ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(2):28-35
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.04

Hiệu quả giáo dục sức khỏe của điều dưỡng đối với bệnh nhân đái tháo đường về sử dụng thuốc tại bệnh viện Đa khoa khu vực phía Nam tỉnh Bình Thuận

Nguyễn Thị Bích Quyên[1,*], Vũ Trí Thanh[2], Hồ Phi Vũ[3], Phạm Ngọc Hà[1]

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bệnh viện thành phốThủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đa khoa khu vực phía Nam tỉnh Bình Thuận, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính không lây phổ biến và gia tăng nhanh trên thế giới trong thế kỉ 21, trong đó Việt Nam là một trong bốn nước thuộc khu vực Đông Nam Á có tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 cao nhất với khoảng 3,5 triệu người trưởng thành mắc bệnh. Niềm tin vào thuốc của người bệnh (NB) có quan hệ thuận chiều với sự tuân thủ dùng thuốc (TTDT). Sự tuân thủ dùng thuốc đã được công nhận là chìa khoá để kiểm soát bệnh một cách tối ưu ở NB ĐTĐ type 2. Giáo dục sức khỏe (GDSK) có vai trò cải thiện TTDT của NB.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp GDSK của điều dưỡng trong việc thay đổi niềm tin vào thuốc, sự tuân thủ dụng thuốc (TTDT) và đường huyết lúc đói trên người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 tại bệnh viện Đa khoa khu vực phía Nam tỉnh Bình Thuận từ tháng 12/2021 đến tháng 05/2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp nghiên cứu bán thực nghiệm, đánh giá trước và sau can thiệp. 95 NB đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ĐTĐ type 2. Lấy mẫu trước khi can thiệp, tiến hành GDSK và đánh giá lại sau 1 tháng NB tái khám.

Kết quả: Đa số các tiêu chí đánh giá tuân thủ dùng thuốc có thay đổi tốt. Điểm TTDT trung bình sau can thiệp điều dưỡng tăng so với trước can thiệp (từ 5,72 ± 1,86 lên 6,37 ± 1,36) với p <0,001. Niềm tin vào thuốc: Điểm chuyên biệt - cần thiết trung bình sau can thiệp tang (từ 18,51 ± 2,35 lên 19,69 ± 1,91) và có ý nghĩa thống kê với p <0,001. Điểm chuyên biệt - quan tâm sau can thiệp khác biệt không có ý nghĩa. Đường huyết lúc đói: Đường huyết lúc đói trung bình sau can thiệp cải thiện giảm (từ 137,29 ± 33,98 xuống 123,97 ± 24,53) với p <0,001. Trong đó, chương trình GDSK không làm thay đổi đường huyết nhóm NB đường huyết trước can thiệp ≤ 130mg/dl nhưng đã làm giảm đáng kể đường huyết nhóm có đường huyết > 130 mg/dl trước can thiệp.

Kết luận: Chương trình giáo dục sức khỏe của điều dưỡng trong việc thay đổi niềm tin vào thuốc, sự tuân thủ dụng thuốc tăng sau khi can thiệp, đường huyết đói trên người bệnh ĐTĐ type 2 giảm sau can thiệp GDSK.

Từ khóa: sự tuân thủ dùng thuốc; niềm tin vào thuốc; đường huyết đói; chương trình giáo dục sức khỏe

Ngày nhận bài: 30-12-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 20-02-2025 / Ngày đăng bài: 25-02-2025
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Bích Quyên. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: ssquyennguyen261297@gmail.com
© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

EFFECTIVENESS OF THE CONSULTATION AND GUIDANCE PROGRAM NURSING DIABETES MEDICINES

Nguyen Thi Bich Quyen, Vu Tri Thanh, Ho Phi Vu, Pham Ngoc Ha

Backround: Diabetes is a common and rapidly growing chronic non-communicable disease in the world in the 21st century, of which Vietnam is one of four countries in the region Southeast Asia has the highest rate of type 2 diabetes with about 3.5 million incidence. Patients' belief in medicine is positively related to medication adherence. Medication adherence has been recognized as the key to optimal disease control in patients with type 2 diabetes. Health education plays a role in improving patient adherence to medication.

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of nurses' health education intervention in changing beliefs in medication, medication adherence and fasting blood sugar in people with type 2 diabetes at the Southern Regional General Hospital of Binh Thuan province from December 2021 to May 2022.

Methods: This intervention research applied a semi-experimental design, and conducted assessment at before and after intervention. 95 patients aged 18 years or older were diagnosed with type 2 diabetes at the Southern Regional General Hospital of Binh Thuan province from December 2021 to May 2022. Sampling procedure were performedbefore intervention. Conducting health education and re-evaluating the effectiveness of health education after 1 month of patient follow-up were implemented as per research procedure.

Results: Positive changes appeared according to most of the criteria for evaluating medication adherence. The average medication adherence score after intervention increased compared to before intervention (from 5.72 ± 1.86 to 6.37 ± 1.36) with p <0.001. The average specific-necessary score after intervention increased (from 18.51 ± 2.35 to 19.69 ± 1.91) and was statistically significant with p <0.001. The difference in specialty-concern after intervention was not significant. Average fasting blood sugar after intervention statistically significantly decreased (from 137.29 ± 33.98 to 123.97 ± 24.53). In particular, the nursing intervention program did not change the blood sugar of the NB group with pre-intervention blood sugar ⩽ 130 mg/dl but significantly reduced the blood sugar of the group with blood sugar > 130 mg/dl before intervention.

Conclusion: Health education program of nurses in changing beliefs about medicine, medication compliance increased after intervention, fasting blood sugar in type 2 diabetic patients decreased after health education intervention.

Keywords: medication adherence; medication confidence; fasting blood sugar; health education program

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mãn tính không lây phổ biến và gia tăng nhanh trên thế giới trong thế kỉ 21, trong đó Việt Nam là một trong bốn nước thuộc khu vực Đông Nam Á có tỷ lệ mắc đái tháo đường type 2 cao nhất với khoảng 3,5 triệu người trưởng thành mắc bệnh [1]. ĐTĐ type 2 gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm trên người bệnh (NB) như bệnh tim mạch, bệnh về thận, thị giác và biến chứng thần kinh ngoại biên [2]. Góp phần làm gia tăng tỷ lệ nhập viện, tăng thời gian nằm điều trị [3], tăng chi phí điều trị, đặt ra gánh nặng lớn cho NB, gia đình và toàn xã hội [4]. Niềm tin vào thuốc của NB có quan hệ thuận chiều với sự tuân thủ dụng thuốc (TTDT). Sự TTDT đã được công nhận là chìa khoá để kiểm soát bệnh một cách tối ưu ở NB ĐTĐ type 2 [5]. Theo Mota AB đã cho thấy rằng tất cả các can thiệp cụ thể được đề xuất có thể nâng cao tuân thủ dùng thuốc ĐTĐ bao gồm các đơn thuốc bằng hình ảnh được cụ thể hóa, các lớp giáo dục sức khỏe (GDSK) hàng tuần và cách dùng hộp đựng thuốc,… trong đó GDSK giữ vai trò chính [6].

Nghiên cứu này được thực hiện để trả lời câu hỏi Chương trình can thiệp tư vấn, GDSK của điều dưỡng có ảnh hưởng

đến việc thay đổi niềm tin vào thuốc, sự tuân thủ dùng thuốc và đường huyết lúc đói trên NB ĐTĐ type 2 như thế nào.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đái tháo đường đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ĐTĐ type 2 tại bệnh viện Đa khoa khu vực phía Nam tỉnh Bình Thuận từ tháng 12/2021 đến tháng 05/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp nghiên cứu bán thực nghiệm, đánh giá trước và sau can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu bán thực nghiệm, đánh giá sau – trước (before-after study) trên cùng một mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{2(Z1-\alpha/2+ Z1-\beta)^2 (1-r)}{ES^2} \quad (1)$$

Trong đó:

α là xác suất mắc lỗi loại I;

Z1- α /2: là giá trị lấy từ bảng phân phối chuẩn

β là xác suất mắc lỗi loại II

Z1- β: là giá trị được tính dựa trên lực thống kê

ES= μ/σ (hệ số ảnh hưởng, trung bình khác biệt chia cho phương sai khác biệt giữa sau và trước can thiệp).

r: hệ số tương quan đo lường trước sau can thiệp Chúng tôi chọn:

α = 0,05 → Z1- α /2 = 1,96.

β = 0,2 (lực thống kê 80%) → $Z_{1-\beta}$ = 0,842.

Tiến hành nghiên cứu thử 20 trường hợp, chúng tôi có được kết quả:

Trung bình sự khác biệt về TTDT sau và trước can thiệp: μ = 1,00; σ =1,47, suy ra ES = 0,68.

Hệ số tương quan giữa 2 lần đo lường sau và trước can thiệp TTDT: r = 0,486 Thế vào công thức (1) chúng tôi tính được: n= 68,50. Như vậy cần tối thiểu 69 trường hợp cho mẫu nghiên cứu. Dự trù mất mẫu khoảng 20%, số mẫu dự kiến cần lấy là: 69*5/4 = 86,25. Vậy cần tối thiểu 87 người cho việc lấy mẫu trong nghiên cứu này.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Phỏng vấn NB theo bảng câu hỏi soạn sẵn về các thông tin nhân khẩu học, các nội dung liên quan đến bệnh ĐTĐ, bệnh lý kèm theo, kết quả đường huyết đói, sự tuân thủ dùng thuốc theo bảng điểm MMAS-8 và niềm tin vào thuốc theo bảng điểm BMQ-S.

Bước 2: Giáo dục sức khỏe NB theo tài liệu truyền thông soạn sẵn. Nội dung GDSK bao gồm các nội dung về: - Lợi ích của việc TTDT - Triệu chứng hạ đường huyết và cách xử trí khi nghi ngờ hạ đường huyết, cách phòng tránh hạ đường huyết. - Chỉ rõ thuốc NB sẽ dùng trong tài liệu truyền thông, nhấn mạnh các tác dụng của thuốc, tác dụng phụ thường gặp và cách dùng đúng về thuốc NB sẽ dùng. – Giáo dục sức khỏe về chế độ dinh dưỡng

Bước 3: Sau 1 tháng, NB tái khám, thu thập thông tin về sự TTDT theo bảng điểm MMAS-8 và niềm tin vào thuốc theo bảng điểm BMQ-S như bước 1.

Áp dụng thang đo TTDT MMAS-8 với 8 tiêu chí đánh giá. Ở từng tiêu chí, nếu NB chưa thực hiện tốt cho 0 điểm và ngược lại nếu thực hiện tốt cho 1 điểm. Tổng điểm cao nhất là 8 điểm, thấp nhất là 0 điểm. Mức độ TTDT theo tổng điểm: TTDT tốt khi đạt 8 điểm; TTDT trung bình khi đạt 6-7 điểm và TTDT kém nếu đạt ⩽ 5 điểm. NB được xem có TTDT đạt khi mức độ TTDT từ trung bình trở lên (tổng điểm MMAS-8 từ 6 điểm trở lên).

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến điểm "tuân thủ dung thuốc", điểm "niềm tin vào thuốc mục "Chuyên biệt– Cần thiết", điểm "niềm tin vào thuốc mục "Chuyên biệt – Quan tâm", Đường huyết là biến định hượng.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Đối với các biến số định tính, thống kê mô tả được trình bày

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.04

dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Đối với các biến định lượng thống kê mô tả được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Đối với các biến số ghép cặp có đánh giá trước – sau nghiên cứu, sử dụng phép kiểm Paired Samples T Test (phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Wilcoxon signed rank test để kiểm định. Toàn bộ các phép kiểm đều sử dụng mức ý nghĩa p <0,05

3. KẾT QUẢ

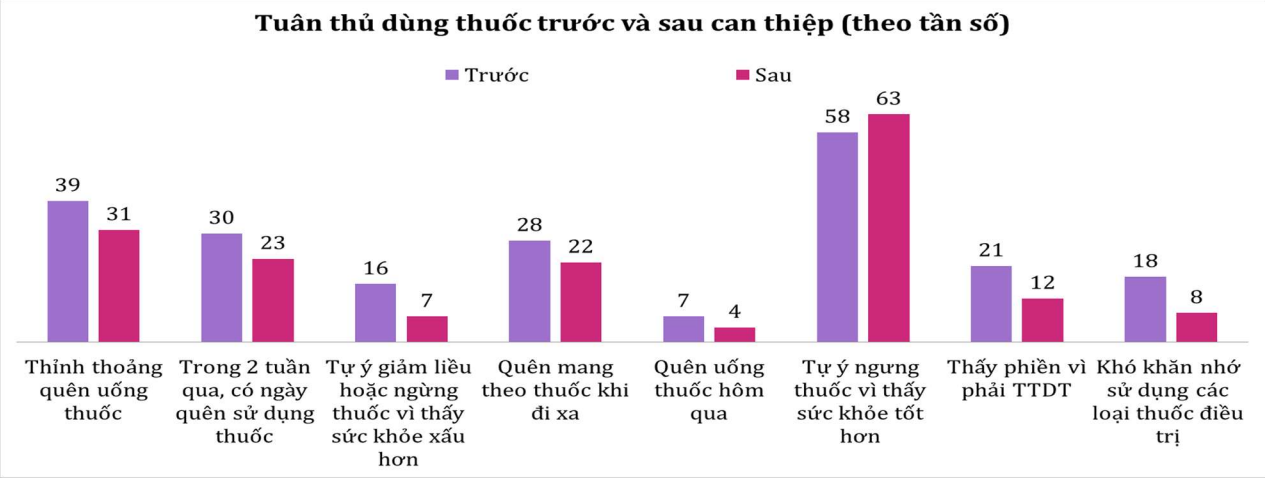
3.1. Kết quả tuân thủ dùng thuốc trước và sau can thiệp điều dưỡng

Hầu hết các nội dung đánh giá về TTDT, tỷ lệ NB quên hoặc thực hiện chưa đúng, sau can thiệp có tỷ lệ giảm nhiều so với trước can thiệp. Riêng tiêu chí đánh giá "NB tự ý ngừng thuốc vì cảm thấy sức khỏe tốt hơn" sau can thiệp có số NB thực hiện chưa đạt cao hơn (Hình 1).

Bảng 1. Hiệu quả trên sự thay đổi tổng điểm của TTDT và mức độ TTDT (n = 95)

TTDT	Cỡ mẫu	Điểm TTDT (Trung bình ± độ lệch chuẩn)	Giá trị p
Trước can thiệp	95	5,72 ± 1,86	0,001
Sau can thiệp	95	6,37 ± 1,36	

Điểm TTDT trung bình sau can thiệp điều dưỡng tăng so với trước can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p = 0,001< 0,05 (Bảng 1).



Hình 1. Hiệu quả trên sự thay đổi của từng tiêu chí đánh giá tuân thủ dùng thuốc (n = 95)

Bảng 2. Niềm tin vào thuốc trước và sau can thiệp điều dưỡng (n = 95)

Đặc điểm	Trước can thiệp Tần số (n) Tỷ lệ (%)					Sau can thiệp Tần số (n) Tỷ lệ (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
*Chuyên biệt – cần thiết										
Cảm thấy sức khoẻ phụ thuộc vào thuốc	0 (0,0)	6 (6,3)	29 (30,5)	54 (56,8)	6 (6,3)	0 (0,0)	5 (5,3)	24 (25,3)	51 (53,7)	15 (15,8)
Cảm thấy không thể thiếu thuốc	0 (0,0)	3 (3,2)	29 (30,5)	58 (61,1)	5 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (22,1)	60 (63,2)	14 (14,7)
Không có thuốc cảm thấy không khoẻ	0 (0,0)	1 (1,1)	34 (35,8)	56 (38,9)	4 (4,2)	0 (0,0)	1 (1,1)	24 (25,3)	56 (58,9)	14 (14,7)
Cảm thấy sức khoẻ tương lai phụ thuộc vào thuốc	1 (1,1)	0 (0,0)	23 (24,2)	67 (70,5)	4 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (15,8)	64 (67,4)	16 (16,8)
Thuốc giúp bệnh không tiến triển nặng hơn	1 (1,1)	1 (1,1)	23 (24,2)	65 (68,4)	5 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,4)	73 (76,8)	15 (15,8)

Đặc điểm	Trước can thiệp Tần số (n) Tỷ lệ (%)					Sau can thiệp Tần số (n) Tỷ lệ (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
* Chuyên biệt – quan tâm										
Uống thuốc làm NB lo lắng	1 (1,1)	13 (13,7)	7 (7,4)	62 (65,3)	12 (12,6)	0 (0,0)	8 (8,4)	17 (17,9)	64 (67,4)	6 (6,3)
Thỉnh thoảng NB lo lắng về ảnh hưởng của thuốc	2 (2,1)	9 (9,5)	6 (6,3)	71 (74,7)	7 (7,4)	0 (0,0)	5 (5,3)	9 (9,5)	71 (74,7)	10 (10,5)

3.2. Niềm tin vào thuốc trước và sau can thiệp điều dưỡng

Về điểm niềm tin chuyên biệt - cần thiết, so với trước can thiệp, số trường hợp sau can thiệp ghi nhận không còn trường hợp đạt mức 1 (rất không đồng ý), số trường hợp mức 2 (không đồng ý) giảm nhẹ, số trường hợp mức 3 (bình thường) tăng, mức 4 (đồng ý) gần giống nhau và mức 5 (rất đồng ý) giảm. NB có mức độ rất đồng ý với ý kiến lo lắng khi uống thuốc nhiều trước can thiệp 12,6% tỷ lệ này giảm ½ sau can thiệp điều dưỡng. Tỷ lệ NB chưa hiểu hết thuốc của mình đang sử dụng có 6,3% sau can thiệp. Sự bất tiện của thuốc gây ra trong cuộc sống và lo lắng khi lệ thuộc vào thuốc nhiều trong tương lai có tỷ lệ là trước can thiệp lần lượt là 8,4% - 10,5% và sau can thiệp lần lượt là 3,2% - 7,4% (Bảng 2).

Điểm niềm tin chuyên biệt - cần thiết sau can thiệp tăng lên đáng kể sau can thiệp GDSK của điều dưỡng. Sự khác biệt điểm niềm tin chuyên biệt - cần thiết giữa sau và trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với giá trị p <0,001 (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh chuyên biệt – cần thiết trước và sau can thiệp điều dưỡng (n=95)

Điểm chuyên biệt - cần thiết	Cỡ mẫu	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị p	Giá trị t
Trước can thiệp	95	18,51 ± 2,35	p <0,001	t = 5,51
Sau can thiệp	95	19,69 ± 1,91		

Điểm niềm tin chuyên biệt - quan tâm giữa trước và sau can thiệp GDSK của điều dưỡng khác biệt nhau tư vấn không có ý nghĩa thống kê p >0,05 (Bảng 4).

Đường huyết trung bình sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 <0,001 (Bảng 5).

Bảng 4. So sánh chuyên biệt – quan tâm trước và sau can thiệp điều dưỡng (n=95)

Điểm chuyên biệt – quan tâm	Cỡ mẫu	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị p	Giá trị t
Trước can thiệp	95	18,89 ± 3,25	p = 0,85	t = 0,19
Sau can thiệp	95	18,85 ± 3,24		

Bảng 5. So sánh đường huyết trước và sau can thiệp điều dưỡng (n=95)

Đường huyết	Cỡ mẫu	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Giá trị p	Giá trị t
Trước can thiệp	95	137,29 ± 33,98	p <0,001	t =5,91
Sau can thiệp	95	123,97 ± 24,53		

Đối với những trường hợp có kết quả đường huyết đạt mục tiêu trước can thiệp, thì kết quả đường huyết sau can thiệp khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp với p=0,13. Tuy nhiên ở nhóm NB có kết quả đường huyết trước can thiệp chưa đạt mục tiêu điều trị (đường huyết > 130 mg/dl), thì sau can thiệp, có mức đường huyết giảm hơn so với trước can thiệp và sự khác biệt về đường huyết trung bình giữa sau và trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p=0,000 (Bảng 6).

Bảng 6. So sánh nhóm đường huyết đạt và chưa đạt mục tiêu điều trị trước và sau can thiệp điều dưỡng (n = 95)

Nhóm đường huyết trước can thiệp	Cỡ mẫu	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Giá trị p	Giá trị t
		Trung bình ± độ lệch chuẩn			
≤ 130 mg/dl	95	109,89 ± 15,00	107,11 ± 10,12	p = 0,13	t = 1,54
> 130mg/dl	95	160,94 ± 27,30	138,51 ± 24,04	p <0,001	t = 6,53

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.04

4. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả trên sự thay đổi tuân thủ dùng thuốc của người bệnh

4.1.1. Hiệu quả trên sự thay đổi của từng tiêu chí đánh giá TTDT

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác khi có đến 16,8% (16/95) tự ý giảm liều thuốc vì thấy sức khỏe xấu hơn.Tác giả Bùi Đặng Minh Trí khi nghiên cứu về TTDT của NB ĐTĐ đã có kết quả các lý do NB đưa ra để giải thích cho việc kém TTDT là do cảm thấy phiền 59,8% và khó khăn khi phải nhớ tất cả các loại thuốc 57,4% và tự ý ngưng liều dùng thuốc 21,0% [7]. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thuỳ Nhi về ĐTĐ, nguyên nhân phổ biến của NB TTDT kém là việc NB quên sử dụng thuốc chiếm 51,8%, gặp khó khăn trong nhớ dùng thuốc lên đến 45,2%, nguyên nhân tự ý giảm liều và ngưng liều chỉ có 3,2% [8]. Trong nghiên cứu của tác giả Alhewiti A, NB đồng ý rằng nguyên nhân TTDT kém do khó khăn trong dùng thuốc 73% và quên dùng thuốc là 63% [9]. Tỷ lệ chưa thực hiện được của các tiêu chí đánh giá về TTDT theo thang diểm MMAS-8 của các tác giả là khác nhau và khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm trước can thiệp điều dưỡng chỉ có 30,5% NB được tư vấn, GDSK trong lần khám trước. Có lẽ vì vậy nên nhiều NB chưa có kiến thức về sử dụng thuốc đúng cho điều trị ĐTĐ, họ chưa nhận thức đầy đủ tác hại của việc tự ý giảm liều hay ngừng thuốc cũng chưa biết cách xử trí các tác dụng phụ khi uống thuốc hạ đường huyết. Hơn nữa, bệnh ĐTĐ thường kèm theo nhiều bệnh đi kèm, chính vì thế mà số lượng thuốc uống hàng ngày nhiều, thời điểm uống thuốc khác nhau trong ngày. Mặt khác NB lớn tuổi nên trí nhớ kém. Từ những nguyên nhân này dẫn đến NB cảm thấy khó khăn khi nhớ tất cả các loại thuốc và cảm thấy phiền khi phải sử dụng thuốc điều trị bệnh [7].

Tại bệnh viện phía Nam tỉnh Bình Thuận, hầu hết những người bệnh ĐTĐ hầu như không nắm rõ về loại thuốc mình đang dùng và bệnh viện cũng chưa áp dụng một biện pháp can thiệp nào nhằm nâng cao niềm tin của người bệnh về thuốc và ý thức tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh ĐTĐ type 2. Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy tác động tích cực của chương trình GDSK trên sự TTDT của NB ĐTĐ type 2. Riêng tiêu chí NB tự ý ngưng và giảm liều thuốc khi thấy triệu chứng bệnh giảm cần phải tổ chức tư vấn cho NB trong lần khám sau kỹ hơn, hiệu quả hơn để NB thay đổi mức độ TTDT của bản thân.

4.1.2. Hiệu quả trên sự thay đổi tổng điểm của tuân thủ dùng thuốc và mức độ tuân thủ dùng thuốc

Kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Anh Thư với điểm TTDT trước và sau can thiệp 1 tháng có giá trị p <0,001 với điểm TTDT sau can thiệp là 7,35 ± 1,05 cao hơn so với kết quả sau can thiệp của tôi [10]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thuỳ Nhi cho kết quả tương đương với nghiên cứu chúng tôi, mức độ TTDT mỗi nhóm trước - sau can thiệp của tác giả: nhóm tốt: 28,8% - 38,6%; nhóm trung bình 34,6% - 35,1%; nhóm kém 36,6%-26,3%, sự khác biệt TTDT trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p <0,001 [8]. Như vậy, trong thời gian tới, để nâng cao mức độ TTDT của NB ĐTĐ type 2 tại bệnh viện ĐKKV Phía Nam cần xây dựng kế hoạch, phương án tổ chức GDSK cho NB ĐTĐ type 2 tham gia điều trị ngoại trú tại bệnh viện.

4.2. Hiệu quả trên sự thay đổi niềm tin vào thuốc của người bệnh

4.2.1. Niềm tin chuyên biệt - cần thiết của thuốc

. Kết quả chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Bawab. Tác giả Al Bawab AQ cho rằng có hơn 86,0% NB đồng ý sức khoẻ hiện tại của họ phụ thuộc vào thuốc, chỉ có 41,0% NB nghĩ rằng sức khoẻ của họ trong tương lai sẽ phụ thuộc vào thuốc và 59,7% NB đồng ý/hoàn toàn đồng ý thuốc bảo vệ họ trước các biến chứng lâu dài [11]. Theo tác giả Al-Qerem W, kết quả niềm tin chuyên biệt - cần thiết vào thuốc của NB cũng khác so với nghiên cứu của tôi, có 60,6%, NB đồng ý/ rất đồng ý họ cảm thấy không khoẻ khi không có thuốc và 59,9% mọi người đều cho rằng sức khoẻ của họ trong tương lai phụ thuộc vào thuốc và thuốc sẽ bảo vệ họ tiến triển nặng hơn [12]. Đa phần các nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của 2 tác giả trên chủ yếu khác nhau về các mục niềm tin chuyên biệt - cần thiết mạnh mẽ của NB đến thuốc họ đang sử dụng. Nhưng đều cũng có 1 nhìn nhận chung là NB trong cả 3 nghiên cứu trên đều tin rằng thuốc rất cần thiết và bảo vệ họ không tiến triển nặng hơn lâu dài. Theo tác giả Sweileh WM hầu hết NB ĐTĐ đều tin tưởng mạnh mẽ rằng thuốc ĐTĐ là cần thiết cho sức khoẻ hiện tại và tương lai. Khi niềm tin chuyên biệt - cần thiết vào thuốc được củng cố NB sẽ nâng cao được ý thức trong TTDT của

mình [13].

4.2.2. Niềm tin chuyên biệt - quan tâm vào thuốc

Tỷ lệ kết quả niềm tin chuyên biệt - quan tâm vào thuốc của NB theo nghiên cứu của tác giả Al-Qerem W khác so với kết quả của chúng tôi: trong số 287 NB ĐTĐ tham gia ở nghiên cứu, tỷ lệ NB đồng ý cho rằng họ lo lắng về ảnh hưởng lâu dài của thuốc và 27,9% NB lo lắng khi lệ thuộc vào thuốc [12]. Trong nghiên cứu của tác giả Al Bawab AQ, 61,1% lo lắng về tác dụng lâu dài và 47,4% lo lắng về quá phụ thuộc vào thuốc [11]. Nhìn chung, tỷ lệ niềm tin chuyên biệt - quan tâm trong 2 nghiên cứu so với nghiên cứu của tôi thấp hơn. Điều này chứng tỏ NB trong cả 2 nghiên cứu của tác giả Al Bawab AQ và Al-Qerem W cảm thấy bình thường đối với việc sử dụng thuốc lâu dài trong tương lai và không lo lắng hoặc ít lo lắng tác dụng phụ của thuốc. Bên cạnh đó, đối tượng nghiên cứu ở 2 nghiên cứu nước ngoài đều không bị ảnh hưởng suy nghĩ tiêu cực về sử dụng thuốc lâu dài trong tương lai. Sự khác nhau này, có thể xuất phát từ vị trí địa lý các nghiên cứu được tiến hành, phác đồ điều trị và nhất là sự khác biệt trong việc NB nhận được sự tư vấn GDSK như thế nào trước nghiên cứu. Ngoài ra, cách tiếp cận các thông tin bệnh lý chính thống và những dịch vụ chăm sóc y tế dành cho NB ĐTĐ type 2 tại Việt Nam có khả năng còn hạn chế so với các nước phát triển.

NB có niềm tin chuyên biệt - quan tâm vào thuốc cao nhưng hầu hết các nghiên cứu về TTDT đều kết luận rằng niềm tin chuyên biệt - quan tâm về thuốc là một rào cản mạnh mẽ để tuân thủ thành công [14]. NB ĐTĐ cần biết rằng thuốc của họ không gây nghiện và thuốc có độ an toàn chấp nhận được để sử dụng lâu dài. Do đó, các cán bộ y tế nên giải quyết niềm tin của NB về thuốc với hy vọng cải thiện TTDT và kết quả điều trị [14]. Bên cạnh đó, tác giả Alhewiti A cùng các cộng sự cũng đã cho thấy mối tương quan nghịch giữa niềm tin chuyên biệt - quan tâm và TTDT [9]. Vì thế, khi chúng ta cung cấp quá nhiều thông tin về tác dụng phụ của thuốc có thể đem lại kết quả tiêu cực khiến NB sợ hãi hơn với thuốc họ đang sử dụng và giảm ý thức TTDT trong tương lai.

4.3. Hiệu quả trên sự thay đổi đường huyết khi đói

Đường huyết thay đổi sau 1 tháng với can thiệp GDSK so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p <0,001 Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Trần Thị Thuỳ Nhi, sau can thiệp điều dưỡng đường huyết giảm tại thời điểm 1 tháng và sau 3 tháng can thiệp có ý nghĩa thống kê với p <0,001 [8]. So với kết quả của tác giả Trần Thị Thuỳ Nhi tỷ lệ NB đạt mục tiêu điều trị trong nghiên cứu thấp hơn so với trong nghiên cứu của tôi [8]. Như vậy, dưới tác động của chương trình can thiệp điều dưỡng, đường huyết trung bình của 95 NB tham gia nghiên cứu đã cải thiện giảm đi. Kết quả này phần nào cho thấy được hiệu quả của công tác tư vấn GDSK của điều dưỡng đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ĐTĐ type 2 trong việc đạt mục tiêu điều trị về đường huyết. Việc giảm đường huyết sau một tháng can thiệp cũng có thể do việc thay đổi phác đồ điều trị của bác sỹ, tuy nhiên trong phạm vi đề tài này chúng tôi đã không thể đánh giá được vấn đề nêu trên.

Nghiên cứu do hạn chế về thời gian và nguồn lực nên thiết kế nghiên cứu là bán thực nghiệm, chỉ nghiên cứu trên đối tượng được can thiệp, không có nhóm chứng để đối chiếu so sánh. Nghiên cứu chỉ đánh giá sau can thiệp 1 tháng, chưa đánh giá được can thiệp điều dưỡng lần 2, lần 3 ở các thời điểm 3 tháng, 6 tháng để xem xét tần suất tác động như thế nào là hiệu quả nhất. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của tôi còn khá nhỏ và hạn chế do lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện nên không có tính đại diện cao. Nghiên cứu chúng tôi vẫn chưa tìm hiểu sâu hơn những yếu tố tác động lên niềm tin vào thuốc của NB ở mỗi hạng mục trong bộ câu hỏi BMQ-S.

5. KẾT LUẬN

Chương trình giáo dục sức khỏe đã cải thiện đáng kể sự tuân thủ dùng thuốc, niềm tin vào thuốc và đường huyết đói trên người bệnh ĐTĐ type 2.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Thị Bích Quyên

https://orcid.org/0009-0005-7160-1828

Phạm Ngọc Hà

https://orcid.org/0009-0006-9821-4518

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.04

Thanh, Hồ Phi Vũ

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ

Nhập dữ liệu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Thị Bích Quyên, Vũ Trí Thanh, Hồ Phi Vũ Viết bản thảo đầu tiên: Phạm Ngọc Hà

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Phạm Ngọc Hà

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 651/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 24/11/2021.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th Edition, pp.9-48. Brussels. 2017; http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html.
2. Khue Thy Nguyen, Binh Thanh Thi Diep, Van Dieu Khoa Nguyen, et al. A cross- sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). International Journal of Diabetes in Developing Countries. 2020;40(1):70-79.
3. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(1):e016982.
4. Huy Tuan Kiet Pham, Thi Tuyet Mai Kieu, Tuan Duc Duong, et al. Direct medical costs of diabetes and its complications in Vietnam: A national health insurance database study. Diabetes Res Clin Pract J. 2020;162:108051.
5. Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. Int J Clin Pract. 2011;65(3):314-22.
6. Banuelos Mota A, Ernesto Feliz Sala E, Walter Solorzana M and et al. Assessing Barriers to Medication Adherence Among Latinos with Diabetes: a Cross-sectional Study. J Gen Intern Med. 2020;35(2):603-605.
7. Tô Ninh Lộc, Đỗ Văn Mãi, Bùi Đặng Minh Trí, Thắng. TQ. Tuân thủ và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Y học Cộng đồng. 2020;62(1):57-61.
8. Trần Thị Thuỳ Nhi, Lê Chuyển. Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm morsky và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. Nội tiết và đái tháo đường. Nội tiết và Đái tháo đường. 2021;46:198-212.
9. Alhewiti A. Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. Int J Family Med. 2014;doi:10.1155/2014/479596.
10. Bùi Anh Thư, Nguyễn Thắng, Trần Thị Thanh Tâm, Nguyễn Hương Thảo. Đánh giá hiệu quả can thiệp của dược sĩ trên tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2020;24 (2):114-121.
11. Al Bawab AQ, Al-Qerem W, Abusara O, Alkhatib N, Mansour M, Horne R. What Are the Factors Associated with Nonadherence to Medications in Patients with Chronic Diseases? Healthcare. 2021;9(9):1237.
12. Al-Qerem W, Jarab AS, Badinjki M, Hammad A, Ling J, Alasmari F. Factors associated with glycemic control among patients with type 2 diabetes: a cross- sectional study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022;26(7):2415-2421.
13. Sweileh WM, Zyoud SH, Abu Nab'a RJ, et al. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. BMC Public Health. 2014;14:94.
14. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. Am J Health Syst Pharm. 2009;66(7):657-64.