

**THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA
NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2021**

Đặng Thị Hân¹, Trịnh Văn Tuyên², Đỗ Thị Tuyết Mai¹,
Nguyễn Thị Lý¹, Nguyễn Văn Cao¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; ²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 53 người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống SF36 là $31,45 \pm 9,86$. Điểm trung bình các vấn đề bệnh thận là $45,92 \pm 7,98$. Điểm chất lượng cuộc sống chung là $38,68 \pm 7,57$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh trong phạm vi nghiên cứu tương đối thấp.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

**CURRENT QUALITY OF LIFE OF CHRONIC KIDNEY
FAILURE PATIENTS HAVING CYCLE HEMODIALYSIS
AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL 2021**

ABSTRACT

Objective: To describe the current quality of life of patients with chronic kidney hemodialysis at Nam Dinh General Hospital 2021. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 53 patients with chronic kidney hemodialysis at Nam Dinh General Hospital in the period from April to September 2021. **Results:** The mean score of SF36 quality of life was 31.45 ± 9.86 (total score: 100). The mean score of kidney problems was 45.92 ± 7.98 (total score: 100). Overall quality of life score was 38.68 ± 7.57 (total score: 100). **Conclusion:** The quality of life of patients in the study area is relatively low.

Keywords: Quality of life, chronic kidney hemodialysis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là những bất thường về cấu trúc và chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng lên sức khỏe của người bệnh, hậu quả dẫn đến ure và creatinin máu tăng cao [1]. Suy thận mạn là một trong

những vấn đề y học được nhiều người quan tâm vì nó dễ dàng dẫn tới những biến chứng nguy hiểm khác và làm một số bệnh nền trở nên trầm trọng hơn. Ước tính trên thế giới có 10% dân số bị ảnh hưởng bởi bệnh suy thận mạn tính và có hàng triệu người chết

Tác giả: Đặng Thị Hân
Địa chỉ: Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Email: ngochan.atk@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/3/2022
Ngày hoàn thiện: 17/5/2022
Ngày đăng bài: 18/5/2022

mỗi năm do không có điều kiện điều trị [2]. Tại Việt Nam, theo tác giả Nguyễn Hữu Dũng - Khoa thận nhân tạo Bệnh viện Bạch Mai, hiện có khoảng hơn 8.000 trường hợp suy thận mạn mới được báo cáo mỗi năm. Số người bệnh trên toàn quốc hiện đang chiếm 6,73% dân số (khoảng 6.000.000 người), trong đó khoảng 800.000 người bệnh (0,09% dân số cả nước) đang ở giai đoạn cuối [3].

Mặc dù lọc máu chu kỳ là một trong những phương pháp tốt nhất giúp người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối kéo dài tuổi thọ, tuy nhiên cũng kèm theo nhiều biến chứng như: nhiễm trùng, mệt mỏi, chán ăn, mất ngủ, đau, mắc các bệnh lý tim mạch, ... và rất tốn kém [4].

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy người bệnh lọc máu có chất lượng cuộc sống rất thấp [5, [6] và chất lượng cuộc sống của người bệnh có xu hướng giảm dần nếu không có các biện pháp can thiệp phù hợp [7].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định chưa có đề tài nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2021.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh đã điều trị suy thận mạn bằng phương pháp lọc máu chu kỳ tối thiểu 3 tháng.

- Người bệnh đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh tỉnh táo, có khả năng giao tiếp, hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn bằng tiếng Việt.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có diễn biến nặng phải điều trị nội trú.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 12/2020 đến hết tháng 10/2021. Trong đó thời gian thu thập số liệu: từ 01/4/2021 đến hết 30/9/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Trong khoảng thời gian thu thập số liệu từ tháng 04/2021 đến tháng 09/2021 đã có 53 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tham gia đầy đủ các hoạt động của nghiên cứu nên cỡ mẫu thực tế đưa vào phân tích kết quả của nghiên cứu là 53 người.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm 2 phần có nội dung như sau:

- Phần I: Thông tin chung gồm các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi ở, thu nhập,

- Phần II: Đánh giá chất lượng cuộc sống của ĐTNC bằng bảng bộ công cụ đánh giá CLCS bệnh thận (Kidney Disease Quality of Life Short Form: KDQOL-SF™) phiên bản 1.3 trong đó có 11 lĩnh vực bệnh thận và 8 lĩnh vực sức khỏe theo thang điểm SF-36.

Bảng 1. Mô hình cấu trúc bộ câu hỏi KDCLCS-SF™ phiên bản 1.3 [8]

Các lĩnh vực	Số lượng câu hỏi	Câu hỏi
<i>Lĩnh vực dành riêng cho bệnh thận</i>		
Các triệu chứng	12	14a-k,l
Ảnh hưởng của bệnh thận	8	15a-h
Gánh nặng của bệnh thận	4	12a-d
Tình trạng công việc	2	20,21
Chức năng nhận thức	3	13b,d,f
Chức năng tương tác xã hội	3	13a,c,e
Chức năng tình dục	2	16a,b
Giấc ngủ	4	17, 18a-c
Hỗ trợ xã hội	2	19a,b
Sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu	2	24a, b
Sự hài lòng của người bệnh	1	23
<i>Mô hình cấu trúc SF-36</i>		
Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất	10	3a-j
Hạn chế vai trò thể chất	4	4a-d
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn	2	7,8
Tự đánh giá sức khỏe tổng quát	5	1, 11a-d
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	5	9b, c, d, f, h
Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	3	5a-c
Hạn chế do vai trò của tinh thần	2	6, 10
Sức khỏe tâm thần tổng quát	4	9a, e, g, i

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

- Điểm số các lĩnh vực là điểm trung bình của các câu hỏi tương ứng theo bảng 1:

Điểm sức khỏe thể chất (SKTC) là trung bình cộng của 4 lĩnh vực: Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất, hạn chế do vai trò thể chất, sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn và tự đánh giá sức khỏe tổng quát (tổng điểm: 100).

Điểm sức khỏe tinh thần (SKTT) là trung bình cộng của 4 lĩnh vực: Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống, sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội, hạn chế do vai trò của tinh thần và sức khỏe tâm thần tổng quát (tổng điểm: 100).

Điểm số sức khỏe tổng quát (SF-36) là trung bình cộng của 2 điểm sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần (tổng điểm: 100).

Điểm số các vấn đề bệnh thận là điểm trung bình cộng của 11 lĩnh vực dành riêng cho bệnh thận (tổng điểm: 100).

- Điểm CLCS là điểm trung bình cộng của điểm sức khỏe tổng quát và điểm vấn đề bệnh thận. Điểm càng cao thể hiện chất lượng cuộc sống càng tốt (tổng điểm: 100).

- Riêng câu hỏi số 2 trong bảng câu hỏi SF-36 nói về việc tự đánh giá thay đổi sức khỏe cá nhân và câu hỏi 22 tự đánh giá về tình trạng sức khỏe không được đưa vào tính điểm của lĩnh vực hay thành phần sức khỏe mà chỉ có ý nghĩa lượng giá sự thay đổi trung bình của tình trạng sức khỏe trong vòng 1 năm.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Sau khi thu thập số liệu, người điều tra sẽ mã hóa sang điểm số tương ứng.

- Số liệu được làm sạch sau đó được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

- Phân tích số liệu: Tính tần số và tỷ lệ phần trăm với biến định tính, các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

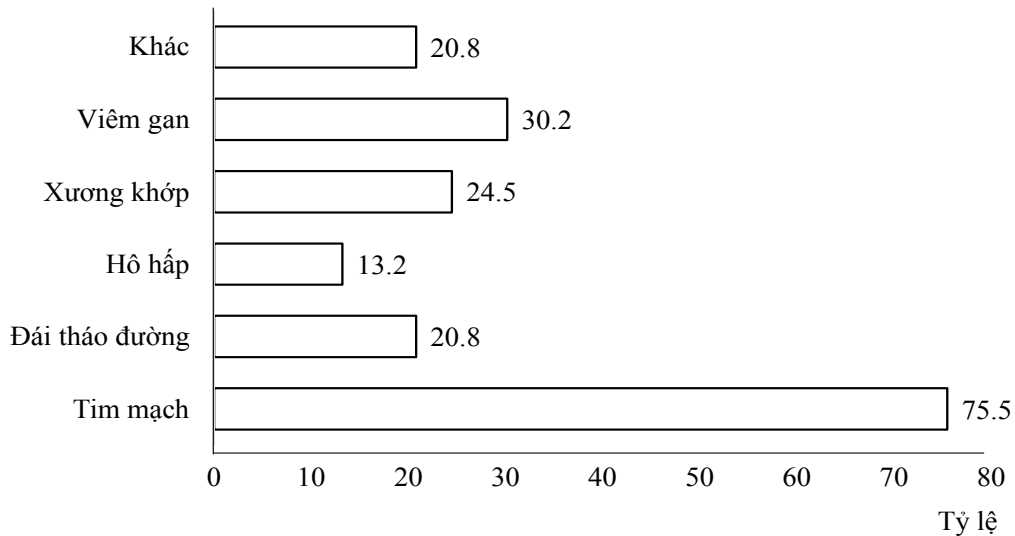
Bảng 2. Sự phân bố giới tính, nơi ở, nghề nghiệp và thời gian lọc máu của ĐTNC

Đặc điểm		SL	%
Giới tính	Nam	29	54,7
	Nữ	24	45,3
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	26	49,1
	Lao động trí óc	1	1,9
	Khác (Hưu/Già)	26	49,1
Thời gian lọc máu	< 1 năm	5	9,4
	1 đến < 5 năm	24	45,3
	Từ 5 đến < 10 năm	20	37,7
	Từ 10 trở lên	4	7,6
	Thời gian trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	4,84 $\pm$ 3,11	

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số người bệnh là nam giới chiếm tỷ lệ 54,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ 45,3%.

Về nghề nghiệp: Đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp là lao động chân tay chiếm tỷ lệ 49,1%; hưu/già chiếm tỷ lệ 49,1%; lao động trí óc chiếm tỷ lệ rất thấp (1,9%).

Về thời gian lọc máu: Thời gian lọc máu chu kỳ trung bình của đối tượng nghiên cứu là $4,84 \pm 3,11$ năm. Tỷ lệ người bệnh lọc máu chu kỳ 10 năm trở lên thấp nhất chỉ chiếm 7,6%; đa số người bệnh có thời gian lọc máu chu kỳ từ 1 đến <5 năm chiếm 45,3%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về bệnh kèm theo của ĐTNC

Biểu đồ 1 cho thấy, người bệnh có bệnh kèm theo là bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,5%, tiếp đến là bệnh viêm gan là 30,2%, xương khớp là 24,5%.

3.2. Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ

3.2.1. Điểm chất lượng cuộc sống SF36 của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Điểm số sức khỏe thể chất của ĐTNC (n = 53)

Lĩnh vực	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất (Min)	Lớn nhất (Max)
Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất	38,40 ± 23,45	0	95
Hạn chế vai trò của thể chất	8,49 ± 21,34	0	100
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn	46,51 ± 21,87	0	77,5
Tự đánh giá sức khỏe tổng quát	16,42 ± 11,41	0	45
Điểm SKTC	27,45 ± 12,45		

Qua bảng 3 ta thấy, với thang đo có tổng điểm là 100, điểm SKTC trung bình là $27,45 \pm 12,45$, trong đó thấp nhất là điểm hạn chế vai trò của thể chất chỉ có $8,49 \pm 21,34$, điểm tự đánh giá sức khỏe tổng quát là $16,42 \pm 11,41$.

Bảng 4. Điểm sức khỏe tinh thần của ĐTNC (n = 53)

Lĩnh vực	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất (Min)	Lớn nhất (Max)
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	52,75 ± 10,23	32	80
Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	5,66 ± 18,18	0	100
Hạn chế do vai trò của tinh thần	49,76 ± 19,69	0	100
Sức khỏe tâm thần tổng quát	33,59 ± 12,76	0	55
Điểm SKTT	35,44 ± 9,69		

Với thang đo có tổng điểm là 100, điểm SKTT trung bình là 35,44 ± 9,69, trong đó cao nhất là điểm sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống 52,75 ± 10,23, thấp nhất là điểm sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội 5,66 ± 18,18.

3.2.2. Điểm chất lượng cuộc sống bệnh thận của ĐTNC

Bảng 5. Điểm số các lĩnh vực liên quan đến vấn đề của bệnh thận (n = 53)

Lĩnh vực	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất (Min)	Lớn nhất (Max)
Các triệu chứng	61,24 ± 20,69	0	95,83
Ảnh hưởng của bệnh thận	26,30 ± 16,03	0	75
Gánh nặng của bệnh thận	15,80 ± 13,24	0	50
Tình trạng công việc	10,38 ± 20,47	0	50
Chức năng nhận thức	56,98 ± 22,44	13,33	100
Chức năng tương tác xã hội	65,41 ± 14,74	26,67	100
Chức năng tình dục	18,40 ± 31,55	0	100
Giấc ngủ	35,94 ± 18,78	2,5	72,5
Hỗ trợ xã hội	69,18 ± 19,17	0	100
Sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu	84,20 ± 17,70	37,5	100
Sự hài lòng của người bệnh	61,32 ± 17,53	33,33	100

Với thang đo có tổng điểm là 100, thấp nhất là điểm số về tình trạng công việc 10,38 ± 20,47; cao nhất là điểm sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu 84,20 ± 17,70; sự hài lòng của người bệnh có điểm trung bình 61,32 ± 17,53.

Bảng 6. Điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC (n = 53)

Lĩnh vực	Điểm trung bình ± Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất (Min)	Lớn nhất (Max)
SF36	31,45 ± 9,86	12,5	58,63
Các vấn đề bệnh thận	45,92 ± 7,98	26,10	61,76
CLCS	38,68 ± 7,57	21,17	55,15

Với tổng điểm 100, người bệnh lọc máu chu kỳ có điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo SF36 là $31,45 \pm 9,86$; điểm trung bình các vấn đề bệnh thận là $45,92 \pm 7,98$; điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung là $38,68 \pm 7,57$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, đa số người bệnh lọc máu chu kỳ là nam giới, chiếm tỷ lệ 54,7%; tỷ lệ người bệnh là nữ giới thấp hơn chiếm 45,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,21/1 (Bảng 2). Sự phân bố về giới của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu: Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền có 52,2% người bệnh là nam giới cao hơn nữ giới (47,8%) [9], nghiên cứu của tác giả Lê Thị Huyền (2016) nam giới chiếm 51,3%, nữ giới chiếm 48,7% [5]. Tỷ lệ nam giới lọc máu chu kỳ cao hơn nữ giới do tiến triển bệnh thận mạn tính của nam cao hơn nữ có thể do lối sống, tác dụng bảo vệ của estrogen hoặc tác hại của testosterone.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 49,1% người bệnh là hưu/già; 49,1% người bệnh lao động chân tay. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vương Tuyết Mai và Hoàng Nam Phong (2015) 41,2% người bệnh là nông dân [10]. Người bệnh lọc máu chu kỳ phụ thuộc rất nhiều vào máy lọc và phải đến bệnh viện 2-3 lần/ tuần nên công việc trở nên bấp

bênh, thậm chí mất việc khi mắc bệnh. Nghề nghiệp cũng ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, người bệnh là nhân viên và lao động tự do có chất lượng cuộc sống tốt hơn những người lao động chuyên nghiệp hoặc người đã nghỉ hưu.

Thời gian lọc máu chu kỳ trung bình của đối tượng nghiên cứu là $4,84 \pm 3,11$ năm. Trong đó đa số người bệnh có thời gian lọc máu chu kỳ từ 1 đến <5 năm chiếm 45,3% (bảng 2). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền, người bệnh có thời gian lọc máu dưới 5 năm chiếm tỷ lệ 41,4% [9]. Thời gian lọc máu chu kỳ dài làm tăng sự xuất hiện các triệu chứng, tăng gánh nặng bệnh thận, giảm điểm số hỗ trợ xã hội, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [11]. Việc có 7,6% người bệnh có thời gian lọc máu trên 10 năm khẳng định phần nào hiệu quả của việc điều trị và chăm sóc người bệnh của đơn nguyên Thận nhân tạo, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có bệnh kèm theo là bệnh tim mạch cao nhất chiếm 75,5%, tiếp đến là bệnh viêm gan là 30,2%, xương khớp là 24,5% (biểu đồ 1). Các bệnh lý kèm theo

chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường, có thể là nguyên nhân dẫn đến suy thận mạn hoặc là biến chứng của suy thận mạn [11].

4.2. Thực trạng CLCS của NB chạy thận nhân tạo chu kỳ

4.2.1. Điểm chất lượng cuộc sống SF-36

Trong nghiên cứu, đánh giá CLCS của người bệnh thông qua việc đo lường các khía cạnh chung về CLCS (SF-36) và các khía cạnh cụ thể về CLCS của người bệnh lọc máu chu kỳ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh lọc máu chu kỳ tại đơn nguyên thận nhân tạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định có điểm CLCS theo SF-36 là $31,45 \pm 9,86$, trong đó điểm số sức khỏe thể chất là $27,45 \pm 12,45$, điểm sức khỏe tinh thần là $35,44 \pm 9,69$. Điểm SF-36 của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Vương Tuyết Mai (37,03) [10] và nghiên cứu của tác giả Sabi K.A (2017) là $(35,58 \pm 15,08)$ [12]. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu: nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền có điểm CLCS theo SF-36 là $42,19 \pm 17,75$, trong đó điểm số sức khỏe thể chất là $32,13 \pm 18,55$, điểm sức khỏe tinh thần là $52,29 \pm 23,4$ [9], nghiên cứu của tác giả Lê Thị Huyền (2016) người bệnh có điểm CLCS SF-36 là $43,6 \pm 11,2$ [4]. Sự khác biệt này có thể do người bệnh lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $55,15 \pm 14,68$ cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền và Lê Thị Huyền, cho thấy người bệnh lọc máu chu kỳ có điểm chất lượng cuộc sống (SF-36) rất thấp.

So sánh điểm sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần trong các nghiên cứu trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy người bệnh có điểm sức khỏe tinh thần cao hơn

điểm sức khỏe thể chất. Điểm SKTT, SKTC trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền lần lượt là $52,29 \pm 23,40$ và $32,13 \pm 18,55$ [9], Lê Thị Huyền lần lượt là $53,2 \pm 13,2$ và $33,9 \pm 13,3$ [5]; nghiên cứu của Abdul Rehman Arshad và các cộng sự (2019) là $46,10 \pm 5,89$ và $33,41 \pm 6,85$ [13]. Lý giải về kết quả này có thể giải thích như sau: người bệnh mắc bệnh mạn tính lâu ngày, sức khỏe thể chất bị suy giảm không chỉ do bệnh thận mà còn do biến chứng của bệnh thận và biến chứng của quá trình lọc máu mang lại. Tuy nhiên, thời gian mắc bệnh lâu nên người bệnh có xu hướng chấp nhận bệnh vì thế nên sức khỏe tinh thần tốt hơn. Vì vậy, để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh lọc máu chu kỳ cần chú ý đến các biện pháp giúp cải thiện sức khỏe thể chất của người bệnh.

4.2.2. Điểm số các vấn đề bệnh thận

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong 11 vấn đề bệnh thận điểm số hỗ trợ của nhân viên lọc máu là $84,20 \pm 17,70$, hỗ trợ xã hội là $69,18 \pm 19,17$, chức năng tương tác xã hội là $65,41 \pm 14,74$, sự hài lòng của người bệnh là $61,32 \pm 17,53$ (bảng 5). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Barbosa, J. B. N. và cộng sự (2017) trong số các vấn đề bệnh thận hỗ trợ của nhân viên lọc máu, chức năng tương tác xã hội, sự hài lòng của người bệnh có điểm số cao hơn, trong khi tình trạng công việc và gánh nặng bệnh thận có điểm số thấp [14].

Điểm số các vấn đề bệnh thận như sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu, chức năng tương tác xã hội và đặc biệt là sự hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Lê Thị Huyền (lần lượt là $68,0 \pm 19,2$, $67,2 \pm 13,5$ và $47,5 \pm 14,1$) [5].

Điểm số tình trạng công việc và gánh nặng bệnh thận thấp hơn rất nhiều kết quả

ngghiên cứu của tác giả Lê Thị Huyền là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn.

Điểm số hỗ trợ xã hội trong nghiên cứu của chúng tôi là $69,18 \pm 19,17$, cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền là $64,44 \pm 14,61$ [9] và của tác giả Lê Thị Huyền ($54,6 \pm 15,5$) [5]. Ở Việt Nam, người bệnh lọc máu chu kỳ được nhận sự hỗ trợ rất nhiều từ các chính sách của Nhà nước như người bệnh không có thu nhập được hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội và thẻ Bảo hiểm y tế 100% để giảm bớt gánh nặng trong việc điều trị.

Điểm số chức năng tinh dục tương đối thấp là $18,40 \pm 31,55$. Rối loạn chức năng tinh dục ảnh hưởng xấu đến nhận thức về sức khỏe của người bệnh [15], vì vậy cần có biện pháp can thiệp để cải thiện nhận thức về sức khỏe cho người bệnh.

Điểm số chất lượng giấc ngủ trong nghiên cứu của chúng tôi là $35,94 \pm 18,78$ tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền là $37,89 \pm 22,1$ [9], thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Huyền ($49,8 \pm 13,4$) [4]. Điểm số giấc ngủ thấp là do người bệnh chạy thận nhân tạo thường có các triệu chứng như đau, ngứa, da khô,... làm ảnh hưởng đến giấc ngủ [16]. Do đó muốn cải thiện điểm số giấc ngủ cần có các biện pháp làm giảm triệu chứng gặp phải cho người bệnh.

4.2.3. Điểm CLCS bệnh thận theo KDQOL-SFTM

Đo lường chất lượng cuộc sống bằng cách sử dụng KDQOL-SF36TM cho thấy người bệnh có điểm trung bình chất lượng cuộc sống là $38,68 \pm 7,57$ (bảng 6). Sở dĩ điểm chất lượng cuộc sống thấp là do điểm số chức năng hoạt động thể chất rất thấp ($27,45 \pm 12,45$) khiến cho người bệnh mất

dần khả năng hoạt động độc lập và cần sự chăm sóc toàn diện sẽ khiến cho cuộc sống không đáng để sống; người bệnh lo lắng trở thành gánh nặng của gia đình và nhiều triệu chứng của bệnh thận xuất hiện như đau, mệt mỏi,... Điều này cho thấy, chất lượng cuộc sống của người bệnh lọc máu chu kỳ rất thấp. Vì vậy trong quá trình chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần có các giải pháp can thiệp giúp người bệnh có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Hemmati và cộng sự chất lượng cuộc sống lần lượt là $56,94 \pm 19,88$, $55,45 \pm 18,73$, $51,73 \pm 11,30$ [17]. Lý giải về kết quả này có thể giải thích như sau: chất lượng cuộc sống của người bệnh trong nghiên cứu này cao hơn có thể do người bệnh có tuổi đời trẻ hơn, trình độ học vấn cao hơn, thu nhập tốt hơn; người bệnh càng lớn tuổi thì chức năng thể chất càng suy giảm và nhiều biến chứng có thể xảy ra trong quá trình lọc máu chu kỳ, người bệnh lớn tuổi khả năng tham gia các hoạt động xã hội cũng sẽ kém hơn dẫn đến chất lượng cuộc sống thấp hơn.

5. KẾT LUẬN

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo SF36 rất thấp ($31,45 \pm 9,86$ trên tổng số 100 điểm), trong đó điểm trung bình sức khỏe thể chất rất thấp $27,45 \pm 12,45$, điểm trung bình sức khỏe tinh thần cao hơn $35,44 \pm 9,69$.

Điểm trung bình các vấn đề bệnh thận là $45,92 \pm 7,98$ trên tổng số 100 điểm), trong đó thấp nhất là điểm tình trạng công việc $10,38 \pm 20,47$ cao nhất là điểm sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu $84,20 \pm 17,70$.

Điểm chất lượng cuộc sống chung thấp ($38,68 \pm 7,57$ trên tổng số 100 điểm).

Do hạn chế về thời gian, kinh tế, nguồn lực và diễn biến tình hình dịch COVID-19 nên nhóm nghiên cứu lấy mẫu thuận tiện không theo quy tắc xác suất, chỉ theo thứ tự trước sau trong thời gian nghiên cứu nên chưa mang tính đại diện cho dân số chung.

Nội dung giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu mới chỉ dừng ở việc tư vấn, hướng dẫn người bệnh về kiến thức, chưa có các biện pháp can thiệp thực hành như: hỗ trợ suất ăn bệnh lý, chương trình tập luyện trong thời gian chạy thận nhân tạo, các biện pháp hỗ trợ xã hội,

Số lượng người bệnh trong nghiên cứu tương đối ít và chỉ đề cập đến người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ nên những phát hiện có thể không khái quát đối với các nhóm người bệnh khác.

Từ kết quả nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị sau:

- Đơn nguyên Thận nhân tạo cần phân bổ lại nguồn nhân lực hợp lý, đặc biệt quan tâm hỗ trợ các người bệnh nặng. Phối hợp chặt chẽ với gia đình người bệnh hỗ trợ người bệnh trong sinh hoạt hằng ngày và động viên tinh thần.

- Cần tiếp tục mở rộng phạm vi và thời gian nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có cơ sở đánh giá hiệu quả của can thiệp giáo dục sức khỏe trong thời gian dài hơn, từ đó xây dựng kế hoạch tư vấn, giáo dục sức khỏe phù hợp cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khánh Trạch (2008). *Điều trị học nội khoa*, tập 2, NXB Y học, Hà Nội.

2. World Kidney Day (2015), *Chronic Kidney Disease*, Availble at: <<http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease>> [Accessed 30 September 2021].

3. Dung Nguyen H. (2015). More people suffer from chronic kidney diseases, Viet nam news, The national english language daily, <https://vietnamnews.vn/society/269343/more-people-suffer-from-chronic-kidney-diseases.html>, accessed 26/7/2018.

4. Tsay SL, Lee YC, Lee YC, (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs*, 50, 39-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03347.x

5. Lê Thị Huyền (2016). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới năm 2016. *Khoa học điều dưỡng*, 1(2), tr. 58-65.

6. Thenmozhi P (2018). Quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Asian J Pharm Clin Res*, 11(4), p. 219-223. DOI:10.22159/ajpcr.2018.v11i4.24007

7. Bakarman M. A, Felimban M. K, Atta M. M & et al (2019). The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 40(1), p. 66-71. doi: 10.15537/smj.2019.1.23401

8. Hays R.D, Kallich J.D, Mapes D.L & et al (1997). Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF), Version 1.3: a manual for use and scoring. *Santa Monica, CA: Rand*, 39.

9. Nguyễn Thị Thu Hiền (2020). Tác động của giáo dục sức khỏe đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020, *Luận văn thạc sĩ Điều dưỡng*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

10. Vương Tuyết Mai và Hoàng Nam Phong (2015). Ảnh hưởng một số yếu tố đến

chất lượng cuộc sống bệnh nhân thận giai đoạn cuối chưa điều trị thay thế thận. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 19(4), tr. 412-418.

11. Başer E và Mollaoğlu M (2019). The effect of a hemodialysis patient education program on fluid conpol and dietary compliance. *Hemodialysis International*, 23(3), p. 392-401. doi: 10.1111/hdi.12744

12. Sabi K.A, B. Noto-Kadou-Kaza, E. Y. Amekoudi & et al (2017). Quality of life of hemodialysis patients in Togo: A single-center study on 64 hemodialysis patients at the Sylvanus Olympio University Hospital in Lome, Togo. *Saudi J Kidney Dis Panspl*, 28(3), p. 609-614. doi: 10.4103/1319-2442.206463

13. Arshad A.R, Khan G, Amjad Z & et al (2019). Predicting quality of life in haemodialysis patients. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 69(1), p. 175-81.

14. Barbosa J.B.N., Moura E.C.S.C.d, Lira C.L.O.B.d & et al (2017). Quality of life and duration of hemodialysis in patients with chronic kidney disease (CKD): a

cross- sectional study. *Fisioterapia em Movimento*, 30(4), p. 781-788. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.AO13>

15. Sabanciogullari Selma, Yılmaz Feride Taşkın, Güngör Fadime Ilke & et al (2015). Sexual function in patients with chronic renal failure on hemodialysis and its effects on patients' perception of health and life satisfaction. *Sexuality and Disability*, 33(2), p. 175-186. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9398-4>

16. Wang Raoping, Chunyuan Tang, Xiaofan Chen & et al (2016). Poor sleep and reduced quality of life were associated with symptom dispess in patients receiving maintenance hemodialysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), p. 125. doi: 10.1186/s12955-016-0531-6

17. Hemmati M.M. và Shams S. (2015). A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *International journal of community based nursing and midwifery*, 3(3), p. 234-243.