

# Sự thay đổi và mối liên quan của kiến thức với tự chăm sóc ở người bệnh suy tim điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn

## The change and relationship of knowledge to self-care of patient with heart failure during treatment process at Thanh Nhan Hospital

Khúc Mạnh Tùng<sup>1,\*</sup>,  
Lê Thanh Hà<sup>2</sup>,  
Vũ Kim Chi<sup>3</sup>,  
Đỗ Thị Khánh Hỷ<sup>4</sup>  
và Vương Thị Hương Giang<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn,  
<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,  
<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai,  
<sup>4</sup>Trường Đại học Thăng Long,  
<sup>5</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi và mối liên quan của kiến thức khi vào và khi ra viện với tự chăm sóc ở người bệnh suy tim trước vào viện. **Đối tượng và phương pháp:** 116 người bệnh suy tim điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2022. Thực hiện nghiên cứu trên người bệnh đã được chẩn đoán suy tim ít nhất một tháng trước khi vào viện. Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc. Can thiệp chăm sóc là hướng dẫn người bệnh thực hiện tự chăm sóc phù hợp với tình trạng bệnh. **Kết quả:** Điểm kiến thức của người bệnh theo thang đo A-HFKT ở ngày ra viện và ở ngày vào viện lần lượt là  $23,08 \pm 0,11$  vs  $18,51 \pm 0,28$  (95%CI: 3,92-5,21,  $p < 0,05$ ); A-HFKT cơ chế bệnh là  $1,99 \pm 0,00$  vs  $1,57 \pm 0,05$ , A-HFKT triệu chứng bệnh là  $4,71 \pm 0,04$  vs  $3,32 \pm 0,09$ ; A-HFKT dinh dưỡng bệnh là  $4,91 \pm 0,02$  vs  $4,07 \pm 0,07$ , A-HFKT thuốc là  $5,60 \pm 0,06$  vs  $4,39 \pm 0,11$ , A-HFKT đối ứng khi xuất hiện triệu chứng bệnh là  $5,84 \pm 0,03$  vs  $5,19 \pm 0,07$  ( $p < 0,05$ ). Kiến thức của người bệnh khi vào viện có mối liên quan với tự chăm sóc của người bệnh trước vào viện ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Có sự thay đổi kiến thức ở người bệnh suy tim khi điều trị tại viện và có mối liên quan giữa kiến thức khi vào viện với tự chăm sóc trước vào viện.

**Từ khóa:** Kiến thức, tự chăm sóc, bệnh nhân suy tim.

### Summary

**Objective:** The aim of this study was to survey the change of patients' knowledge of heart failure and relationship to self-care at before and after treatment process at Thanh Nhan Hospital. **Subject and method:** 116 patients had been diagnosed with heart failure at least one month before being hospitalized at Thanh Nhan Hospital from June 2022 to December 2022, were able to respond to the questionnaire. Longitudinal follow-up and prospective study. Intervention was guidance in self-care suitable for medical condition. **Result:** Score of the knowledge of practice self-care with heart failure based on scale A-HFKT at hospital admission and after hospital discharge were  $18.51 \pm 0.28$  vs  $23.08 \pm 0.11$  ( $z = -9.04$ ;  $p < 0.05$ ). Score about pathology were  $1.57 \pm 0.05$  vs  $1.99 \pm 0.00$ , score about symptom were  $3.32 \pm 0.09$  vs  $4.71 \pm 0.04$ , score about nutrition were  $4.07 \pm 0.07$  vs  $4.91 \pm 0.02$ , score about medicine were  $4.39 \pm 0.11$  vs  $5.60 \pm 0.06$ , score about behavior were  $5.19 \pm 0.07$  vs  $5.84 \pm 0.03$ . Statistically significant difference (Wilcoxon signed rank test  $p$ -value  $< 0.05$ ). **Conclusion:** There are

Ngày nhận bài: 1/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 5/6/2024

\* Tác giả liên hệ: [khucmanhtung1988@gmail.com](mailto:khucmanhtung1988@gmail.com) - Bệnh viện Thanh Nhàn

changes in patients' knowledge of heart failure during treatment process at Thanh Nhan hospital. There is a relationship between the knowledge at hospital admission to self-care.

*Keywords:* Knowledge, self-care, the patients with heart failure.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là bệnh mạn tính, hiệu quả quản lý bệnh phụ thuộc rất nhiều vào việc tự chăm sóc của người bệnh. Những người bệnh suy tim có lối sống, thói quen bất lợi với bệnh dẫn đến tăng số lần nhập viện, tăng số ngày điều trị, tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng, tăng gánh nặng chăm sóc và tăng chi ngân sách trong lĩnh vực y tế<sup>8</sup>. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu, nội dung hướng dẫn người bệnh suy tim nhấn mạnh vào tuân thủ chế độ ăn uống, vận động tập luyện, cách đối ứng khi có triệu chứng bệnh và một số thói quen khác phù hợp với tình trạng bệnh. Trong quá trình giáo dục sức khỏe (GDSK) đặc biệt chú ý đến tính chất phức tạp của bệnh ảnh hưởng đến việc tạo thành lối sống thói quen có lợi cho bệnh và cần thường xuyên củng cố động lực để người bệnh thực hiện lối sống thói quen đó<sup>5</sup>.

Người bệnh suy tim khi điều trị tại Bệnh viện Thanh Nhàn luôn được tư vấn, hướng dẫn, GDSK không chỉ theo hình thức hướng dẫn trực tiếp một trong khi người điều dưỡng thực hiện chăm sóc mà còn được tham gia chia sẻ những thuận lợi, khó khăn người bệnh gặp phải trong quá trình hình thành lối sống thói quen phù hợp với bệnh tại các buổi truyền thông, GDSK của khoa. Các buổi truyền thông, GDSK được tổ chức hàng tuần. Để hoạt động tư vấn, hướng dẫn, truyền thông, GDSK hiệu quả và người bệnh dễ dàng tiếp nhận thông tin, tự tin và chủ động tạo lối sống thói quen phù hợp với bệnh, người điều dưỡng cần hiểu rõ về nhận thức, hành vi tự chăm sóc của người bệnh và các yếu tố liên quan.

Tại Bệnh viện chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào thực hiện nghiên cứu về vấn đề đó. Trong vai trò là người chăm sóc người bệnh suy tim, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) *Xác định sự thay đổi kiến thức ở người bệnh khi vào viện và khi ra viện*, (2) *Xác định yếu tố liên quan giữa kiến thức với tự chăm sóc ở người bệnh trước khi điều trị tại viện*.

Từ đó, có chiến lược tư vấn, hướng dẫn, truyền thông và GDSK phù hợp với người bệnh suy tim khi điều trị tại viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng

116 người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn tại Bệnh viện Thanh Nhàn và được điều trị suy tim ít nhất một lần trước đó.

Chúng tôi ước tính số lượng mẫu cần thiết nghiên cứu để thấy được sự thay đổi kiến thức khi so sánh ở ngày ra viện với ngày vào viện có ý nghĩa thống kê ở mức 0,05, độ mạnh mẫu là 0,80, sự chênh lệch kiến thức tối thiểu là 2,6<sup>9</sup>. Số lượng mẫu cần nghiên cứu là 80 người bệnh, thực tế nghiên cứu là 116 người bệnh.

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Cấp cứu nội và Khoa Tim mạch - Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2022.

### 2.2. Phương pháp

Phương pháp tiến cứu, theo dõi dọc.

Hướng dẫn người bệnh thực hiện tự chăm sóc tại viện.

Trong 24 giờ đầu vào viện, người bệnh được khảo sát về thói quen thực hiện tự chăm sóc bệnh trong vòng một tháng trước khi vào viện theo thang SC-HFI và khảo sát kiến thức của người bệnh suy tim theo bộ câu hỏi A-HFKT. Dựa vào kết quả trả lời của người bệnh từ 2 bộ câu hỏi trên, người điều dưỡng động viên, khích lệ người bệnh củng cố thêm những kiến thức còn thiếu hoặc hiểu sai về bệnh suy tim và tự chăm sóc. Sau đó, hướng dẫn người bệnh thực hiện các hoạt động hàng ngày như rửa tay, tự nói về hiệu quả kiểm soát bệnh, xem video kiến thức bệnh, đọc poster kiểm soát bệnh, hỏi hoặc truy cập internet về bệnh. Trong 24 giờ ra viện người bệnh được khảo sát lại kiến thức theo thang A-HFKT như khi vào viện.

**Công cụ nghiên cứu:**

Thang SC-HFI phiên bản 7.2 gồm 4 nội dung: Hành vi chăm sóc (10 câu), theo dõi bệnh (11 câu), đối ứng khi xuất hiện triệu chứng bệnh (8 câu) và

niềm tin vào tự chăm sóc (10 câu). Đáp án cho mỗi câu hỏi được thiết kế theo thang Likert từ 1 đến 5, người bệnh chọn 1 trong 5 phương án. Cách tính điểm cho từng nội dung trong thang đo như sau<sup>7</sup>:

$$\text{Điểm từng nội dung} = \frac{(\text{Điểm thực tế người bệnh trả lời} - \text{Điểm thấp nhất})}{\text{Phạm vi điểm của từng nội dung}} \times 100$$

Bộ câu hỏi A-HFKT gồm 5 nội dung cho biết sự hiểu biết của người bệnh về bệnh suy tim, cụ thể: Cơ chế bệnh (2 câu), triệu chứng bệnh (5 câu), dinh dưỡng (5 câu), thuốc (6 câu) và đối ứng phù hợp với bệnh (6 câu). Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, không trả lời hoặc trả lời sai nhận 0 điểm. Phạm vi điểm của thang A-HFKT từ 0 đến 24 điểm<sup>6</sup>.

Tiêu chuẩn thành công về kiến thức: Cải thiện điểm trên thang A-HFKT khi so sánh ở ngày ra viện với ngày vào viện<sup>9</sup>.

**Xử lý số liệu**

Phần mềm Stata phiên bản 12.0. Mô tả đặc điểm người bệnh trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng phân phối tần suất với biến nhị phân và đo lường xu

hướng trung tâm với biến định lượng. Xác định sự khác biệt kiến thức ở ngày ra viện so với ngày vào viện sử dụng phép kiểm Wilcoxon match pairs signed rank test p-value. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

116 người bệnh nghiên cứu. Trung bình tuổi  $71,49 \pm 13,19$ , nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 92 tuổi, tứ phân vị tuổi 74 (63,5-81), gồm 64 nữ (55%) và 52 nam (45%), thời gian mắc bệnh trung bình  $6,23 \pm 8,15$  (1-15) và tứ phân vị 3(1-9), đa phần NYHA độ 2 và độ 3 (98%).

**Bảng 1. Tự chăm sóc trước khi vào viện (SC-HFI)**

Tự chăm sóc trước vào viện	Mean $\pm$ SD (Min-Max)	Median
SC-HFI	-	63 (54-69)
SC-HFI có hành vi chăm sóc	-	59 (49-68)
SC-HFI có theo dõi bệnh	58,13 $\pm$ 14,40 (18-95)	-
SC-HFI có đối ứng khi có triệu chứng	54,79 $\pm$ 17,76 (5-93)	-
SC-HFI tự tin về tự chăm sóc	-	78 (71-85)

Trong các thói quen tự chăm sóc trước khi vào viện theo thang đo SC-HFI, chỉ có hoạt động theo dõi bệnh và thực hiện đối ứng khi có triệu chứng bệnh là phân phối chuẩn với trung bình điểm lần lượt là  $58,13 \pm 14,40$ ;  $54,79 \pm 17,76$ . Trong đó, niềm tin về khả năng tự chăm sóc có điểm cao nhất với tứ phân vị 78 (71-85), điểm hành vi chăm sóc là 59 (49-68) và điểm chung tự chăm sóc trong một tháng trước khi vào viện là 63 (54-69).

**3.2. Thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện**

**Bảng 2. Thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện**

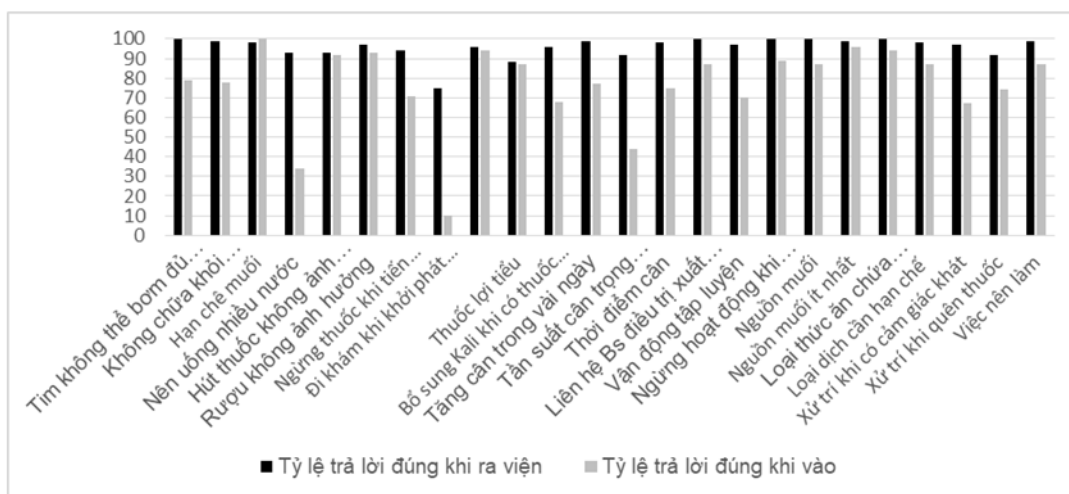
Thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện		Thời gian nằm viện
Hoạt động (lần/ngày)	Tứ phân vị	
Cần khi ngủ dậy	5 (2-7)	9 (7-12)
Tự nói về hiệu quả kiểm soát bệnh	8 (7-11)	9 (7-12)

Thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện		Thời gian nằm viện
Hoạt động (lần/ngày)	Tứ phân vị	
Xem video kiến thức	6 (4-8)	9 (7-12)
Đọc poster kiểm soát bệnh	6 (4-8)	9 (7-12)
Hỏi hoặc truy cập internet về bệnh	8 (6-10)	9 (7-12)

(p: Wilcoxon match pairs signed rank test p-value)

Các hoạt động thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện ở người bệnh đa phần không đạt mục tiêu mong muốn là thực hiện mỗi ngày một lần.

### 3.3. Thay đổi kiến thức



**Biểu đồ 1.** Tỷ lệ người bệnh trả lời đúng câu hỏi theo thang A-HFKT

Khi ra viện đa phần người bệnh đều trả lời đúng các câu hỏi về chăm sóc bệnh suy tim với tỷ lệ trả lời đúng gần 100%, chỉ có câu hỏi về quyết định đi khám bệnh khi khởi phát triệu chứng bệnh vẫn chỉ có 75% người bệnh trả lời đúng. Khi vào viện có sự dao động nhiều về kết quả trả lời đúng 24 câu hỏi, có câu hỏi 100% người bệnh trả lời đúng (hạn chế muối) nhưng có câu hỏi chỉ có 10% người bệnh trả lời đúng (quyết định đi khám bệnh khi khởi phát triệu chứng bệnh).

**Bảng 3. Điểm A-HFKT ở ngày ra viện so với ngày vào viện**

Kiến thức (A-HFKT)	Kiến thức ở ngày ra viện so với ngày vào viện		
	Ra	Vào	p
A-HFKT (tối đa 24 điểm)	23,0 ± 0,1	18,5 ± 0,2	0,000
A-HFKT cơ chế (2 điểm)	1,9 ± 0,0	1,5 ± 0,0	0,000
A-HFKT đối ứng (6 điểm)	5,8 ± 0,0	5,1 ± 0,0	0,000
A-HFKT triệu chứng (5 điểm)	4,7 ± 0,0	3,3 ± 0,0	0,000
A-HFKT thuốc (6 điểm)	5,6 ± 0,0	4,3 ± 0,1	0,000
A-HFKT dinh dưỡng (5 điểm)	4,9 ± 0,0	4,0 ± 0,0	0,000

(p: Wilcoxon match pairs signed rank test p-value)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức theo thang A-HFKT khi so sánh giữa ra viện với vào viện ( $p < 0,05$ ).

### 3.4. Mối liên quan giữa kiến thức với tự chăm sóc của người bệnh

**Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức với tự chăm sóc**

Tự chăm sóc trước khi vào viện (SC-HFI)	Kiến thức của người bệnh (A-HFKT)			
	Ngày vào viện		Ngày ra viện	
	r	p	r	p
SC-HFI có hành vi tự chăm sóc	0,23	0,01	0,00	0,99
SC-HFI có theo dõi bệnh	0,29	0,001	-0,07	0,42
SC-HFI có đối ứng khi có triệu chứng	0,09	0,32	-0,07	0,44
SC-HFI tự tin về tự chăm sóc	0,42	0,000	-0,03	0,72

(Hệ số tương quan r, p: pworth, sig)

Kiến thức khi vào viện có liên quan và tương quan thuận với hành vi tự chăm sóc, theo dõi bệnh và niềm tin về khả năng tự chăm sóc của người bệnh trước khi vào viện ( $p < 0,05$ ). Kiến thức khi vào viện không liên quan với việc tự đối ứng của người bệnh khi có triệu chứng bệnh trước khi vào viện ( $p > 0,05$ ). Kiến thức khi ra viện không liên quan với tự chăm sóc của người bệnh trước khi vào viện ( $p > 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tự chăm sóc ở người bệnh trước khi vào viện theo thang SC-HFI

Thói quen tự chăm sóc của người bệnh trong vòng một tháng trước khi vào viện đa phần đều có số điểm ở mức trung bình (Bảng 1): Trên 50% người bệnh thực hiện tự chăm sóc bệnh theo thang SC-HFI từ 63/100 điểm trở lên. Trong đó, trên 50% người bệnh có SC-HFI hành vi chăm sóc bệnh từ 59/100 điểm trở lên, trung bình điểm SC-HFI theo dõi bệnh là  $58,13 \pm 14,40$  điểm, trung bình điểm SC-HFI đối ứng khi có triệu chứng bệnh là  $54,79 \pm 17,76$  điểm, chỉ có điểm SC-HFI niềm tin tự chăm sóc bệnh cao nhất với tứ phân vị 78 (71,5 - 85) điểm. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Hà Thị Thúy, điểm SC-HFI duy trì chăm sóc  $51,1 \pm 19,5$  điểm, điểm SC-HFI quản lý chăm sóc  $49,4 \pm 19,8$  điểm, điểm SC-HFI tự tin tự chăm sóc  $50,5 \pm 16,1$  điểm<sup>2</sup>. Nguyên nhân của sự khác nhau này có thể

mặc dù cùng đối tượng nghiên cứu là người bệnh suy tim ở khu vực phía bắc nhưng tiêu chuẩn loại trừ người bệnh trong nghiên cứu này là người bệnh suy tim điều trị lần đầu.

### 4.2. Thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện

Kết quả nghiên cứu tại Bảng 2 cho thấy không phải 100% người bệnh đều thực hiện các hoạt động theo hướng dẫn GDSK tại viện. Về cân trọng lượng cơ thể khi ngủ dậy, trên 50% người bệnh thực hiện cân trọng lượng cơ thể từ 5 ngày trở lên. Về xem video củng cố kiến thức và đọc poster hướng dẫn kiểm soát bệnh có trên 50% người bệnh thực hiện từ 6 ngày trở lên. Về tự nói với bản thân hiệu quả kiểm soát bệnh có trên 50% người bệnh thực hiện từ 8 ngày trở lên. Về hỏi bệnh hoặc truy cập internet thông tin về bệnh có trên 50% người bệnh thực hiện từ 8 ngày trở lên. Kết quả này mặc dù chưa đạt mục tiêu mong muốn là mỗi người bệnh thực hiện mỗi hoạt động đó một lần/ngày nhưng đã phản ánh thực tế thực hiện các hướng dẫn tự chăm sóc bệnh khi điều trị tại viện. Từ đây, có thể đề xuất người bệnh thực hiện theo hướng dẫn GDSK tại viện với tần suất tối thiểu là cứ 3 ngày nằm viện thì thực hiện 2 ngày, nghỉ 1 ngày. Tuân thủ thực hiện theo các hướng dẫn GDSK tại viện có thể góp phần tạo nên sự thay đổi kiến thức ở người bệnh suy tim khi điều trị tại viện (Biểu đồ 1, Bảng 3).

### 4.3. Sự thay đổi kiến thức

Kiến thức của người bệnh suy tim theo thang A-HFKT có sự thay đổi theo hướng cải thiện khi so sánh ở ngày ra viện với ngày vào viện lần lượt là  $23,0 \pm 0,1$  vs  $18,5 \pm 0,2$  và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ; Bảng 3). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hồng Nhung và cộng sự đã chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức theo thang A-HFKT khi vào viện là  $10,41 \pm 3,54$  so với khi ra viện  $19,38 \pm 2,16$ <sup>1</sup>. Tác giả Mack và cộng sự khi nghiên cứu thử nghiệm sử dụng app giáo dục sức khỏe cho người bệnh suy tim trong vòng 30 ngày trên 13 người bệnh về kiến thức theo thang A-HFKT cũng có thay đổi kiến thức giữa trước và sau sử dụng app lần lượt là  $14,96 \pm 6,35$  vs  $27,71 \pm 1,90$  ( $t = 13,03$ ;  $p = 0,001$ )<sup>3</sup>.

### 4.4. Mối liên quan của thay đổi kiến thức với tự chăm sóc ở người bệnh

Kiến thức khi vào viện (Biểu đồ 1) cho thấy ít nhất 70% người bệnh trả lời đúng Kiến thức khi vào viện (Biểu đồ 1) cho thấy ít nhất 70% người bệnh trả lời đúng 19 câu hỏi trong số 24 câu hỏi về kiến thức ở người bệnh suy tim theo thang A-HFKT. Còn lại 5 câu hỏi dưới 70% số lượng người bệnh trả lời chưa đúng, đó là câu hỏi về bổ sung kali khi có thuốc lợi tiểu (68%), xử trí đúng khi có cảm giác khát nước (67%), cân trọng lượng cơ thể khi ngủ dậy (44%), số lượng nước uống phù hợp với mức độ suy tim (34%), quyết định đúng khi xuất hiện triệu chứng bệnh (10%). Kết quả này tương đối phù hợp với các nội dung hướng dẫn người bệnh suy tim ở một số nghiên cứu khác<sup>4, 8</sup>, riêng nội dung hướng dẫn chế độ vận động tập luyện trên 70% người bệnh có hiểu biết đúng (Biểu đồ 1). Điều này cho thấy hiệu quả của tiếp nhận thông tin về kiến thức và tự chăm sóc của người bệnh trước khi vào viện (Bảng 4). Yếu tố đóng góp đến sự bền vững về kiến thức ở người bệnh trong nghiên cứu này có thể từ chính đối tượng nghiên cứu là những người bệnh đã được điều trị ít nhất một lần. Tại viện, người bệnh thường xuyên được củng cố nhận thức và niềm tin vào khả năng tự quản lý bệnh thông qua hoạt động tư vấn, hướng dẫn một một và truyền thông, GDSK toàn bộ người bệnh tại khoa.

Khi ra viện gần như toàn bộ người bệnh trong nghiên cứu đều trả lời đúng 24 câu hỏi theo thang A-HFKT chỉ còn câu hỏi về cách đối ứng khi xuất hiện triệu chứng bệnh có 75% người bệnh trả lời đúng, vẫn còn 25% người bệnh trả lời chưa đúng (Biểu đồ 1). Điều này gợi ý cho người điều dưỡng cần tập trung hướng dẫn về cách đối ứng khi xuất hiện triệu chứng cho người bệnh khi ra viện. Khi hướng dẫn nội dung này cần khai thác thêm thông tin về thói quen đối ứng của người bệnh trong vòng một tháng trước khi vào viện (điểm SC-HFI đối ứng với triệu chứng bệnh  $54,79 \pm 17,76$ , thấp nhất so với các nội dung khác trong cùng thang SC-HFI, Bảng 1). Khẳng định này được hỗ trợ thêm bằng dữ liệu tại dòng 3, Bảng 4, tại bảng này cho thấy đa phần có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tự chăm sóc bệnh với kiến thức của người bệnh khi đo ở ngày vào viện ( $p < 0,05$ ), chỉ có nội dung SC-HFI đối ứng khi có triệu chứng bệnh là không liên quan với kiến thức của người bệnh ( $p > 0,05$ ). Thực tế, khi chăm sóc người bệnh suy tim tại viện chúng tôi cũng nhận thấy cách đối ứng của người bệnh suy tim khi xuất hiện triệu chứng bệnh nhiều khi còn chưa phù hợp. Nguyên nhân của vấn đề này có thể do tính chất phức tạp của bệnh. Suy tim là hậu quả từ một số bệnh như tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hẹp hở van tim, bệnh đái tháo đường... Hơn nữa, một số thuốc điều trị trong bệnh suy tim gây ra một số tác dụng phụ trên đường tiêu hóa như thuốc chẹn beta giao cảm gây táo bón, khô miệng và có thuốc cũng ảnh hưởng đến cả sức khỏe tinh thần, ví dụ thuốc... gây lo lắng, căng thẳng. Đặc biệt, trong quá trình chăm sóc chúng tôi còn nhận thấy những người bệnh suy tim có tiền sử bệnh viêm loét dạ dày, bệnh cơ xương khớp thì khả năng đối ứng khi xuất hiện triệu chứng bệnh vẫn còn nhiều hạn chế hơn so với người bệnh không có bệnh đồng mắc khác. Để có sự thấu hiểu hơn về nguyên nhân cho vấn đề này, kết quả nghiên cứu tại Bảng 4 cũng gợi ý hành động cần tiếp tục nghiên cứu về sự đối ứng của người bệnh và nhận thức về bệnh<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Có sự thay đổi kiến thức ở người bệnh suy tim khi điều trị tại viện và có mối liên quan với tự chăm sóc ở người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Hồng Nhung và Ngô Huy Hoàng (2019) *Thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh suy tim mạn tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018*. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng 2(2), tr. 22-29.
2. Hà Thị Thúy, Nguyễn Thị Tuyền, Bùi Thị Hoài (2022) *Kiến thức và hành vi tự chăm sóc của người bệnh suy tim*. Tạp chí Y học Việt Nam 512(2). 10.51298/vmj.v512i2.2311.
3. Mack L, Athilingam P, Adorno-Nieves J (2021) *Health literacy impacts knowledge and the use of education app in heart failure: A pilot study*. *Cardiol Vasc Res* 5(5): 1-5
4. Mathew S, Thukha H (2017) *Pilot testing of the effectiveness of nurse-guided, patient-centered heart failure education for older adults*. *Geriatr Nurs* 39(4):376-381. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.11.006.
5. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA et al (2012) *ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology*. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur. Heart J* 33: 1787-1847.
6. Reilly CM, Higgins M, Smith A, Gary RA, Robinson J, Clark PC, McCarty F, Dunbar SB (2009) *Development, psychometric testing, and revision of the atlanta heart failure knowledge test*. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 24(6): 500-509.
7. Riegel B, de Maria M, Barbaranelli C, Matarese M, Ausili D, Stromberg A, Vellone E, Jaarsma T (2022) *Symptom recognition as a mediator in the self-care of chronic illness*. *Frontiers in Public Health*, section Public Health Education and Promotion, eCollection 10: 883299, doi: 10.3389/fpubh.2022.883299.
8. Salahodinkolah MK, Ganji J, Moghadam SH, Shafipour V, Jafari H, Salari S (2020) *Educational intervention for improving self-care behaviors in patients with heart failure: A narrative review*. *J. Nurs. Midwifery Sci* 7: 60-68.
9. Tung HH, Lin CY, Chen KY et al (2013) *Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients*. *Congest Heart Failure* 19(4): 9-16.
10. Zeng W, Chia SY, Chan YH, Tan SC, Low EJH, Fong MK (2017) *Factors impacting heart failure patients' knowledge of heart disease and self-care management*. *Proceedings of Singapore Healthcare* 26(1): 26-34.