều trị trước can thiệp	Can thiệp (n=165)	Chứng (n=165)	p
	<i>Tần số (%)</i>	<i>Tần số (%)</i>	
Sử dụng thuốc theo đơn	148 (89,7)	81 (49,1)	<0,001
Chế độ ăn hạn chế muối	67 (40,6)	73 (44,2)	0,578
Chế độ ăn hạn chế chất lỏng	19 (11,5)	23 (13,9)	0,621
Chế độ tập luyện thể dục	28 (17,0)	64 (38,8)	<0,001
Hành vi kiểm tra cân nặng	30 (18,2)	44 (26,7)	0,086
Tuân thủ tái khám đúng hẹn	155 (93,9)	152 (92,1)	0,666
<i>Tuân thủ điều trị chung</i>	<i>29 (17,6)</i>	<i>40 (24,2)</i>	<i>0,176</i>

Kiểm định Fisher

Trước can thiệp, tuân thủ điều trị chung chiếm 17,6% nhóm can thiệp và không khác biệt so với 24,2% ở nhóm chứng. Nhóm can thiệp có tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn chiếm 89,7%; cao hơn so với 49,1% ở nhóm chứng. Nhóm can thiệp có tỉ lệ tuân thủ chế độ tập luyện thể dục chiếm 17% thấp hơn so với 38,8% ở nhóm chứng.

Bảng 3.14. Sự khác biệt về tuân thủ điều trị sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Tuân thủ điều trị sau can thiệp	Can thiệp (n=165) Tần số (%)	Chứng (n=165) Tần số (%)	p
Sử dụng thuốc theo đơn	147 (89,1)	140 (84,9)	0,327
Chế độ ăn hạn chế muối	99 (60,0)	110 (66,7)	0,253
Chế độ ăn hạn chế chất lỏng	61 (37,0)	69 (41,8)	0,430
Chế độ tập luyện thể dục	60 (36,4)	51 (30,9)	0,351
Hành vi kiểm tra cân nặng	61 (37,0)	71 (43,0)	0,312
Tuân thủ tái khám đúng hạn	159 (96,4)	144 (87,3)	0,004
Tuân thủ điều trị chung	86 (52,1)	85 (51,5)	1,000

Kiểm định Fisher

Sau can thiệp, tuân thủ điều trị chung chiếm 52,1% ở nhóm can thiệp và không khác biệt so với 51,1% ở chứng. Tuân thủ tái khám đúng hạn nhóm can thiệp là 96,4% cao hơn so với 87,3% ở chứng.

4.4. Sự khác biệt về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Bảng 3.15. Sự khác biệt điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L trước can thiệp giáo dục sức khỏe

CLCS EQ-5D-5L trước can thiệp	Can thiệp (n=165) TB ± DLC	Chứng (n=165) TB ± DLC	p
Điểm hệ thống mô tả	0,886 ± 0,182	0,855 ± 0,265	0,211
Điểm VAS	67,1 ± 11,9	72,2 ± 12,1	<0,001

Kiểm định T-student

Trước can thiệp, chất lượng cuộc sống VAS ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng. Điểm VAS trung bình nhóm can thiệp đạt 67,1 và nhóm chứng đạt 72,2. Chất lượng cuộc sống hệ thống mô tả không khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng với p=0,211.

Bảng 3.16. Sự khác biệt điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L sau can thiệp giáo dục sức khỏe

CLCS EQ-5D-5L sau can thiệp	Can thiệp (n=165) TB ± ĐLC	Chứng (n=165) TB ± ĐLC	p T-student
Điểm hệ thống mô tả	0,886 ± 0,182	0,898 ± 0,183	0,552
Điểm VAS	74,5 ± 11,0	77,8 ± 10,4	0,005

Kiểm định T-student

Sau can thiệp, chất lượng cuộc sống VAS ở nhóm can thiệp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với chứng. Điểm VAS trung bình nhóm can thiệp đạt 74,5 điểm và nhóm chứng đạt 77,8 điểm với $p=0,005$. Chất lượng cuộc sống hệ thống mô tả không khác biệt giữa hai nhóm.

4.5. Hiệu quả của phương pháp giáo dục sức khỏe

Hiệu quả thay đổi kiến thức về suy tim của phương pháp giáo dục sức khỏe sau can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng

Bảng 3.17. Sự khác biệt kiến thức về suy tim trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

	Trước can thiệp n=165, n (%)	Sau can thiệp n=165, n (%)	p
Kiến thức chung			
Nhóm can thiệp	7 (4,2)	54 (32,7)	<0,001
Nhóm chứng	9 (5,5)	34 (20,6)	<0,001
Kiến thức tổng quát về suy tim			
Nhóm can thiệp	41 (24,9)	75 (45,5)	<0,001
Nhóm chứng	31 (18,8)	39 (23,6)	0,182
Kiến thức về điều trị			
Nhóm can thiệp	7 (4,2)	56 (33,9)	<0,001
Nhóm chứng	14 (8,5)	55 (33,3)	<0,001
Kiến thức về triệu chứng và theo dõi triệu chứng			
Nhóm can thiệp	11 (6,7)	65 (39,4)	<0,001
Nhóm chứng	16 (9,7)	63 (38,2)	<0,001

Kiểm định Chi bình phương McNemar so sánh trước – sau can thiệp

Nhóm can thiệp và chứng đều cho thấy sự gia tăng kiến thức chung. Nhóm can thiệp tăng tỉ lệ đạt kiến thức chung từ 4,2% lên 32,7% và nhóm chứng tăng từ 5,5% lên 20,6%.

Nhóm can thiệp cho thấy gia tăng kiến thức tổng quát về suy tim. Tỷ lệ đạt kiến thức từ 24,9% trước can thiệp lên 45,5% sau can thiệp. Trong khi đó nhóm chứng không thay đổi đáng kể về mặt thống kê.

Nhóm can thiệp và chứng đều cho thấy sự gia tăng kiến thức về điều trị sau can thiệp. Nhóm can thiệp tăng tỷ lệ đạt kiến thức từ 4,2% lên 33,9% và nhóm chứng tăng từ 8,5% lên 33,3%.

Nhóm can thiệp và chứng đều cho thấy sự gia tăng kiến thức về triệu chứng và theo dõi triệu chứng. Nhóm can thiệp tăng tỷ lệ đạt kiến thức từ 6,7% lên 39,4% sau can thiệp và nhóm chứng tăng từ 9,7% lên 38,2%.

Bảng 3.18. Hiệu quả thay đổi kiến thức về bệnh suy tim của phương pháp giáo dục sức khỏe

Hiệu quả thay đổi kiến thức về suy tim ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	RR (KTC 95%) n=330	p
Kiến thức chung	1,68 (1,05 – 2,69)	0,030
Kiến thức tổng quát về suy tim	1,91 (1,25 – 2,92)	0,003
Kiến thức về điều trị suy tim	0,97 (0,64 – 1,48)	0,905
Kiến thức về triệu chứng suy tim và theo dõi	1,09 (0,75 – 1,61)	0,644

Hồi quy Poisson đa biến hiệu chỉnh giá trị trước can thiệp và bệnh đi kèm

Các ước tính cho thấy can thiệp GDSK có hiệu quả cải thiện kiến thức chung và kiến thức tổng quát về suy tim. Sau khi hiệu chỉnh cho giá trị trước can thiệp và bệnh đi kèm, tỷ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm can thiệp bằng 1,68 lần nhóm chứng với KTC 95% từ 1,05 đến 2,69. Tỷ lệ đạt kiến thức tổng quát về suy tim ở nhóm can thiệp bằng 1,91 lần so với chứng với KTC 95% từ 1,25 đến 2,92. Như vậy, can thiệp GDSK giúp tăng trung bình 68% tỷ lệ đạt kiến thức chung và 91% tỷ lệ đạt kiến thức tổng quát về suy tim.

Hiệu quả thay đổi tuân thủ điều trị của phương pháp giáo dục sức khỏe sau can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng

Bảng 3.19. Sự khác biệt tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Tuân thủ điều trị	Trước can thiệp n=165 n (%)	Sau can thiệp n=165 n (%)	p
Tuân thủ điều trị chung			
Nhóm can thiệp	29 (17,6)	86 (52,1)	<0,001
Nhóm chứng	40 (24,2)	85 (51,5)	<0,001
Sử dụng thuốc theo đơn			
Nhóm can thiệp	148 (89,7)	147 (89,1)	0,847
Nhóm chứng	81 (49,1)	140 (84,9)	<0,001
Chế độ ăn hạn chế muối			
Nhóm can thiệp	67 (40,6)	99 (60,0)	<0,001
Nhóm chứng	73 (44,2)	110 (66,7)	<0,001
Chế độ ăn hạn chế chất lỏng			
Nhóm can thiệp	19 (11,5)	61 (37,0)	<0,001
Nhóm chứng	23 (13,9)	69 (41,8)	<0,001
Chế độ tập luyện thể dục			
Nhóm can thiệp	28 (17,0)	60 (36,4)	<0,001
Nhóm chứng	64 (38,8)	51 (30,9)	0,102
Hành vi kiểm tra cân nặng			
Nhóm can thiệp	30 (18,2)	61 (37,0)	<0,001
Nhóm chứng	44 (26,7)	71 (43,0)	<0,001
Tuân thủ tái khám đúng hẹn			
Nhóm can thiệp	155 (93,9)	159 (96,4)	0,248
Nhóm chứng	152 (92,1)	144 (87,3)	0,103

Kiểm định Chi bình phương McNemar so sánh trước – sau can thiệp

Sau can thiệp, nhóm can thiệp tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị chung từ 17,6% lên đến 52,1%. Nhóm chứng tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị chung từ 24,2% lên đến 51,5%. Nhóm can thiệp không thay đổi về tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn sau can thiệp. Nhóm chứng tăng tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn từ 49,1% trước can thiệp lên 84,9% sau can thiệp. Nhóm can thiệp tăng tỉ lệ tuân thủ chế độ ăn hạn chế muối từ 40,6% lên 60% và nhóm chứng tăng từ 44,2% lên 66,7%. Nhóm can thiệp tăng tỉ lệ tuân thủ thay đổi chế độ ăn hạn chế chất lỏng từ 11,5% lên 37% và nhóm chứng tăng từ 13,9% lên 41,8%. Nhóm

can thiệp cải thiện tuân thủ chế độ luyện tập thể dục từ 17% trước can thiệp lên 36,4% sau can thiệp. Trong khi đó, nhóm chứng không ghi nhận sự cải thiện. Nhóm can thiệp tăng tỉ lệ tuân thủ kiểm tra cân nặng từ 18,2% lên 37% và nhóm chứng tăng từ 26,7% lên 43%. Không khác biệt tuân thủ tái khám đúng hẹn sau can thiệp so với trước can thiệp ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Bảng 3.20. Hiệu quả thay đổi tuân thủ điều trị của phương pháp giáo dục sức khỏe

Hiệu quả thay đổi tuân thủ điều trị ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng	RR (KTC 95%) n=330	p
Tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn	1,07 (0,81 – 1,43)	0,630
Tuân thủ chế độ ăn hạn chế muối	0,91 (0,67 – 1,24)	0,546
Tuân thủ chế độ ăn hạn chế chất lỏng	1,02 (0,70 – 1,49)	0,917
Tuân thủ chế độ tập luyện thể dục	1,59 (1,03 – 2,45)	0,038
Tuân thủ hành vi kiểm tra cân nặng	1,04 (0,71 – 1,52)	0,851
Tuân thủ tái khám đúng hẹn	1,07 (0,83 – 1,38)	0,581
<i>Tuân thủ điều trị chung</i>	<i>1,09 (0,78 – 1,53)</i>	<i>0,595</i>

Hồi quy Poisson đa biến hiệu chỉnh giá trị trước can thiệp và bệnh đi kèm

Can thiệp GDSK cho thấy cải thiện 59% tỉ lệ tuân thủ chế độ luyện tập thể dục.

Hiệu quả thay đổi chất lượng cuộc sống của phương pháp giáo dục sức khỏe

Bảng 3.21. Sự khác biệt chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe

Điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L	Trước can thiệp n=165, n (%)	Sau can thiệp n=165, n (%)	p
Hệ thống mô tả			
Nhóm can thiệp	0,886 ± 0,182	0,886 ± 0,182	1,000
Nhóm chứng	0,855 ± 0,265	0,898 ± 0,183	0,094
VAS			
Nhóm can thiệp	67,1 ± 11,9	74,5 ± 11,0	<0,001
Nhóm chứng	72,2 ± 12,1	77,8 ± 10,4	<0,001

Kiểm định T bất cặp

Sau can thiệp, các nhóm đều cải thiện điểm VAS. Nhóm can thiệp tăng điểm VAS từ 67,1 trước can thiệp đạt 74,5 sau can thiệp và nhóm

chứng tăng từ 72,2 đến 77,8 sau can thiệp. Điểm chất lượng cuộc sống hệ thống mô tả không thay đổi đáng kể ở cả nhóm can thiệp và chứng.

Bảng 3.22. Hiệu quả thay đổi chất lượng cuộc sống của phương pháp giáo dục sức khỏe

Hiệu quả thay đổi điểm chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L	Khác biệt (KTC 95%) n=330	p
Điểm hệ thống mô tả	-0,018 (-0,058 – 0,023)	0,389
Điểm chất lượng cuộc sống VAS	-0,28 (-2,15 – 1,60)	0,770

Hồi quy tuyến tính hiệu chỉnh đa biến giá trị trước can thiệp và bệnh đi kèm

Các ước tính hiệu chỉnh đều không ghi nhận ý nghĩa thống kê. Chưa ghi nhận hiệu quả cải thiện chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L trên thang điểm hệ thống mô tả và VAS.

5. Kết luận và kiến nghị

5.1. Kết luận

Trước can thiệp, kiến thức của bệnh nhân thấp với 4,8% bệnh nhân đạt kiến thức chung và không khác biệt giữa nhóm bệnh và chứng. Sau can thiệp, tỉ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm can thiệp là 32,7%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với $p=0,018$. Khi xét các khía cạnh cụ thể, kiến thức tổng quát ở nhóm can thiệp đạt tỉ lệ 45,5% cao hơn so với 23,6% ở nhóm chứng với $p<0,001$.

Trước can thiệp, mức độ tuân thủ điều trị chung thấp với chỉ 20,9% bệnh nhân đạt từ 4 trong 6 tiêu chí đánh giá và không khác biệt thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu. Sau can thiệp, tuân thủ điều trị chung tăng có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm nghiên cứu tương ứng 52,1% ở nhóm can thiệp và 51,1% ở nhóm chứng; không có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm với $p=1,000$. Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ tái khám đúng hẹn giữa nhóm can thiệp so với chứng với tỉ lệ tương ứng là 96,4% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với 87,3% ở nhóm chứng với $p=0,004$.

Trước can thiệp, CLCS VAS ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng. Điểm VAS trung bình nhóm can thiệp đạt 67,1 điểm và nhóm chứng đạt 72,2 điểm với $p < 0,001$. CLCS theo điểm hệ thống mô tả không khác biệt giữa nhóm can thiệp so với chứng với $p = 0,211$. Sau can thiệp, điểm VAS ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng tương ứng với 74,5 điểm và 77,8 điểm với $p = 0,005$. Điểm hệ thống mô tả không khác biệt thống kê giữa nhóm can thiệp so với chứng với $p = 0,552$.

Can thiệp GDSK có hiệu quả cải thiện kiến thức chung, cải thiện kiến thức tổng quát và cải thiện tuân thủ tập thể dục ở bệnh nhân suy tim điều trị tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh. Sau khi hiệu chỉnh, tỉ lệ đạt kiến thức chung ở nhóm can thiệp bằng 1,68 lần nhóm chứng với KTC 95% từ 1,05 đến 2,69 và $p = 0,03$. Tỉ lệ đạt kiến thức ở nhóm can thiệp bằng 1,91 lần so với chứng với KTC 95% từ 1,25 đến 2,92 và $p = 0,003$. Can thiệp giúp tăng trung bình 68% tỉ lệ đạt kiến thức chung và 91% tỉ lệ đạt kiến thức tổng quát về suy tim. Tỉ lệ tuân thủ chế độ tập luyện thể dục ở nhóm can thiệp bằng 1,59 lần nhóm chứng với KTC 95% từ 1,03 đến 2,45 và $p = 0,038$. Can thiệp giáo dục sức khỏe giúp cải thiện 59% tỉ lệ tuân thủ chế độ luyện tập thể dục.

5.2. Kiến nghị

Từ kết quả mà nghiên cứu thu thập được, nhóm tác giả có những kiến nghị để có thể giúp cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị và cải thiện được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tim được tốt hơn:

Kiến thức và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định còn nhiều hạn chế và đây cũng có thể là vấn đề của nhiều trung tâm điều trị khác. Do đó, cần có các biện pháp tăng cường kiến thức và tuân thủ điều trị cho bệnh nhân. Các hoạt động

truyền thông GDSK thường quy tại bệnh viện và cộng đồng cần được điều chỉnh, cập nhật để đạt được hiệu quả thiết thực.

Đối với các trung tâm điều trị quản lý bệnh nhân suy tim, GDSK có thể là một phương pháp hiệu quả để giúp cải thiện kiến thức và tuân thủ điều trị. Dù vậy, nội dung GDSK cần được tiếp tục thử nghiệm phát triển và đánh giá hiệu quả trong thời gian theo dõi dài hơn. Trước mắt, trong điều kiện khả thi, bác sĩ điều trị cần tiếp tục quy trình điều trị thường quy và có thể lồng ghép các GDSK vào quá trình tư vấn để giúp bệnh nhân cải thiện sớm kiến thức và tuân thủ điều trị.

Đối với các nghiên cứu trong thời gian tới về tác động của giáo dục sức khỏe lên hành vi tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy tim đang điều trị ngoại trú hay các nghiên cứu tương tự có thể thực hiện với thiết kế RCT với quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn. Đồng thời tiếp tục phát triển nội dung, mô hình giáo dục sức khỏe hợp lý để cải thiện sức khỏe cho bệnh nhân suy tim, góp phần giảm tỷ lệ nhập viện và tử vong do bệnh suy tim.