DOI: 10.58490/ctjump.2026i96.4249

KHẢO SÁT SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU KHI XUẤT VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2025

Nguyễn Thùy Tuyết Minh*, Nguyễn Hồng Hà, Lương Thanh Điền
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: minhnguyenthuy99@gmail.com*
Ngày nhận bài: 06/01/2026
Ngày phản biện: 14/02/2026
Ngày duyệt đăng: 25/3/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Nhồi máu não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Sau xuất viện, tuân thủ điều trị giữ vai trò quan trọng trong phòng ngừa tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống, tuy nhiên bệnh nhân Đồng bằng sông Cửu Long còn gặp nhiều rào cản tiếp cận chăm sóc.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Khảo sát tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Nhồi máu não sau xuất viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.* ***Đối tượng và phương pháp:*** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân ≥18 tuổi (03–06/2025), sử dụng thang MMAS-8, SS-QoL, EQ-5D-5L và Barthel Index. Phân tích bằng SPSS với p<0,05.* ***Kết quả:*** *50% bệnh nhân tuân thủ điều trị cao; tái khám đúng hẹn, phục hồi chức năng và tư vấn dược liên quan có ý nghĩa đến chất lượng cuộc sống (p<0,01). Chất lượng cuộc sống trung bình 2,8±0,6; thấp nhất ở sinh hoạt, chức năng tay và hoạt động thể chất. Tuân thủ thuốc, Phục hồi chức năng và hiểu biết bệnh là yếu tố dự báo độc lập cho chất lượng cuộc sống.* ***Kết luận:*** *Tái khám đúng hẹn, phục hồi chức năng và tư vấn dược liên quan có ý nghĩa đến chất lượng cuộc sống.*

Từ khóa: *Nhồi máu não, tuân thủ điều trị, CLCS, SS-QoL, EQ-5D-5L, MMAS-8.*

ABSTRACT

TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE AMONG ISCHEMIC STROKE PATIENTS AFTER HOSPITAL DISCHARGE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Nguyen Thuy Tuyet Minh*, Nguyen Hong Ha, Luong Thanh Dien
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: *Ischemic stroke is a leading cause of mortality and disability. After discharge, treatment adherence plays a crucial role in preventing recurrence and improving quality of life (QoL); however, patients in the Mekong Delta face significant barriers to continuous care.* ***Objective:*** *To assess TA and QoL among post-discharge patients with IS at Can Tho Central General Hospital.* ***Materials and methods:*** *A cross-sectional study was conducted among 80 patients aged 18 years or older between March and June 2025. Data were collected using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), Stroke-Specific Quality of Life scale (SS-QoL), EQ-5D-5L, and Barthel Index. Statistical analysis was performed using SPSS with a significance level of p<0.05.* ***Results****: High treatment adherence (MMAS-8 score = 8) was observed in 50% of patients, while 31.3% had moderate adherence (MMAS-8 score 6–7) and 18.7% had low adherence (MMAS-8 score <6). Scheduled follow-up visits, rehabilitation (RH), and pharmacist counseling were significantly associated with higher QoL (p<0.01). The mean overall QoL score was 2.8±0.6, with the lowest scores in daily activities, hand function, and physical activity. Medication adherence, participation in RH, and disease knowledge were independent predictors of QoL.* ***Conclusion:*** *Scheduled follow-up visits, rehabilitation and pharmacist counseling were significantly associated with higher QoL.*

Keywords: *Ischemic stroke, treatment adherence, quality of life, SS-QoL, EQ-5D-5L, MMAS-8.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não (NMN) để lại di chứng vận động, ngôn ngữ, nhận thức và tâm lý kéo dài, ảnh hưởng sâu sắc Chất lượng cuộc sống (CLCS) [1]. Sau giai đoạn cấp, tái khám đúng hẹn và Phục hồi chức năng (PHCN) có vai trò quyết định trong giảm tái phát và phục hồi chức năng [2]. Tuy nhiên, tại Đồng bằng sông Cửu Long, khoảng cách địa lý, chi phí đi lại và hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế làm suy giảm hiệu quả chăm sóc liên tục [3]. Bằng chứng trong nước chủ yếu tập trung giai đoạn cấp, còn thiếu nghiên cứu đánh giá đồng thời CLCS sau xuất viện ở bệnh viện tuyến cuối vùng [4]. Nghiên cứu này nhằm lấp khoảng trống đó và đề xuất giải pháp can thiệp khả thi theo bối cảnh địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Xác định chẩn đoán đột quỵ não và phân loại đột quỵ não theo hướng dẫn của tài liệu " Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não" (2020); Tiêu chuẩn về lâm sàng: Bệnh nhân có dấu hiệu thần kinh (khu trú hoặc lan tỏa) hoặc rối loạn ý thức đơn độc hoặc phối hợp xuất hiện đột ngột, đã loại trừ các nguyên nhân chấn thương, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa và các nguyên nhân khác; Tiêu chuẩn về cận lâm sàng: Có hình ảnh tổn thương Nhồi máu não cấp trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc cộng hưởng từ sọ não (MRI) phù hợp với biểu hiện lâm sàng; Sau xuất viện 3-5 tuần.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Không chọn người bệnh vào nhóm nghiên cứu: Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu; Người bệnh rối loạn ý thức không thực hiện được trắc nghiệm; Người bệnh có sa sút trí tuệ mức độ nặng trước khi bị nhồi máu não; Người bệnh có rối loạn nhận thức nặng theo hồ sơ bệnh án.; Người bệnh có tiền sử rối loạn tâm thần từ trước khi bị nhồi máu não; Người bệnh đã được chẩn đoán xuất huyết não; Đột quỵ tái phát trong thời gian tuyển mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu:** 80
- **Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn.
- **Nội dung nghiên cứu:** Thông tin được thu thập qua hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp. Bộ công cụ MMAS-8 được sử dụng để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị, bổ sung thêm các chỉ báo hành vi như tái khám đúng hẹn, tham gia phục hồi chức năng và tuân thủ chế độ sinh hoạt. Chất lượng cuộc sống được lượng giá bằng thang SS-QoL với 12 miền chức năng và EQ-5D-5L**.**
- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo số phiếu 25.018.HV.UD/PCT.HDDD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025, chúng tôi chọn được 80 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=80)

	Đặc điểm khảo sát	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)/ TB±SD
Giới tính nam	Tuổi thấp nhất	30	47,22±9,6
	Tuổi cao nhất	68	
Giới tính nữ	Tuổi thấp nhất	24	47,28±8,66
	Tuổi cao nhất	62	
Tổng			47,28±9,08
Trình độ học vấn	Không đi học	10	12,5%
	Học cấp I-III	28	35%
	Trung cấp-Cao đẳng	25	31,25%
	Đại học-Sau Đại học	17	21,25%
Tình trạng kinh tế	≥5 triệu đồng/tháng	17	21,25%
	5-10 triệu đồng/tháng	51	63,75%
	≤10 triệu đồng/tháng	12	15%
Hình thức sống	Sống độc thân	2	2,5%
	Sống với người thân	78	97,5%

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình khoảng 47,2 ± 9 tuổi, không có sự khác biệt rõ rệt giữa nam và nữ. Về học vấn, gần 70% bệnh nhân có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống, chỉ 21,25% đạt trình độ đại học trở lên, phản ánh nền tảng kiến thức chung của bệnh nhân còn hạn chế. Tình trạng kinh tế chủ yếu ở mức thấp đến trung bình**,** với 63,8% có thu nhập 5–10 triệu đồng/tháng và 21,3% dưới 5 triệu. Hầu hết bệnh nhân (97,5%**)** sống cùng gia đình, cho thấy vai trò hỗ trợ từ người thân là khá rõ rệt.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng trước khi điều trị

Biểu hiện lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức	3	3,8
Yếu/liệt nửa người	31	38,8
Rối loạn cảm giác nửa người	11	13,8
Liệt thần kinh sọ	6	7,5
Rối loạn ngôn ngữ/thất ngôn	15	18,8
Chóng mặt	8	10,0
Khác	6	7,5

Nhận xét: Bảng 2 phân tích các biểu hiện lâm sàng thần kinh trước điều trị, trong đó yếu/liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%), tiếp theo là rối loạn ngôn ngữ/thất ngôn (18,8%) và rối loạn cảm giác nửa người (13,8%).

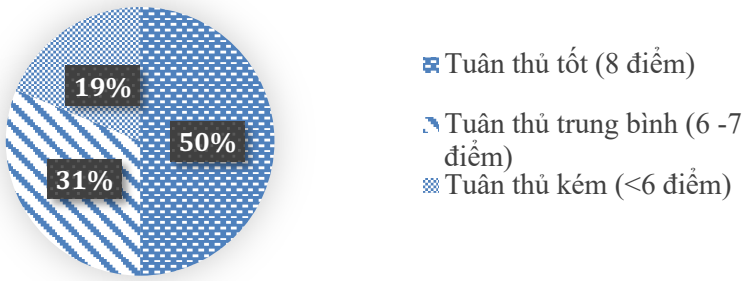
Bảng 3. Điểm Barthel Index tại thời điểm ra viện

Mức độ Barthel	Điểm số	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Phụ thuộc hoàn toàn	0-20	4	5%
Phụ thuộc nặng	21-60	12	15%
Phụ thuộc vừa	61-90	24	30%
Phụ thuộc nhẹ	91-99	28	35%
Độc lập hoàn toàn	100	12	15%
Tổng		80	100%

Nhận xét: Phần lớn người bệnh khi ra viện vẫn còn mức độ phụ thuộc nhất định trong sinh hoạt hằng ngày; nhóm phụ thuộc nhẹ (91–99 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất (35,0%),

tiếp theo là phụ thuộc vừa (61–90 điểm) (30,0%). Tỷ lệ độc lập hoàn toàn (BI = 100) đạt 15,0%, trong khi phụ thuộc nặng/hoàn toàn chiếm 20,0%.

3.2. Mức độ tuân thủ điều trị



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo mức độ tuân thủ MMAS-8

Nhận xét: Biểu đồ 1 sử dụng thang MMAS-8 để đánh giá sự tuân thủ thuốc. Kết quả cho thấy 50% bệnh nhân đạt điểm tuân thủ tốt (8 điểm), 31,25% có mức tuân thủ trung bình (6-7 điểm) và 18,75% tuân thủ kém (<6 điểm).

Bảng 4. Đặc điểm chăm sóc sau xuất viện

Những đặc điểm chăm sóc	Tần suất	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ hỗ trợ từ gia đình	Thấp	10	12,5
	Trung bình	43	53,8
	Cao	27	33,8
Số lần tái khám	0 lần	7	8,7%
	1 lần	45	56,3%
	2 lần	28	35,0%
Phục hồi chức năng	Có	45	56,2%
	Không	35	43,8%
Được tư vấn dùng thuốc	Có	65	81,3%
	Không	15	18,7%

Nhận xét: Bảng Đặc điểm chăm sóc sau xuất viện cho thấy đa số bệnh nhân nhồi máu não sau xuất viện vẫn duy trì được việc tái khám định kỳ, với 91,3% có ít nhất một lần tái khám, trong đó hơn một phần ba đã tái khám từ hai lần trở lên. Về phục hồi chức năng, chỉ có 56,2% bệnh nhân được hẹn và tham gia tập luyện, nghĩa là vẫn còn tới 43,8% chưa được tiếp cận hoặc chưa thực hiện phục hồi chức năng sau xuất viện. Đối với tư vấn dược, kết quả ghi nhận 81,3% bệnh nhân được tư vấn cách sử dụng thuốc khi ra viện và trong các lần tái khám, song vẫn còn 18,8% chưa được tư vấn đầy đủ.

3.3. Chất lượng cuộc sống SS-QoL

Bảng 5. Điểm số SS-QoL theo các miền chức năng

Lĩnh vực	Trung bình ± SD
(1) Sức khỏe tổng quát	2.8 ± 0.6
(2) Hoạt động thể chất	2.5 ± 0.7
(3) Chức năng tay	2.2 ± 0.8
(4) Chức năng giao tiếp	3.1 ± 0.5
(5) Thị lực	3.5 ± 0.4
(6) Tư duy và trí nhớ	3.0 ± 0.5

Lĩnh vực	Trung bình ± SD
(7) Tình trạng tâm lý	2.9 ± 0.6
(8) Mệt mỏi và năng lượng	2.6 ± 0.7
(9) Kiểm soát cơn đau	3.2 ± 0.5
(10) Hoạt động hàng ngày (ADL/IADL)	2.3 ± 0.7
(11) Quan hệ xã hội	3.0 ± 0.6
(12) Mức độ độc lập trong sinh hoạt	2.1 ± 0.8
Điểm trung bình	2.8 ± 0.6

Nhận xét: Bảng 5 phản ánh điểm trung bình của từng lĩnh vực chất lượng cuộc sống tại thời điểm sau nhồi máu não. Điểm trung bình toàn bộ các lĩnh vực là 2.8 ± 0.6 trên thang điểm 5, thể hiện mức trung bình khá về chất lượng sống. Lĩnh vực có điểm cao nhất là thị lực (3.5 ± 0.4), kiểm soát cơn đau (3.2 ± 0.5) và chức năng giao tiếp (3.1 ± 0.5). Ngược lại, mức độ độc lập trong sinh hoạt (2.1 ± 0.8), chức năng tay (2.2 ± 0.8) và hoạt động thể chất (2.5 ± 0.7) là những lĩnh vực có điểm thấp nhất.

3.4. Mối liên quan giữa điểm SS-QoL với các nhóm có mức độ tuân thủ điều trị

Bảng 6. So sánh điểm SS-QoL giữa các nhóm có mức độ tuân thủ điều trị

Nhóm tuân thủ dùng thuốc	n	SS-QoL (TB SD)	Chênh lệch TB (95% Cl)
Thấp	15	2,2 ± 0,5	
Trung bình	25	2,7 ± 0,3	+0,5 (0,24; 0,76)
Cao	40	3,2 ± 0,4	+ 0,5 (0,3; 0,7)
Tổng	80	2,8 ± 0,6	

Nhận xét: Điểm SS-QoL tăng dần theo mức tuân thủ: nhóm cao đạt 3,2 ± 0,4; Trung bình 2,7 ± 0,3; Thấp 2,2 ± 0,5 (n lần lượt 40–25–15, tổng n = 80). Điều này khẳng định tuân thủ điều trị càng tốt thì chất lượng cuộc sống (SS-QoL) càng cao ở bệnh nhân nhồi máu não sau xuất viện.

3.5. Mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống của người bệnh Đột quỵ Nhồi máu não với các đặc điểm tuân thủ điều trị

Bảng 7. So sánh mối tương quan giữa Chất lượng cuộc sống của người bệnh Đột quỵ Nhồi máu não với các đặc điểm tuân thủ điều trị

Các đặc điểm	Tần suất	Số bệnh nhân	TB SD	p	r
Tái khám đúng hẹn	Có	54	3,1 0,4	0,002	+ 0,38
	Không	26	2,5 0,5		
	Tổng	80	2,9 0,5		
Phục hồi chức năng	Có	45	3,0 0,5	0,003	+0,38
	Không	35	2,5 0,4		
	Tổng	80	2,8 0,6		
Hiểu biết về bệnh	Hiểu biết đầy đủ	30	180,4 16,2	0,012	+0,31
	Hiểu biết một phần	35	172,7 17,5		
	Không hiểu biết	15	165,1 18,9		
	Tổng	80			

Ghi chú:+ p = 0.003: cho thấy sự khác biệt giữa nhóm có và không điều trị PHCN là có ý nghĩa thống kê.

+ r = +0.38: tương quan thuận vừa, cho thấy điều trị PHCN có liên quan tích cực đến chất lượng cuộc sống SS-QoL.

+ p = 0.002: sự khác biệt giữa nhóm có và không tái khám đúng hẹn là có ý nghĩa thống kê.

+ r = +0.38: tương quan thuận ở mức trung bình giữa việc tái khám đúng hẹn và chất lượng cuộc sống (SS-QoL).

+ p = 0.012 cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê.
+ r = +0.31 cho thấy mối tương quan thuận vừa giữa hiểu biết và chất lượng cuộc sống.

Nhận xét: Những bệnh nhân có tham gia PHCN đạt điểm QoL trung bình là 3.0 ± 0.5, cao hơn so với nhóm không tham gia (2.5 ± 0.4), với p = 0.003 và r = +0.38, thể hiện mối liên hệ thuận vừa. Nhóm tái khám đúng lịch có điểm SS-QoL trung bình 3.1 ± 0.4, cao hơn nhóm không tái khám (2.5 ± 0.5), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0.002) với hệ số tương quan r = +0.38. Bệnh nhân hiểu rõ về bệnh lý có điểm SS-QoL là 180.4 ± 16.2, trong khi nhóm không có hiểu biết đạt điểm thấp nhất (165.1 ± 18.9). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0.012) và hệ số r = 0.31 cho thấy mối tương quan thuận trung bình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,25 ± 9,08 tuổi, với sự khác biệt không đáng kể giữa hai giới tính: nam là 47,22 ± 9,6 tuổi và nữ là 47,28 ± 8,66 tuổi. Mức tuổi này trẻ hơn khá nhiều so với kết quả được báo cáo trong nghiên cứu của Cao Phi Phong và Trần Trung Thành (2013), khi tuổi trung bình bệnh nhân sau đột quỵ được ghi nhận là trên 60 [1].

Trình độ học vấn: Tỷ lệ lớn nhất thuộc về nhóm cấp I-III (35%), kế đến là Trung cấp-Cao đẳng (31,25%), trong khi nhóm không đi học chiếm 12,5%. Chỉ có 21,25% người bệnh có trình độ đại học trở lên. Đây là chỉ báo cho thấy đa phần bệnh nhân có nền học vấn trung bình và khá thấp. Đồng thời, kết quả này phù hợp với kết luận trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Tuấn (2020), trong đó cho rằng trình độ học vấn có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tiếp cận kiến thức bệnh học và tuân thủ điều trị, đặc biệt trong nhóm bệnh lý mạn tính như đột quỵ [2].

Tình trạng kinh tế: Cho thấy phần lớn bệnh nhân (63,8%) có thu nhập từ 5 đến 10 triệu đồng/tháng, 21,3% có thu nhập dưới 5 triệu, và chỉ 15% vượt ngưỡng 10 triệu đồng/tháng. Đây là yếu tố gián tiếp nhưng quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Khi đối chiếu với kết quả của Huỳnh Ngọc Thanh và Trịnh Thị Hoàng Oanh (2015), những người có thu nhập thấp thường gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế sau đột quỵ, dẫn đến khả năng tái phát và biến chứng cao hơn. Tình trạng tài chính không vững vàng là một yếu tố cản trở trong quá trình phục hồi chức năng và duy trì điều trị lâu dài [3].

Hình thức sống: cho thấy đa số bệnh nhân (97,5%) sống cùng người thân, chỉ có 2,5% sống độc thân. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Oanh và cộng sự (2024) cũng đã chứng minh mối tương quan mạnh mẽ giữa mức độ hỗ trợ từ gia đình và chỉ số chất lượng cuộc sống SIS 3.0 ở người bệnh sau đột quỵ [4].

Biểu hiện lâm sàng thần kinh trước điều trị: Các biểu hiện lâm sàng thần kinh trước điều trị, trong đó bệnh nhân có triệu chứng yếu/liệt nửa người chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%), tiếp theo là rối loạn ngôn ngữ/thất ngôn (18,8%) và rối loạn cảm giác (13,8%). So sánh với các biểu hiện được mô tả trong nghiên cứu của Đào Việt Phương, Đỗ Thị Kim Chi tỷ lệ rối loạn vận động, ngôn ngữ và tri giác trong nhóm bệnh nhân đột quỵ là khá đồng đều [5].

4.2. Mức độ tuân thủ điều trị

Tuân thủ dùng thuốc theo thang MMAS-8: Kết quả cho thấy 50% bệnh nhân đạt điểm tuân thủ tốt (8 điểm), 31,25% có mức tuân thủ trung bình (6-7 điểm) và 18,75% tuân thủ kém (<6 điểm). Những số liệu này có phần lạc quan hơn so với kết quả của Morisky *et al.* (2008), trong đó chỉ khoảng 25% bệnh nhân đạt mức tuân thủ cao [6].

Tái khám đúng lịch: Có đến 91,3% người bệnh thực hiện đúng lịch tái khám. Đây là một tỷ lệ rất tích cực, vượt trội so với các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Trần Phương Thảo (2018) – khi tỷ lệ tái khám đúng hẹn chỉ dao động quanh mức 70-75%. Tỷ lệ này cũng phản ánh phần nào hiệu quả trong công tác quản lý bệnh mạn tính, phối hợp giữa nhân viên y tế và người nhà người bệnh tại bệnh viện tuyến trung ương [7].

Mức độ hỗ trợ từ gia đình: Tỷ lệ cao nhất thuộc về nhóm hỗ trợ trung bình (53,8%), tiếp theo là mức cao (33,8%), và chỉ có 12,5% nhận hỗ trợ thấp. Mức độ hỗ trợ này đóng vai trò không nhỏ trong việc cải thiện chất lượng sống, như đã được chứng minh bởi nghiên cứu của Sarah M. Alotaibi *et al.* (2021), trong đó nhóm bệnh nhân có hỗ trợ xã hội cao đạt điểm SIS cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại [8].

4.3. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau nhồi máu não

Đánh giá điểm SS-QoL trung bình theo từng lĩnh vực: Bảng 5 phản ánh điểm trung bình của từng lĩnh vực chất lượng cuộc sống tại thời điểm sau nhồi máu não. Điểm trung bình toàn bộ các lĩnh vực là 2.8 ± 0.6 trên thang điểm 5, thể hiện mức trung bình khá về chất lượng sống. Lĩnh vực có điểm cao nhất là thị lực (3.5 ± 0.4), kiểm soát cơn đau (3.2 ± 0.5) và chức năng giao tiếp (3.1 ± 0.5). Ngược lại, mức độ độc lập trong sinh hoạt (2.1 ± 0.8), chức năng tay (2.2 ± 0.8) và hoạt động thể chất (2.5 ± 0.7) là những lĩnh vực có điểm thấp nhất.

4.4. Mối liên quan giữa điểm SS-QoL với các nhóm có mức độ tuân thủ điều trị

Bảng 6 cho thấy nhóm tuân thủ cao đạt SS-QoL 3,2 ± 0,4**,** trung bình 2,7 ± 0,3**,** thấp 2,2 ± 0,5 (n = 40–25–15). Đây là bằng chứng nhất quán rằng tuân thủ càng tốt → CLCS càng cao ở người bệnh nhồi máu não sau xuất viện. Kết quả này phù hợp**:** dùng thuốc đúng giúp kiểm soát yếu tố nguy cơ (Tăng huyết áp, rối loạn lipid…), giảm biến cố tái phát, giảm triệu chứng và tạo điều kiện cho luyện tập/ Phục hồi chức năng [10].

4.5. Tương quan giữa chất lượng cuộc sống của người bệnh Nhồi máu não với các đặc điểm tuân thủ điều trị

Mối tương quan giữa điều trị phục hồi chức năng và chỉ số SS-QoL: Những bệnh nhân có tham gia PHCN đạt điểm QoL trung bình là 3.0 ± 0.5, cao hơn so với nhóm không tham gia (2.5 ± 0.4), với p = 0.003 và r = +0.38, thể hiện mối liên hệ thuận vừa. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với bằng chứng trong nghiên cứu của Đào Việt Phương và Đỗ Thị Kim Chi, khi can thiệp Phục hồi chức năng sớm giúp cải thiện khả năng vận động, tăng cường độc lập sinh hoạt và giảm tỷ lệ biến chứng [5].

Mối tương quan giữa việc tái khám đúng hẹn và chỉ số SS-QoL: Bảng đánh giá tác động của việc tái khám đúng hẹn đến chất lượng cuộc sống. Nhóm tái khám đúng lịch có điểm SS-QoL trung bình 3.1 ± 0.4, cao hơn nhóm không tái khám đúng hẹn (2.5 ± 0.5), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0.002) với hệ số tương quan r = +0.38. Nghiên cứu của Đào Việt Phương và Đỗ Thị Kim Chi tại Bệnh viện Bạch Mai cũng đã ghi nhận tỷ lệ tái khám đúng hẹn là một chỉ số dự đoán tích cực cho sự phục hồi chức năng và chất lượng sống theo thang SIS 3.0 [5].

Mối tương quan giữa mức độ hiểu biết về bệnh và chỉ số SS-QoL: Bảng cho thấy mối liên hệ giữa mức độ hiểu biết về bệnh và chất lượng sống. Bệnh nhân hiểu rõ về bệnh lý có điểm SS-QoL là 180.4 ± 16.2, trong khi nhóm không có hiểu biết đạt điểm thấp nhất (165.1 ± 18.9). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0.012) và hệ số r = 0.31 cho thấy mối tương quan thuận trung bình. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu "The Vietnamese Version of the

Brief Illness Perception Questionnaire" đã chỉ ra rằng nhận thức tích cực về bệnh tật và hiểu biết đầy đủ có tác động tích cực đến kết quả điều trị và hồi phục chức năng sau đột quỵ [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận mức tuân thủ điều trị còn dao động và sự tiếp cận Phục hồi chức năng sau xuất viện chưa tối ưu; các miền SS-QoL thấp nhất thuộc độc lập sinh hoạt, chức năng tay và hoạt động thể chất. Những phát hiện này cho thấy Chất lượng cuộc sống liên quan chặt chẽ đến hành vi điều trị và hỗ trợ chăm sóc sau xuất viện. Từ những kết quả trên, đề xuất một gói can thiệp thực tiễn cho bối cảnh đồng bằng sông Cửu Long: 1) giáo dục sức khỏe cá thể hóa cho người bệnh và gia đình, tập trung vào lợi ích của tuân thủ và dấu hiệu cần tái khám; 2) tăng cường hỗ trợ từ gia đình/cộng đồng để giảm rào cản đi lại, chi phí và duy trì lịch tập PHCN; 3) ứng dụng công nghệ (tin nhắn/điện thoại/ứng dụng) để nhắc lịch uống thuốc, tái khám, và luyện tập; 4) tổ chức can thiệp đa ngành (bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, chuyên viên PHCN, nhân viên xã hội) nhằm đồng bộ hoá tư vấn dược, kế hoạch PHCN và theo dõi ngoại trú. Các đánh giá tiếp theo nên theo dõi dài hạn để định lượng mức cải thiện và hiệu quả chi phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Phi Phong và Trần Trung Thành. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau đột quỵ. *Báo Khoa học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013. 1(17), 78-84.
2. Nguyễn Đình Tuấn. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhồi máu não theo thang đo tác động của đột quỵ (SIS 3.0). Đại học Y Hà Nội. 2021.
3. Huỳnh Thị Ngọc Thanh, Trịnh Thị Hoàng Oanh. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau đột quỵ tại một số bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016. 20(1), 288-291.
4. Nguyễn Thị Cẩm Oanh, Võ Văn Nho, Mai Anh Lợi. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh đột quỵ não sau điều trị và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Ngoại Thần Kinh Quốc Tế năm 2023. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*. 2024. Số đặc biệt 1, 192-202. DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS.KHTT.2024.023
5. Đào Việt Phương, Đỗ Thị Kim Chi. Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh đột quỵ não đến tái khám tại Trung Tâm Đột Quỵ Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học.* 2023. 526 (2). DOI: https://doi.org/10.51298/vmj.v526i2.5591.
6. Morisky, D. E., *et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008. 10(5), 348-354. DOI: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
7. Nguyễn Trần Phương Thảo, Phạm Văn Lình, Trần Thị Bích Phương. Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại phòng khám Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
8. Alotaibi, S. M., *et al.* Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar. *Neurosciences Journal*. 2021. 26(2), 171-178. DOI: 10.17712/nsj.2021.2.20200126
9. Thang Nguyen *et al.* The Vietnamese Version of The Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Quesrionnarie. *Tropical Medicine and International Health*. 2019. DOI: 10.1111/tmi.13312.
10. Narayan, K. M. V., *et al.* Global non-communicable diseases - Where worlds meet. *The New England Journal of Medicine*. 2010. 363(13), 1196-1198. DOI: 10.1056/NEJMp1002024.