

Đề tài nghiên cứu

HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TỰ QUẢN LÝ BỆNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

1. **TS. Đặng Trần Ngọc Thanh**
2. PGS.TS. Wannee Deoisres, ĐH Burapha
3. PGS.TS. Pawana Keeratiyutawong, ĐH Burapha
4. GS.TS. Linda Baumann, ĐH Wisconsin-Madison

Bảng 1: Ước tính tỷ lệ ĐTĐ trên người bệnh trong độ tuổi 20-79 tuổi trong năm 2010 và 2030

Country	Prevalence (%) adjusted to				Numbers of adults with diabetes (000s)		Mean annual increment (000s)
	World population		National population		2010	2030	
	2010	2030	2010	2030			
Asia							
Bangladesh	6.6	7.9	6.1	7.4	5,681	10,423	237
Cambodia	5.2	6.5	4.3	5.6	354	724	19
China	4.2	5.0	4.5	5.8	43,157	62,553	970
Dem. Rep. of Korea	5.3	6.2	5.7	6.8	943	1,256	16
India	7.8	9.3	7.1	8.6	50,768	87,036	1813
Indonesia	4.8	5.9	4.6	6.0	6,964	11,980	251
Japan	5.0	5.9	7.3	8.0	7,089	6,879	-11
Malaysia	11.6	13.8	10.9	13.4	1,846	3,245	70
Myanmar	3.2	4.3	2.8	4.3	922	1,755	42
Nepal	3.9	5.2	3.3	4.2	511	1,070	28
Philippines	7.7	8.9	6.7	7.8	3,398	6,164	138
Republic of Korea	7.9	9.0	9.0	11.4	3,292	4,323	52
Sri Lanka	10.9	13.5	11.5	14.9	1,529	2,158	31
Taiwan	7.5	8.5	5.7	6.8	816	1,232	21
Thailand	7.1	8.4	7.7	9.8	3,538	4,956	71
Viet Nam	3.5	4.4	2.9	4.4	1,647	3,415	88

Tỷ lệ bệnh ĐTĐ ở các vùng nông thôn khoảng 3% đến 6,8% [4], [5], nhưng ở các thành phố tỷ lệ này cao hơn đáng kể [21].

ĐẶT VẤN ĐỀ ⁽²⁾

WHO (2008): ĐTD là nguyên nhân đứng thứ 9 gây ra tử vong ở các nước có kinh tế trung bình và thứ 7 ở các nước có kinh tế cao [24]

Causes	Total deaths	Deaths as a percentage of total	Communicable (CD) or Non Communicable (NCD) Disease
<i>All causes</i>	515,000	100%	-
Ischaemic Heart Disease	66,000	13%	NCD
Cerebrovascular Disease	58,000	11%	NCD
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	41,000	8%	NCD
Lower Respiratory Infections	26,000	5%	CD
Tuberculosis	19,000	4%	CD
Perinatal Conditions	18,000	4%	CD
Diabetes	12,000	2%	NCD
Road traffic accidents	12,000	2%	NCD
Stomach Cancer	12,000	2%	NCD
Diarrhoeal diseases	10,000	2%	CD
<i>Non Communicable Diseases (from Top 10 causes)</i>	201,000	39%	<i>NCD</i>

ĐẶT VẤN ĐỀ ⁽³⁾

- Tại Việt Nam, BN ĐTĐ không kiểm soát được ĐH: thiếu kiến thức, thái độ tiêu cực về bệnh ĐTĐ, không tuân thủ chế độ điều trị và không thay đổi lối sống [18] [19].
- Một số NC can thiệp tại VN: ↑ kiến thức, thái độ, thực hành và ↓ ĐH [3], [6], [13], [22].
- Tự quản lý bệnh được coi là nền tảng trong chăm sóc và điều trị bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên, theo thời gian BN ĐTĐ thường không chủ động tiếp tục tự quản lý bệnh của mình. Vì vậy, các chương trình can thiệp nên cung cấp các loại hỗ trợ để giúp BN duy trì khả năng tự quản lý bệnh ĐTĐ [11]

ĐẶT VẤN ĐỀ ⁽⁴⁾

5

- Theo TCYTTG, còn nhiều tranh cãi đâu là giải pháp tốt nhất để hỗ trợ BN tự quản lý bệnh [23].
- Y văn: NVYT có vai trò hỗ trợ BN trong việc thay đổi hành vi nhằm tăng cường sức khỏe thì những người cùng chung cảnh ngộ mắc bệnh ĐTĐ lại có khả năng hỗ trợ các BN ĐTĐ khác về mặt tâm lý xã hội về lâu về dài [12].
- Hỗ trợ đồng đẳng (peer support): Điện thoại, nhắn tin, họp nhóm, thăm nhà, gặp trực tiếp cá nhân. Trong đó, điện thoại là một trong những biện pháp đã được chứng minh có hiệu quả ở các nước đang phát triển [16].

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá hiệu quả chương trình hỗ trợ BN ĐTĐ tít 2 tự quản lý bệnh tại Bệnh Viện Nhân Dân 115 nhằm nâng cao hành vi tự chăm sóc sức khỏe, sự tự tin khi bị bệnh ĐTĐ, sự hỗ trợ xã hội, và cải thiện HbA1c sau 3 và 6 tháng can thiệp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 7

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng

Đối tượng: BN ĐTĐ típ 2 khám ngoại trú tại phòng khám nội tiết, Bệnh viện nhân dân 115

Cỡ mẫu: Lực thống kê = .8 , $\alpha = .05$, ES = trung bình. Do đó, 51 BN cho mỗi nhóm (can thiệp/ đối chứng)



Hình 1: Phòng khám nội tiết ngoại trú, Bệnh viện nhân dân 115

TIÊU CHÍ CHỌN MẪU

8

BN nhóm can thiệp/đối chứng

1. ≥ 30 tuổi
2. Chẩn đoán bị ĐTĐ típ 2
4. Sử dụng thuốc hạ đường huyết bằng đường uống
5. **HbA1c 3 tháng gần nhất $> 7\%$**
6. Có điện thoại di động/nhà
7. Nhận thức tốt, viết đọc nói tốt
8. Không có biến chứng nặng như suy tim, suy thận giai đoạn cuối

BN đóng vai trò làm người tư vấn sức khỏe (**peer leader**)

Tương tự BN nhóm can thiệp, ngoài trừ

HbA1c 3 tháng gần nhất $\leq 7\%$ và có kỹ năng giao tiếp tốt + sẵn sàng giúp đỡ người khác

Tiêu chí loại:

- Không hoàn tất 3 buổi giáo dục sức khỏe theo nhóm
- Không hoàn tất các bộ câu hỏi khảo sát

142 BN ĐTĐ típ 2 đủ tiêu chí được chọn
Ký vào bản đồng thuận tham gia NC và hoàn tất bộ câu hỏi

102 BN Đồng ý tham gia và được phân nhóm ngẫu nhiên

Nhóm can thiệp
(n=51) + 20 peer leader

Nhóm chứng
(n=51)

Tại bệnh viện

- Khám bệnh thường quy mỗi tháng
- 4 buổi GDSK theo nhóm (1 buổi/tuần)

Tại bệnh viện

- Khám bệnh thường quy mỗi tháng
- 1 quyển sách hướng dẫn thay đổi lối sống

T1: Đo lường lần 1
(n=47)+17 peer leader

T1: Đo lường lần 1
(n=50)

Tư vấn qua Điện thoại bởi peer leader
Mỗi tuần/lần trong 2 tháng

T2: 3 tháng sau

[(n = 44) + 17 peer leader]

-Thảo luận và chia sẻ kinh nghiệm

Tư vấn qua điện thoại bởi peer leader:
2 tuần/lần trong 3 tháng

T3: 6 tháng sau

[(N =42) + 17 peer leader]

thảo luận nhóm

T2: 3 tháng sau (n =47)

Thảo luận về quyển sách hướng dẫn

T3: 6 tháng sau (n =44)

Thảo luận về quyển sách hướng dẫn

CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP

10

IDF(2009) [15], ADA(2005) [1], and Học thuyết Nhận Thức Xã Hội [2]

1/ 4 buổi GDSK: tăng kiến thức, sự tự tin và hành vi tự chăm sóc

- Buổi 1: 1) Kiến thức cơ bản về ĐTĐ ; 2) SMBG
- Buổi 2: 1) Thuốc; 2) ăn uống
- Buổi 3: 1) Hoạt động thể lực; 2) Biện chứng
- Buổi 4: 1) QL stress, 2) biện pháp tìm kiếm sự giúp đỡ từ người khác, và 3) Vai trò người tư vấn (peer leader) và BN nhóm can thiệp (peer partner)

2/ Hỗ trợ bằng điện thoại bởi trưởng nhóm (peer leader) trong 05 tháng : đưa ra lời khuyên, động viên, hỗ trợ người bệnh ĐTĐ trong quản lý bệnh ĐTĐ

Frame work		Demonstration by strategies	11
Self-efficacy	Performance accomplishment	<ul style="list-style-type: none"> -Patients gained knowledge of diabetes and diabetes self-management by group assignment. -Patients immediate practiced skills (e.g SMBG, food selection, exercise, foot care, <u>communicate skill...</u>) -Patients set achievable goal -Researcher gave feedback to patient's goal 	
	Vicarious experience (modeling)	<ul style="list-style-type: none"> -Learned role model of person with T2DM in the DVD - Learned role model from a case study in the booklet -Shared stories of success and challenge in diabetes self-management among patients. -Researcher and patients demonstrated diabetes skills 	
	Verbal persuasion	<ul style="list-style-type: none"> - Discussed benefits of diabetes self-management by asking opened end question and active listening. - Provided verbal encouragement for patient 	
	Emotional feedback	<ul style="list-style-type: none"> - Discussed strategies to deal with stress. - Learning environment was free of stress. 	

TƯ VẤN HỖ TRỢ QUA ĐIỆN THOẠI (1)

12

- **Sổ ghi chép nhật ký các cuộc gọi:** Thời gian, ngày, ai gọi trước
- **BN nhóm can thiệp (Peer partner):** ghi chú mục tiêu hành vi cần thay đổi trong tuần, những thay đổi đã đạt được, tâm trạng, nhận xét về sự giúp đỡ của trưởng nhóm
- **BN làm trưởng nhóm (Peer leader):** ghi chú chủ đề thảo luận, động viên peer partner đi tái khám đúng hẹn, kế hoạch gọi lần sau
- **Nhiệm vụ:** peer leaders gọi partners mỗi tuần/lần trong 2 tháng đầu , sau đó 2 tuần/lần 3 tháng kế tiếp
- **Nghiên cứu viên** gọi trưởng nhóm mỗi tháng để hỗ trợ và hướng dẫn trưởng nhóm nếu gặp khó khăn

KẾT QUẢ MONG ĐỢI

13

Chỉ số đo lường	Lần 1 (pre-test)	3 và 6 tháng sau can thiệp
Đo lường thể chất:	Cân nặng (kg), chiều cao(cm), huyết áp (mmHg), vòng eo(cm), HbA1c (%).	BMI, HA, vòng eo, HbA1c
Thông tin cá nhân:	BCH: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh tiểu đường, và loại thuốc BN đang được dùng.	
Sự hỗ trợ xã hội khi mắc bệnh ĐTĐ	BCH “DSS” gồm 12 câu khảo sát về 03 khía cạnh: hỗ trợ về cảm xúc, đưa ra lời khuyên , và cung cấp thông tin	DSS
Sự tự tin vào khả năng quản lý bệnh ĐTĐ	BCH “DMSES” gồm 15 câu đo lường sự tự tin trên 5 lĩnh vực ăn uống , tập thể dục, theo dõi đường huyết, chăm sóc bàn chân, uống thuốc và tái khám theo y lệnh của Bác sĩ .	DMSES
Bộ câu hỏi đo lường hành vi tự chăm sóc sức khỏe của BN ĐTĐ	BCH “SDSCA” gồm 10 câu đo lường hành vi ăn uống, tập thể dục, kiểm soát đường huyết, chăm sóc bàn chân, uống thuốc.	SDSCA

Sổ ghi chép nhật ký các cuộc gọi của peer leaders và peer partners

PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

14

- Thống kê mô tả, phép kiểm chi bình phương, t-test, Repeated measures ANOVA.
- Sổ ghi chép nhật ký các cuộc gọi: mô tả

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Table1: The demographic and physiological characteristics of two groups at the baseline

Characteristics	Intervention group		Control group		χ^2	p -value
	n	%	n	%		
Sex					.000	.98
Male	19	45.2	20	45.5		
Female	23	54.8	24	54.5		
Education					.861	.93
Primary school	2	4.8	2	4.5		
Secondary	8	19	7	15.9		
High school	11	26.2	15	34.1		
Diploma	8	19	9	20.5		
College/University	13	31	11	25		
Marital status					.803	.84
Single	5	11.9	5	11.4		
Widower/widow	3	7.1	5	11.4		
Divorced	1	2.4	2	4.5		
Married	33	78.6	32	72.7		
Occupation					1.412	.92
Sales/Business	2	4.8	3	6.8		
Officer	7	16.7	8	18.2		
Labor	1	2.4	1	2.3		
Home-maker	3	7.1	6	13.6		
Retired/ unemployed	25	59.5	22	50.0		
Others	4	9.5	4	9.1		

*Significance at $p < .05$

Table 2: The demographic and physiological characteristics of two groups at the baseline
(continued)

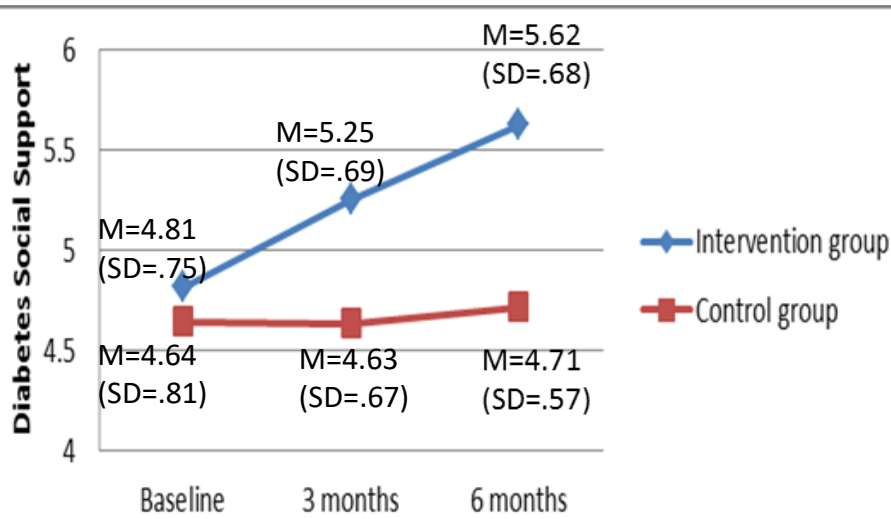
Characteristics	Intervention group		Control group		t test	p -value
	Mean	SD	Mean	SD		
Age	61.5	7.36	61.2	6.72	.165	.86
Duration of disease	8.71	5.518	8.07	4.02	.049	.96
Systolic BP	136.43	11.004	135.23	9.76	.536	.59
Diastolic BP	77.38	9.386	80.91	11.37	-1.565	.12
BMI	24.02	2.38	23.12	2.69	1.648	.10
WC	88.10	4.757	86.45	5.939	1.410	.16

*Significance at $p < .05$

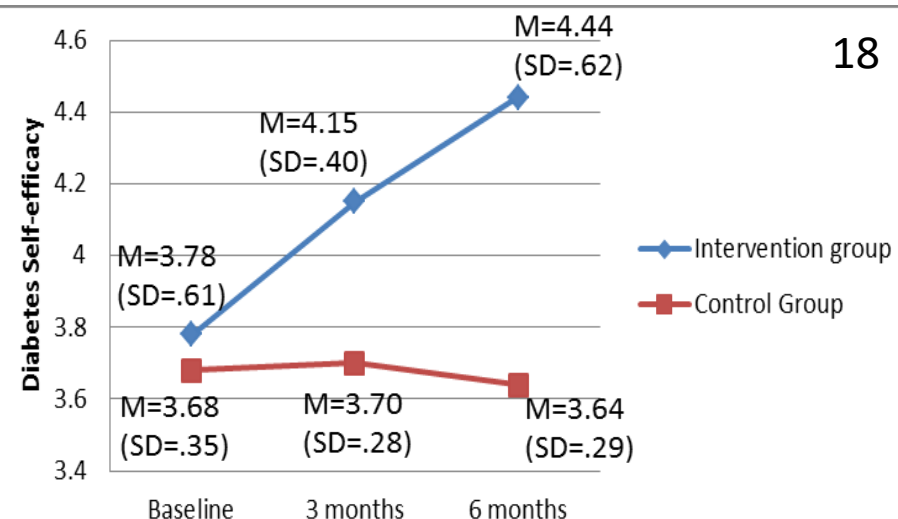
Table 3: Outcome variables between two groups at the baseline

Outcome variables	Intervention group		Control group		t test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
Diabetes social support	4.81	.75	4.64	.81	.991	.324
Diabetes self-efficacy	3.78	.61	3.68	.35	.973	.334
Diabetes self-care Behaviors	4.37	1.06	4.44	1.01	-.309	.758
HbA1c	7.96	.67	7.85	.34	.928	.357

*Significance at $p < .05$

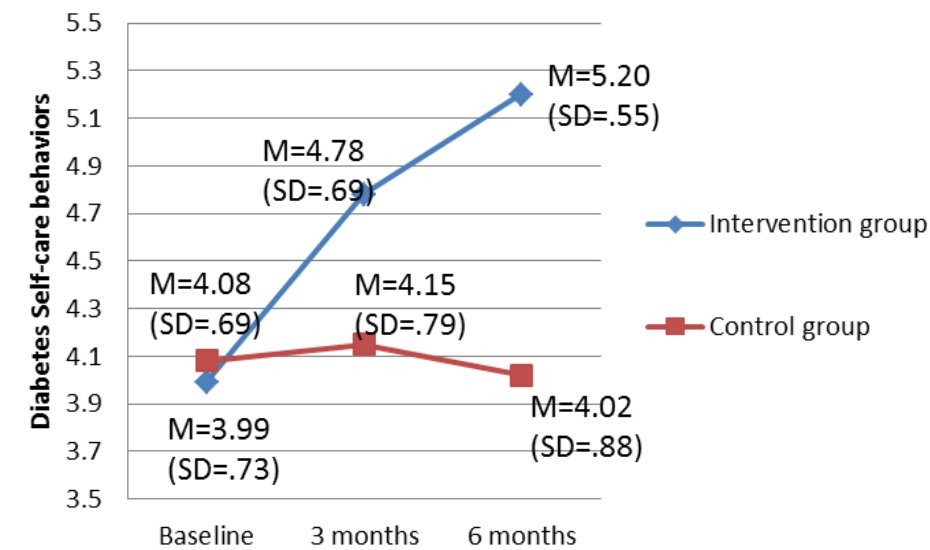


Baseline: $t = .991$, $p > .05$; **3 months:** $t = 4.094$, $p < .05$; **6 months:** $t = 6.735$, $p < .05$

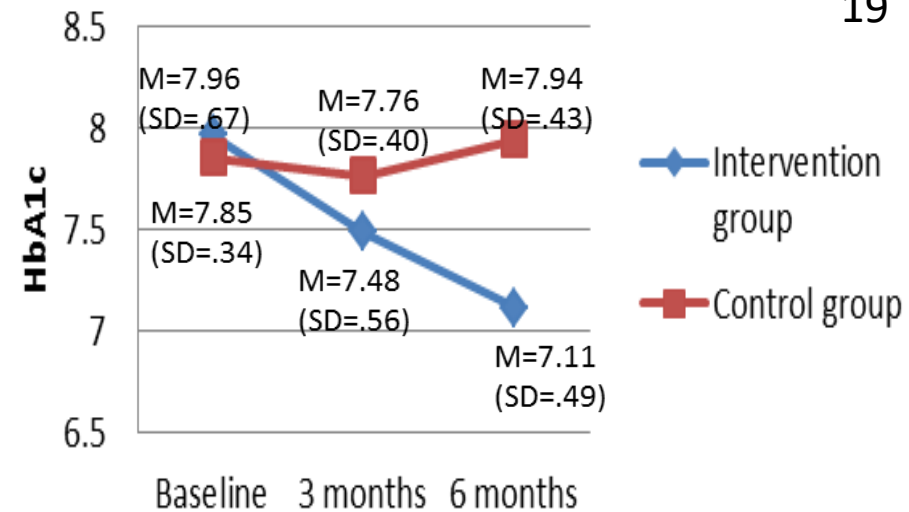


Baseline: $t = .973$, $p > .05$; **3 months:** $t = 5.859$, $p < .05$; **6 months:** $t = 7.517$, $p < .05$

- ❑ Chương trình GDSK theo nhóm có sự hỗ trợ của các trưởng nhóm là BN ĐTĐ giúp BN trong nhóm can thiệp cải thiện sự nhận thức về hỗ trợ xã hội sau 3 tháng can thiệp (Huixia, 2008 [14]; Simmons et al., 2009 [20])
- ❑ Có sự cải thiện về sự tự tin của người bệnh ĐTĐ trong nhóm can thiệp (có sự hỗ trợ của BN cùng bị ĐTĐ) sau 3 tháng (Faridi et al., 2008) [10] và 6 tháng can thiệp (Dale, 2007 [8], Sacco et al., 2009 [19]).



Baseline: $t = -.552$, $p > .05$; **3 months:** $t = 3.634$, $p < .05$; **6 months:** $t = 7.468$, $p < .05$



Baseline: $t = .928$, $p > .05$; **3 months:** $t = -2.621$, $p < .05$; **6 months:** $t = -7.024$, $p < .05$

- ❑ Hành vi tự chăm sóc của BN ĐTĐ trong nhóm can thiệp (nhận được sự hỗ trợ của BN đồng đẳng) cải thiện sau 3 tháng (Faridi et al., 2008 [10]; Huixia, 2008 [14]), và 6 tháng can thiệp (Decoster & George, 2005 [9]; Wu et al., 2011 [25]).
- ❑ Các chương trình tư vấn qua điện thoại giúp BN ĐTĐ cải thiện HbA1c sau 6 tháng theo dõi (David et al., 2013 [7]; Liang et al., 2011 [17])

Kết quả từ sổ ghi chép nhật ký cuộc gọi

- Mỗi trưởng nhóm gọi cho 2 BN trong nhóm can thiệp
- Mỗi BN trong nhóm can thiệp nhận được trung bình 6.51 cuộc gọi (1–15 cuộc, S.D. = 3.62).
- Mỗi cuộc gọi kéo dài trung bình 13.59 phút (5–42.5 phút, S.D. = 8.8 phút), và cuộc gọi đầu tiên kéo dài trung bình 14.42 phút
- Tổng thời gian cuộc gọi trung bình là 90.12 phút (5–250 phút, S.D. = 67.74).

Kết quả từ sổ ghi chép nhật ký cuộc gọi của peer partners

1. Xây dựng mục tiêu thay đổi hành vi

“Gạo lứt thì rất khó ăn và tôi thì không thích ăn rau, tuy nhiên tôi phải cố gắng ăn từ từ để kiểm soát tốt đường huyết”

2. Nhận thức về rào cản

“Vấn đề là tôi có quá nhiều sinh nhật và đám cưới mà tôi không thể từ chối được. Do đó, tôi phải cố gắng nhiều hơn nữa”

3. Tâm trạng BN ổn định hơn, nhưng...

“Tôi thấy áp lực vì tôi phải suy nghĩ cẩn thận và lựa chọn thức ăn phù hợp cho sức khỏe của tôi”

4. Nhận thức peer leaders như là người hỗ trợ tốt

“Chú ấy gửi cho tôi 1 tấm hình và 1 bưu thiếp chúc mừng năm mới, chú ấy quá tốt với tôi”

Kết quả từ sổ ghi chép nhật ký cuộc gọi của peer leaders

1. Hỗ trợ một số hoạt động hàng ngày

Tình trạng sức khỏe, hành vi tự chăm sóc, thiết lập mục tiêu, các rào cản và những thay đổi peer partners đã làm được

2. Hỗ trợ về cảm xúc và tin thần

“Ông F nói rằng ông ấy đi tái khám hôm nay và HbA1c đã giảm từ 8.2% xuống 6.9%. Ông ấy thấy rất vui và tôi cũng vậy. Tôi đã chúc mừng ông ấy”

3. Kết nối với hệ thống y tế

“Tôi khuyên ông ấy đi tái khám đúng hẹn”

4. Hỗ trợ liên tục

Thăm viếng nhau tại nhà, gặp nhau tại BV.....

KẾT LUẬN

- So với nhóm chứng, BN ĐTĐ típ 2 trong nhóm can thiệp đã cải thiện nhận thức về sự hỗ trợ xã hội, sự tự tin khi bị bệnh ĐTĐ, hành vi tự chăm sóc sức khỏe và HbA1c sau 3 và 6 tháng can thiệp ($F_{2,168} = 16.53$; $F_{2,168} = 23.87$; $F_{2,168} = 43.45$; and $F_{2,168} = 41.39$, $p = .000$, lần lượt).

KIẾN NGHỊ

Thực hành

- Peer leaders có thể phối hợp với ĐD để hỗ trợ, động viên BN ĐTĐ

Giáo dục

- Xây dựng chương trình tập huấn sinh viên ĐD về biện pháp tự quản lý bệnh mãn tính như ĐTĐ

Quản lý

- Tập huấn cho NVYT về vấn đề quản lý bệnh mãn tính

1. ADA (2010). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 33(1), 11-61
2. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psych*, 52, 1–26.
3. Binh, T. V. (2005). Effectiveness of eating habit and physical activity on glucose intolerance health practice newspaper. *National Health Research*, 784–790.
4. Binh, T. V., Uoc, H. K., Hung, N. M., & Hung, M. T. (2007). The prevalence of diabetes and blood sugar in patient at risk with diabetes in Cao Bang province. Paper presented at the 3rd National Conference of Endocrinology, Hanoi, Vietnam.
5. Chien, V. H. (2007). Understanding the relationship between factors risk with the incidence of type 2 diabetes in some parts of Thai Binh province. Paper presented at the 3rd National Conference of Endocrinology, Hanoi, Vietnam.
6. Dung, N. T. N. (2008). Pilot of a diabetic club in Ho Chi Minh City. Science and Technology Information. Retrieved from <http://www.cesti.gov.vn/content/view /1665/461/>
7. David, H. T., Amireh, G., Danielle, H., Diana, D. V., Ellen, C., Thomas, A. B., et al. (2013). Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: A randomized Ccontrolled trial. *Annual Family Medicine*, 11, 137-144.
8. Dale, J., Caramlau, I., Docherty, A., Sturt, J., & Hearnshaw, H. (2007). Telecare motivational interviewing for diabetes patient education and support: A randomised controlled trial based in primary care comparing nurse and peer supporter delivery. *Trials*, 28(8), 1-18.
-
24. WHO. (2008). The 10 leading causes of death by broad income group in 2004. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs310/en/index.html>.
25. Wu, S-F. V., Lee, M-C., Liang, S-Y., Lu, Y-Y., Wang, T-J., & Tung, H-H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*, 13, 335-343.



Email: thanhpntu@gmail.com