



## Thực trạng và nhu cầu nâng cao khả năng tự chăm sóc ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định: Một nghiên cứu định tính

Lê Thị Huyền Trinh<sup>1</sup>, Ngô Huy Hoàng<sup>1</sup>, Mai Thị Lan Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huế<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Dinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Hương<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Minh Phương<sup>1</sup>, Trần Thị Vân Anh<sup>2</sup>, Dương Thị Thanh Huyền<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; <sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu tỉnh Nam Định; <sup>3</sup>Sở Y tế tỉnh Nam Định

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tự chăm sóc và phân tích các yếu tố ảnh hưởng, nhu cầu nâng cao năng lực tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu định tính trên 120 người (82 người bệnh và 38 người chăm sóc), thu thập dữ liệu từ tháng 6-12/2024 bằng thảo luận nhóm tập trung, sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc gồm 16 câu. Dữ liệu được phân tích theo chủ đề, hỗ trợ bởi phần mềm NVivo 14. **Kết quả:** Người bệnh gặp nhiều khó khăn trong tự chăm sóc, đặc biệt là kiểm tra đường huyết, chế độ ăn, tuân thủ điều trị và tập thể dục. Các yếu tố cản trở gồm thiếu kiến thức, kinh tế hạn chế, thói quen sinh hoạt và mức độ hỗ trợ từ gia đình. Cả người bệnh và người chăm sóc đều có nhu cầu cao với các chương trình giáo dục sức khỏe, hỗ trợ tinh thần, hướng dẫn luyện tập và nhóm chia sẻ cộng đồng. **Kết luận:** Cần thiết triển khai các chương trình can thiệp toàn diện tại tuyến y tế cơ sở, lồng ghép đào tạo kiến thức, hỗ trợ thực hành và tăng cường kết nối cộng đồng, nhằm nâng cao năng lực tự chăm sóc, quản lý bệnh hiệu quả, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh đái tháo đường típ 2.

**Từ khóa:** Tự chăm sóc, người bệnh, đái tháo đường típ 2, nhu cầu, hỗ trợ gia đình.

### Self-care practices and needs among people with type 2 diabetes at the community level in Nam Dinh province, vietnam: A qualitative study

Le Thi Huyen Trinh<sup>1</sup>, Ngo Huy Hoang<sup>1</sup>, Mai Thi Lan Anh<sup>1</sup>, Nguyen Thi Hue<sup>1</sup>,  
Nguyen Thi Thao<sup>1</sup>, Nguyen Van Dinh<sup>1</sup>, Nguyen Thi Thanh Huong<sup>1</sup>,  
Vu Thi Minh Phuong<sup>1</sup>, Tran Thi Van Anh<sup>2</sup>, Duong Thi Thanh Huyen<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Nam Dinh University of Nursing; <sup>2</sup>Nam Dinh Provincial Dermatology Hospital; <sup>3</sup>Nam Dinh Department of Health

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the current status of self-care and analyze influencing factors and the needs for enhancing self-care capacity among patients with type 2 diabetes in the community of Nam Dinh Province. **Methods:** A qualitative study was conducted on 120 participants (82 patients and 38 caregivers) from June to December 2024, using focus group discussions guided by a semi-structured questionnaire comprising 16 questions. Data were analyzed thematically with the support of NVivo 14 software. **Results:** Patients faced numerous challenges in self-care, particularly in blood glucose monitoring, dietary management, medication adherence, and physical exercise. Barriers included a lack of knowledge, financial constraints, unhealthy lifestyle habits, and limited family support. Both patients and caregivers expressed a high demand for health education programs, emotional support, exercise guidance, and community sharing groups. **Conclusion:** There is an urgent need to implement comprehensive intervention programs at primary healthcare levels, integrating education, practical support, and community engagement, to enhance self-care capacity, improve disease management, and ultimately enhance the quality of life for patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Self-care, patients, type 2 diabetes, need, family support.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 hiện là một trong những thách thức sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng toàn cầu với tỷ lệ mắc ngày càng tăng. Theo Liên đoàn ĐTĐ Quốc tế<sup>1</sup>, hiện có hơn 537 triệu người trưởng thành sống chung với ĐTĐ, trong đó khoảng 90-95% là ĐTĐ típ 2. Tại Việt Nam, Hội Nội tiết và ĐTĐ Việt Nam ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ở người trưởng thành là 7,3%, dự báo tiếp tục gia tăng do lối sống ít vận động cùng với chế độ ăn uống không hợp lý và già hóa dân số<sup>2</sup>.

Bệnh ĐTĐ típ 2 gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và làm suy giảm chất lượng sống do các biến chứng mạn tính như tim mạch, thận và mắt, làm tăng nguy cơ tử vong sớm<sup>3</sup>. Bên cạnh đó, bệnh còn tạo ra gánh nặng kinh tế lớn cho gia đình và xã hội vì chi phí điều trị, chăm sóc dài hạn và giảm năng suất lao động. Nhiều gia đình tại Việt Nam phải đối mặt với áp lực tài chính và tâm lý trong quá trình chăm sóc người bệnh<sup>4</sup>.

Tự chăm sóc (TCS) đóng vai trò trung tâm trong quản lý bệnh ĐTĐ típ 2, bao gồm duy trì chế độ ăn, luyện tập thể lực, theo dõi đường huyết và tuân thủ điều trị. Các nghiên cứu cho thấy việc thực hành tốt hành vi TCS giúp kiểm soát đường huyết hiệu quả, phòng ngừa biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống<sup>5</sup>. Tuy nhiên, tại Việt Nam, nhiều người bệnh gặp khó khăn trong việc duy trì các hành vi này, làm ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát bệnh<sup>6</sup>.

Gia đình là yếu tố hỗ trợ thiết yếu trong quá trình TCS. Sự trợ giúp từ người thân trong gia đình trong việc chuẩn bị bữa ăn, nhắc người bệnh uống thuốc đúng giờ và theo dõi đường huyết có thể cải thiện kết quả điều trị đáng kể<sup>7</sup>. Tuy nhiên, những hạn chế về kiến thức và kỹ năng chăm sóc

của các thành viên trong gia đình có thể trở thành rào cản.

Tại tỉnh Nam Định, nơi số ca ĐTĐ típ 2 có xu hướng gia tăng nhanh trong thời gian gần đây, các chương trình giáo dục sức khỏe đã được triển khai nhưng việc tiếp cận của người bệnh với những chương trình đó còn nhiều hạn chế. Nhiều người bệnh không tham gia do thiếu thông tin và nhận thức chưa đầy đủ về tầm quan trọng của TCS<sup>8</sup>. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng TCS của người bệnh ĐTĐ típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định, phân tích vai trò hỗ trợ của gia đình và xác định nhu cầu nâng cao năng lực TCS ở cả người bệnh và thân nhân.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 2 nhóm:

(1) Người bệnh ĐTĐ típ 2 đang sinh sống và điều trị tại cộng đồng thuộc tỉnh Nam Định;

(2) Người chăm sóc chính là thành viên trong gia đình như vợ/chồng, con cái hoặc thành viên khác có vai trò trực tiếp hỗ trợ người bệnh. Người chăm sóc chính là những người đủ 18 tuổi trở lên, có trách nhiệm chính hoặc tham gia chăm sóc chính cho người bệnh (dành nhiều thời gian nhất so với những thành viên khác cho việc chăm sóc người bệnh trong hộ gia đình).

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán xác định là ĐTĐ típ 2 và đang điều trị tại cộng đồng.

- Người chăm sóc chính có khả năng tham gia thảo luận nhóm.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh hoặc người chăm sóc có

tình trạng sức khỏe không ổn định, hạn chế về khả năng giao tiếp hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

- Trường hợp không hiểu và không thể trả lời các câu hỏi trong thảo luận nhóm.

**- Thời gian thu thập số liệu:** Từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024

**- Địa điểm:** Tại các trạm y tế xã/phường tại ba địa bàn gồm thành phố Nam Định (khu vực đô thị trung tâm), huyện Giao Thủy (khu vực ven biển) và huyện Mỹ Lộc (khu vực cận đô thị), thuộc tỉnh Nam Định.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu định tính mô tả, sử dụng phương pháp thảo luận nhóm tập trung (Focus Group Discussion - FGD) để khai thác quan điểm, kinh nghiệm, hành vi TCS và nhu cầu hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng của người bệnh.

**Cỡ mẫu:** Tổng cộng có 82 người bệnh và 38 người chăm sóc tham gia nghiên cứu.

#### **Phương pháp chọn mẫu:**

Áp dụng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên phân tầng nhiều giai đoạn. Trước tiên, nhóm nghiên cứu lựa chọn chủ đích 3 huyện/thành phố đại diện cho các đặc điểm địa lý và kinh tế - xã hội khác nhau của tỉnh Nam Định, gồm: Giao Thủy, Mỹ Lộc và thành phố Nam Định. Từ mỗi huyện/thành phố, 2 xã/phường được chọn ngẫu nhiên, sau đó từ danh sách người bệnh đang được quản lý tại các trạm y tế, người bệnh được chọn ngẫu nhiên để đảm bảo tính đại diện và đa dạng. Danh sách người bệnh được cung cấp bởi Sở Y tế tỉnh Nam Định, thông qua hệ thống quản lý bệnh mạn tính tuyến y tế cơ sở.

#### **Công cụ và quy trình thu thập số liệu:**

Sử dụng bộ câu hỏi hướng dẫn thảo luận nhóm bán cấu trúc, gồm 16 câu hỏi mở, xây dựng dựa trên Hướng dẫn điều trị bệnh ĐTĐ tip 2 của Bộ Y tế (2020) và khung phát

triển phỏng vấn định tính của Krueger RA và cộng sự<sup>9,10</sup>. Nội dung câu hỏi tập trung vào nhận thức về bệnh, thực hành TCS (chế độ ăn, dùng thuốc, đo đường huyết...), vai trò của gia đình, cộng đồng và các rào cản hoặc nhu cầu chưa được đáp ứng.

Dữ liệu được thu thập thông qua 6 buổi thảo luận nhóm, mỗi buổi gồm 10–20 người bệnh và 5-7 người nhà. Các cuộc thảo luận được điều hành bởi điều phối viên có kinh nghiệm, có thư ký ghi chép và được ghi âm đầy đủ. Trước mỗi buổi, người tham gia được hướng dẫn về nội dung và mục tiêu nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập một cách hệ thống, tôn trọng sự tự do chia sẻ của người tham gia.

**Phân tích dữ liệu:** Dữ liệu từ các cuộc thảo luận được chép lời nguyên văn và xử lý theo phương pháp phân tích nội dung. Việc mã hóa dữ liệu được thực hiện thủ công và bằng phần mềm NVivo phiên bản 14. Các bước phân tích gồm: (1) đọc dữ liệu nhiều lần để làm quen và hiểu ngữ cảnh; (2) mã hóa sơ bộ các đoạn thông tin quan trọng; (3) nhóm các mã thành các chủ đề và tiểu chủ đề; (4) thảo luận và thống nhất giữa các nhà nghiên cứu nhằm đảm bảo độ tin cậy liên mã hóa; và (5) trích xuất các kết quả phân tích phục vụ mô tả thực trạng, xác định rào cản và đề xuất giải pháp can thiệp.

#### **Đạo đức của nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức Y sinh Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định theo quyết định số 711/GCN-HĐĐĐ ngày 08/04/2024. Tất cả người tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu, ký phiếu đồng thuận tự nguyện, và được đảm bảo quyền rút lui bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc điều trị. Thông tin cá nhân của người tham gia được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 120)**

Đặc điểm	Người bệnh (82)	Người chăm sóc chính (38)
<b>Tuổi</b>		
18 - 30 tuổi	2 (2,4%)	10 (26,3%)
31 - 45 tuổi	10 (12,2%)	12 (31,6%)
46 - 60 tuổi	35 (42,7%)	11 (28,9%)
Trên 60 tuổi	35 (42,7%)	5 (13,2%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	37 (45,1%)	18 (47,4%)
Nữ	45 (54,9%)	20 (52,6%)
<b>Nghề nghiệp</b>		
Lao động tự do	30 (36,6%)	12 (31,6%)
Cán bộ công chức	15 (18,3%)	9 (23,7%)
Công nhân viên chức	10 (12,2%)	5 (13,2%)
Nông dân	20 (24,4%)	7 (18,3%)
Người về hưu/Thất nghiệp	7 (8,5%)	5 (13,2%)
<b>Trình độ học vấn</b>		
Đại học	10 (12,2%)	10 (26,3%)
Phổ thông trung học	25 (30,5%)	15 (39,5%)
Tiểu học	35 (42,7%)	12 (31,6%)
Chưa hoàn thành tiểu học	12 (14,6%)	1 (2,6%)

Trong số 120 người tham gia nghiên cứu, bao gồm 82 người bệnh ĐTĐ típ 2 và 38 người chăm sóc chính người bệnh. Về độ tuổi, người bệnh chủ yếu tập trung ở nhóm từ 46 tuổi trở lên (85,4%), trong khi người chăm sóc chính có sự phân bố khá đồng đều ở các nhóm tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam và nữ khá cân đối ở cả hai nhóm, với 45,8% nam và

54,2% nữ. Về nghề nghiệp, người bệnh và người chăm sóc chính chủ yếu làm lao động tự do với tỷ lệ lần lượt là 36,6%, 31,6%. Về trình độ học vấn, người bệnh phần lớn chỉ hoàn thành tiểu học (42,7%), trong khi người chăm sóc chính người bệnh có trình độ học vấn cao hơn, với 26.3% đạt trình độ đại học.

### **Tình trạng và khả năng TCS của người bệnh**

Một trong những biểu hiện rõ rệt về tình trạng TCS kém là việc kiểm tra đường huyết không được thực hiện thường xuyên. Phần lớn người bệnh không sở hữu máy đo đường huyết tại nhà và chỉ tiến hành kiểm tra khi có triệu chứng bất thường hoặc khi đi khám tại cơ sở y tế. Việc thiếu thiết bị đo và thói quen chủ động theo dõi đường huyết khiến việc kiểm soát bệnh thiếu hiệu quả.

*“Tôi không có máy đo đường huyết, nên chỉ kiểm tra khi đi bệnh viện”.*

*“Chỉ khi nào cảm thấy không khỏe, tôi mới kiểm tra, còn lại thì tôi không đo lường gì”.*

Chế độ ăn uống của người bệnh chưa được điều chỉnh một cách phù hợp theo hướng dẫn điều trị. Nhiều người bệnh vẫn duy trì thói quen ăn cơm và thực phẩm chứa nhiều tinh bột, do ảnh hưởng từ văn hóa gia đình và thiếu hiểu biết về dinh dưỡng. Việc thiếu hướng dẫn cụ thể về khẩu phần ăn và cách lựa chọn thực phẩm làm gia tăng khó khăn trong việc áp dụng chế độ ăn kiêng.

*“Tôi biết mình không nên ăn cơm quá nhiều, nhưng gia đình tôi lại ăn cơm hằng ngày, tôi cũng phải ăn theo vì không tiện thay đổi”.*

*“Tôi không rõ ăn thế nào là hợp lý, chỉ nghe bác sĩ nói chung chung thôi”.*

Tuân thủ điều trị bằng thuốc cũng là một khía cạnh chưa được đảm bảo trong chăm sóc cá nhân của người bệnh. Một số người thường xuyên quên uống thuốc, hoặc chủ quan ngưng sử dụng khi cảm thấy khỏe, phản ánh sự hiểu biết hạn chế về đặc điểm của bệnh mạn tính. Tình trạng này dẫn đến nguy cơ kiểm soát đường huyết kém và tăng khả năng biến chứng.

*“Tôi thỉnh thoảng quên uống thuốc khi cảm thấy khỏe, nhưng khi đi khám bác sĩ mới nhớ ra”.*

Việc duy trì hoạt động thể chất hàng ngày ở người bệnh còn rất hạn chế. Mặc dù nhận thức được lợi ích của vận động, nhiều người bệnh cho biết họ không có đủ thời gian hoặc sức khỏe để tập thể dục thường xuyên. Áp lực từ công việc gia đình, tuổi cao, và thói quen lười vận động là những rào cản lớn khiến việc rèn luyện sức khỏe không được duy trì đều đặn.

*“Tôi biết đi bộ mỗi ngày tốt cho sức khỏe, nhưng đôi khi công việc gia đình quá bận rộn, tôi không có thời gian”.*

Khi tự đánh giá về khả năng TCS, đa số người bệnh cho biết họ mới chỉ thực hiện một phần các khuyến cáo, chưa đạt đến mức độ kiểm soát bệnh toàn diện. Họ gặp khó khăn trong việc duy trì đồng thời nhiều hoạt động như theo dõi đường huyết, ăn uống kiêng khem và luyện tập thể dục đều đặn. Điều này phản ánh nhu cầu được hỗ trợ thêm từ gia đình và nhân viên y tế trong thực hành TCS.

*“Tôi hiểu rằng mình cần kiểm tra đường huyết, ăn kiêng và tập thể dục, nhưng tôi không thể làm tất cả một cách đều đặn. Tôi cần sự hỗ trợ thêm từ bác sĩ và gia đình”.*

### **Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng TCS**

Thiếu kiến thức về bệnh ĐTĐ típ 2 là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng TCS. Người bệnh không nắm rõ thông tin về thực phẩm phù hợp, cách đo đường huyết, hay tác động lâu dài của bệnh nếu không điều trị đúng. Sự mơ hồ trong nhận thức khiến họ dễ bị phụ thuộc vào cảm tính và thói quen cũ khi chăm sóc bản thân.

*“Tôi biết mình phải ăn ít đường, nhưng không rõ những thực phẩm nào là phù hợp cho bệnh này”.*

*“Tôi nghĩ chỉ cần uống thuốc thôi là đủ, không cần phải lo lắng quá nhiều về các vấn đề khác”.*

Thói quen ăn uống lâu dài và ảnh hưởng từ môi trường gia đình làm cản trở việc thay đổi hành vi sức khỏe. Nhiều người bệnh chia sẻ rằng họ không thể ăn riêng hoặc thay đổi chế độ ăn khi các thành viên trong gia đình vẫn duy trì lối sống cũ. Việc thiếu sự đồng thuận hoặc hỗ trợ từ gia đình là một rào cản đáng kể đối với việc thực hành TCS.

*“Tôi đã ăn cơm nhiều năm rồi, không dễ dàng thay đổi. Gia đình tôi cũng ăn cơm nhiều, nên tôi không thể tách ra ăn riêng”.*

Điều kiện tài chính không thuận lợi cũng là yếu tố cản trở đáng kể. Việc không đủ khả năng chi trả cho thiết bị đo đường huyết, thuốc men, hoặc thực phẩm chuyên biệt khiến người bệnh khó thực hiện đúng phác đồ chăm sóc. Gánh nặng kinh tế còn làm gia tăng căng thẳng tâm lý, ảnh hưởng đến động lực duy trì hành vi lành mạnh.

*“Máy đo đường huyết khá đắt tiền, tôi không thể mua được. Nếu có, tôi cũng không chắc sẽ sử dụng thường xuyên vì tiền thuốc đã chiếm hết phần lớn thu nhập”.*

Ngoài ra, việc thiếu các chương trình giáo dục sức khỏe định kỳ và phù hợp với người dân cũng làm giảm hiệu quả chăm sóc. Một số người bệnh từng tham gia các lớp học về dinh dưỡng nhưng cho biết hoạt động này không thường xuyên và khó duy trì trong thời gian dài. Điều này cho thấy vai trò quan trọng của hệ thống y tế trong cung cấp thông tin liên tục và dễ tiếp cận.

*“Tôi tham gia một lớp học về chế độ dinh dưỡng do bệnh viện tổ chức, nhưng lớp học không thường xuyên nên tôi không thể theo kịp”.*

### **Vai trò của gia đình trong hỗ trợ TCS**

Gia đình được xác định là yếu tố hỗ trợ tinh thần và vật chất quan trọng trong quá trình chăm sóc bệnh mạn tính. Nhiều người bệnh nhấn mạnh rằng nhờ có sự quan tâm và động viên của người thân, họ mới có thể kiên trì tuân thủ điều trị và duy trì các hành vi tích cực. Sự đồng hành này giúp người bệnh cảm thấy an tâm hơn trong việc quản lý bệnh.

*“Chồng tôi luôn động viên tôi, bảo tôi phải kiên trì ăn uống điều độ và tập thể dục, nếu không sẽ dễ bị biến chứng”.*

Bên cạnh động viên tinh thần, gia đình còn tham gia vào việc nhắc nhở và giám sát thực hành chăm sóc hàng ngày như uống thuốc đúng giờ hoặc theo dõi triệu chứng. Vai trò này góp phần tăng cường tính tuân thủ và kiểm soát bệnh tốt hơn, đặc biệt ở người cao tuổi.

*“Mẹ tôi luôn nhắc tôi uống thuốc đều đặn và ghi chép lại ngày giờ uống thuốc”.*

Tuy nhiên, không phải gia đình nào cũng có đủ hiểu biết và điều kiện để hỗ trợ người bệnh. Một số thành viên gia đình chia sẻ rằng họ không biết cách chăm sóc người thân bị tiểu đường vì thiếu kiến thức và chưa từng được hướng dẫn. Điều này phản ánh khoảng trống trong đào tạo kiến thức chăm sóc bệnh mạn tính cho cộng đồng.

*“Chúng tôi không biết nhiều về bệnh này, vì vậy không thể giúp chị tôi chăm sóc tốt hơn”.*

### **Nhu cầu và mong muốn của người bệnh và gia đình**

Người bệnh ĐTĐ típ 2 có nhu cầu rõ rệt đối với các chương trình giáo dục sức khỏe có nội dung cụ thể và dễ hiểu. Họ mong muốn được hướng dẫn về cách ăn uống, đo đường huyết và sử dụng thuốc đúng cách. Việc tiếp cận thông tin từ bác sĩ hoặc nhân viên y tế một cách thường xuyên sẽ giúp họ tự tin hơn trong quản lý bệnh.

*“Tôi không biết ăn gì tốt cho bệnh của mình, tôi mong có những lớp học về dinh dưỡng để hiểu rõ hơn về cách ăn uống”.*

*“Tôi chưa hiểu rõ về cách theo dõi đường huyết tại nhà, nếu có lớp học nào hướng dẫn cụ thể thì tôi sẽ tham gia ngay”.*

Bên cạnh nhu cầu về kiến thức, người bệnh và gia đình mong muốn có thêm môi trường giao lưu, kết nối với những người cùng hoàn cảnh. Việc tham gia nhóm hỗ trợ không chỉ mang lại lợi ích thông tin mà còn giúp chia sẻ cảm xúc, tạo động lực trong quá trình điều trị lâu dài.

*“Tôi rất muốn tham gia nhóm hỗ trợ để trao đổi với những người bệnh khác”.*

*“Tôi muốn có các nhóm chia sẻ trong cộng đồng để không cảm thấy cô đơn với căn bệnh này”.*

Ngoài ra, người bệnh cũng bày tỏ mong muốn có hướng dẫn cụ thể về hoạt động thể chất phù hợp với tình trạng sức khỏe của bản thân. Họ cần một chương trình tập luyện được cá nhân hóa, dễ áp dụng tại nhà hoặc cộng đồng để nâng cao hiệu quả chăm sóc.

*“Tôi cần một chương trình tập thể dục đều đặn, vì tôi không biết bắt đầu từ đâu và không dám tự tập một mình”.*

Nhiều người bệnh cho biết họ gặp khó khăn khi phải đi xa để tham gia các lớp học hoặc chương trình chăm sóc bệnh. Do đó, việc tổ chức các hoạt động giáo dục sức khỏe ngay tại địa phương sẽ là giải pháp thiết thực giúp người bệnh tiếp cận thông tin một cách thuận lợi hơn.

*“Tôi phải đi khá xa để tham gia các chương trình giáo dục sức khỏe, nếu có chương trình tại địa phương thì tôi sẽ tham gia thường xuyên hơn”.*

## BÀN LUẬN

**Khả năng TCS của người bệnh:** Khả năng TCS của người bệnh ĐTĐ típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định còn nhiều hạn chế. Dù đa số người bệnh nhận thức được tầm quan trọng của các biện pháp như theo dõi đường huyết, điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện thể dục, nhưng việc thực hành chưa hiệu quả. Các yếu tố ảnh hưởng chính bao gồm thiếu kiến thức, hạn chế thiết bị y tế, thói quen sinh hoạt và gánh nặng tài chính. Việc không sở hữu máy đo đường huyết, chưa hiểu nguyên tắc ăn kiêng hay quên uống thuốc cho thấy mức độ TCS còn thấp.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Trần Thu Hương và Lê Thị Bình (2023) ghi nhận người bệnh tại Hà Nội gặp khó khăn trong thay đổi thói quen ăn uống và theo dõi đường huyết do ảnh hưởng từ gia đình và thiếu hỗ trợ kỹ thuật<sup>11</sup>. Nguyễn Thị Gái và cộng sự (2021) cũng báo cáo tình trạng thiếu kiến thức về TCS tại TP. Hồ Chí Minh<sup>4</sup>. Lê Việt Hạnh, Trần Thị Thanh Hương (2021) phát hiện người bệnh gặp trở ngại trong duy trì luyện tập và dùng thuốc do bận rộn và thiếu hiểu biết<sup>8</sup>.

Trên cơ sở đó, cần đẩy mạnh các chương trình giáo dục sức khỏe thường xuyên, tập trung vào dinh dưỡng, theo dõi đường huyết và tuân thủ điều trị. Đồng thời, các chính sách y tế cộng đồng nên hỗ trợ tài chính cho người bệnh, đặc biệt trong việc tiếp cận máy đo đường huyết và vật tư thiết yếu, nhằm nâng cao hiệu quả thực hành TCS.

**Vai trò của gia đình trong việc hỗ trợ TCS:** Gia đình đóng vai trò then chốt trong quá trình chăm sóc người bệnh ĐTĐ tại cộng đồng, không chỉ về mặt tinh thần mà còn trong giám sát, nhắc nhở và hỗ trợ thực hành chăm sóc. Nhiều trường hợp người bệnh cảm thấy an tâm và kiên trì hơn nhờ sự động viên, theo dõi sát sao từ người thân. Tuy nhiên, bên cạnh những gia đình tích cực hỗ trợ, vẫn tồn tại nhiều trường hợp người bệnh không nhận được sự giúp đỡ hiệu quả do người thân thiếu kiến thức hoặc bị giới hạn bởi điều kiện sống và công việc.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Busebaia và cộng sự (2023), trong đó gia đình được xác định là nguồn lực hỗ trợ tinh thần quan trọng giúp người bệnh duy trì điều trị lâu dài<sup>12</sup>. Kandel và Wichaidit (2020) cũng nhấn mạnh rằng người bệnh có sự hỗ trợ từ người thân thường có mức độ tuân thủ điều trị cao hơn<sup>13</sup>. Ở chiều ngược lại, nghiên cứu của Rad và cộng sự (2013) và Mphasha và cộng sự (2022) đều chỉ ra rằng thiếu kiến thức và kỹ năng của người nhà là yếu tố cản trở trong quá trình chăm sóc người bệnh mạn tính<sup>14,15</sup>.

Do vậy, các can thiệp cộng đồng không nên chỉ tập trung vào người bệnh mà cần mở rộng đến các thành viên trong gia đình. Việc đào tạo kiến thức và kỹ năng cơ bản về chăm sóc người bệnh ĐTĐ cho gia đình là cần thiết, kết hợp với khuyến khích sự tham gia của họ vào quá trình chăm sóc hàng ngày. Đây sẽ là yếu tố hỗ trợ bền vững trong quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng.

**Nhu cầu và mong muốn của người bệnh và người chăm sóc:** Nghiên cứu cho thấy người bệnh ĐTĐ típ 2 và người chăm sóc có nhu cầu cao và đa dạng trong thực hành TCS. Nhu cầu nổi bật nhất là được trang bị kiến thức và kỹ năng về dinh dưỡng, theo dõi đường huyết tại nhà và sử dụng thuốc đúng cách. Nhiều người bệnh cho biết họ chưa rõ nên ăn gì,

dùng thuốc như thế nào và cách kiểm soát đường huyết hiệu quả, phản ánh khoảng trống trong giáo dục sức khỏe tại tuyến cơ sở.

Tình trạng này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế. Kandel và Wichaidit (2020) xác định thiếu kiến thức là rào cản chính trong kiểm soát đường huyết<sup>13</sup>. Tại Ấn Độ, Paulsamy và cs (2021) chứng minh các lớp đào tạo kỹ năng giúp cải thiện sự tự tin và hiệu quả điều trị<sup>16</sup>.

Bên cạnh kiến thức, người bệnh và người chăm sóc mong muốn được tham gia các hoạt động thể chất phù hợp với tình trạng sức khỏe. Nhiều người cho biết họ thiếu định hướng tập luyện, ngại tập một mình và không có môi trường hỗ trợ. Việc tổ chức chương trình thể dục cộng đồng, do cán bộ y tế hoặc tình nguyện viên hướng dẫn, được đánh giá là giải pháp hiệu quả giúp nâng cao sức khỏe và giảm biến chứng.

Nhu cầu hỗ trợ tinh thần và kết nối cộng đồng cũng được nhấn mạnh. Người bệnh ĐTĐ, đặc biệt ở giai đoạn mạn tính, thường cảm thấy cô đơn, lo âu và mặc cảm. Các nhóm hỗ trợ đồng đẳng nơi người bệnh có thể chia sẻ kinh nghiệm, nhận động viên sẽ góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và cải thiện tuân thủ điều trị. Busebaia và cs (2023) khẳng định hỗ trợ xã hội là yếu tố trung gian quan trọng giúp vượt qua rào cản tâm lý trong quản lý bệnh mạn tính<sup>12</sup>.

Ngoài ra, người bệnh và gia đình mong muốn được tiếp cận các dịch vụ giáo dục sức khỏe ngay tại địa phương thay vì đến tuyến trên. Điều này cho thấy vai trò thiết yếu của trạm y tế xã/phường trong quản lý bệnh không lây nhiễm. Việc tăng cường nguồn lực, đào tạo cán bộ cơ sở và tích hợp chương trình giáo dục TCS tại địa phương sẽ mang lại hiệu quả thực tiễn, giảm chi phí và thời gian cho người bệnh, đồng thời duy trì hành vi lành mạnh qua hỗ trợ thường xuyên.

Tóm lại, người bệnh ĐTĐ típ 2 và người chăm sóc cần được hỗ trợ toàn diện từ kiến thức, thực hành, tinh thần đến dịch vụ y tế địa phương. Hệ thống y tế cơ sở cần chuyển đổi từ cung cấp dịch vụ đơn lẻ sang mô hình chăm sóc tích hợp, cá nhân hóa và lấy người bệnh làm trung tâm.

**Hạn chế của nghiên cứu:** Mặc dù nghiên cứu định tính này đã cung cấp những hiểu biết sâu sắc về thực trạng tự chăm sóc và nhu cầu hỗ trợ của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế cần được xem xét. Thiết kế nghiên cứu định tính với phương pháp thảo luận nhóm tập trung chủ yếu nhằm khám phá và mô tả hiện tượng trong một bối cảnh cụ thể. Do đó, kết quả nghiên cứu không thể khái quát cho toàn bộ người bệnh đái tháo đường típ 2 tại các khu vực khác, cũng như không đại diện cho toàn bộ dân số có đặc điểm nhân khẩu học đa dạng hơn.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Nam Định cho thấy người bệnh ĐTĐ típ 2 gặp khó khăn trong thực hành tự chăm sóc do thiếu kiến thức, thói quen chưa phù hợp, điều kiện kinh tế hạn chế và thiếu hỗ trợ gia đình. Họ có nhu cầu rõ rệt về các chương trình giáo dục sức khỏe dễ tiếp cận, kết hợp hướng dẫn dinh dưỡng, theo dõi đường huyết, tập luyện và hỗ trợ tinh thần. Kết quả nghiên cứu là cơ sở thực tiễn quan trọng để xây dựng mô hình can thiệp cộng đồng, nâng cao năng lực tự chăm sóc và phát huy vai trò hỗ trợ của gia đình tại tuyến y tế cơ sở

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2023.
2. Hội nội tiết và ĐTD Việt Nam. Báo cáo. 2022.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2022 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes* 2022; 40(1): 10-38.
4. Nguyễn Thị Gái, Nguyễn Thị Bích Đào, Kathy Fitzsimmons. Hiệu quả chương trình giáo dục sức khỏe nâng cao khả năng tự quản lý của người bệnh đái tháo đường típ 2. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology* 2021; 46: 166-174. <https://doi.org/10.47122/vjde.2021.46.18>.
5. Zhou Y, et al. Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Exp Ther Med* 2013; 5(4): 1137-1142.
6. Huynh G, Tran TT, Do THT, Truong TTD, Ong PT, Nguyen TNH, Pham LA. Diabetes-related distress among people with type 2 diabetes in Ho Chi Minh City, Vietnam: prevalence and associated factors. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* 2021; 683-690.
7. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2013; 12(1): 1-5.
8. Lê Việt Hạnh, Trần Thị Thanh Hương (2021). Thực trạng kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xây dựng thời kỳ covid 19. *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*, 4(3), 149–158. <https://doi.org/10.54436/jns.2021.3.352>.
9. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ II. Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020 của Bộ Y tế. 2020.
10. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
11. Trần Thu Hường, Lê Thị Bình. Thực trạng tự quản lý của người bệnh ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2023; 524(1B): 198-202. <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1B.4760>.
12. Busebaia TJA, et al. The role of family in supporting adherence to diabetes self-care management practices: An umbrella review. *Journal of Advanced Nursing* 2023; 79(10): 3652-3677. doi: 10.1111/jan.15689.
13. Kandel S, Wichaidit W. Self-care and family support among people with type 2 diabetes. 2020.
14. Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. *J Educ Health Promot* 2013; 2: 62. doi: 10.4103/2277-9531.120864.

15. Mphasha MH, Mothiba TM, Skaal L. Family support in the management of diabetes patients' perspectives from Limpopo province in South Africa. *BMC Public Health* 2022; 22(1): 2421. doi: 10.1186/s12889-022-14903-1.

16. Paulsamy P, Ashraf R, Alshahrani SH, et al. Social support, self-care behaviour and self-efficacy in patients with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel)* 2021; 9(11): 1607. doi: 10.3390/healthcare9111607.