

## KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI QUẬN Ô MÔN, THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2019-2020

Trần Nguyễn Du\*, Lê Minh Hữu, Lâm Nhựt Anh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: tndu@ctump.edu.vn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chất lượng cuộc sống (CLCS) rất quan trọng trong nghiên cứu về đái tháo đường (ĐTĐ). Tại Cần Thơ các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống bệnh nhân ĐTĐ, nhất là bằng bộ công cụ SF-36 và các yếu tố liên quan vẫn còn nhiều hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát chất lượng cuộc sống bằng bộ công cụ SF-36 và mô tả một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 158 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang được quản lý tại Trung tâm Y tế quận Ô Môn. Các số liệu chính được thu thập bao gồm điểm số CLCS được tính bằng bản câu hỏi đánh giá CLCS SF-36 gồm 8 lĩnh vực sức khỏe (hoạt động thể chất, giới hạn thể chất, cảm nhận đau đớn, sức khỏe chung, hoạt động xã hội, giới hạn hoạt động xã hội, sinh lực, sức khỏe tinh thần) và một số đặc điểm liên quan đến CLCS. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống dao động trong khoảng 45,31 - 81,72. Cao nhất là điểm hoạt động xã hội và thấp nhất là điểm sức khỏe chung. Các yếu tố liên quan đến CLCS trong phân tích đa biến là: tuổi, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, thời gian điều trị, bệnh kèm theo, biến chứng, điều trị bằng insulin dạng chích, chỉ số đường huyết ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tuổi cao, người về hưu hoặc nội trợ, kinh tế gia đình kém, thời gian điều trị lâu, có bệnh và biến chứng kèm theo, điều trị bằng insulin dạng chích, kiểm soát đường huyết ở mức kém làm giảm CLCS.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, đái tháo đường type 2, SF-36

### ABSTRACT

## QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS OUTPATIENTS IN O MON DISTRICT, CAN THO CITY IN 2019-2020

Tran Nguyen Du\*, Le Minh Huu, Lam Nhut Anh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Quality of life (QoL) is much important in diabetes researches. In Can Tho city, data on the QoL and related factors of diabetes mellitus patients, especially with the SF-36 toolkit are limited. **Objectives:** This study aimed to determine QoL score and elicit some related factors of type 2 diabetes mellitus patients in O Mon district, Can Tho city in 2019-2020. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 158 diabetes type 2 outpatients at O Mon Medical Center, Can Tho city. Main data collection consisted of QoL scores using short form 36

Vietnamese version including 8 domains (physical functioning, role-physical, bodily pain, general health, social functioning, role-emotional, mental health, vitality), and some related factors to QoL of diabetes type 2 outpatients. **Results:** QoL mean scores of 8 health domains ranged between 45.31 and 81.72. Social functioning had highest score and general health had lowest score. Main related factors for QoL mean scores were: age, occupation, economic status, treatment duration, comorbidities, complication, insulin injection and fasting blood glucose. **Conclusion:** The patients were older patients, retired or housewife, lower economic status, had longer treatment duration, comorbidities and complication, used insulin injection, had higher level of fasting blood glucose had lower QoL mean score.

**Keywords:** Quality of life, type 2 diabetes mellitus, SF-36

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm. Theo WHO, đến năm 2014 số người từ 18 tuổi trở lên mắc ĐTĐ trên thế giới là 422 triệu người – chiếm 8,5% số người trưởng thành trên toàn cầu, tạo ra gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng với tỉ lệ tử vong cao và chi phí điều trị tốn kém [13]. Tại Việt Nam năm 2016 theo WHO, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ chiếm 4,9% (nam 5,0%, nữ 4,7%), tỷ lệ tử vong do ĐTĐ vào khoảng 3,0% - đứng thứ 7 trong số 10 nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất tại Việt Nam [13]. Bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến tất cả các lứa tuổi và dân tộc, làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ và làm gia tăng gánh nặng về kinh tế cho hệ thống y tế và gia đình người bệnh [13].

Tại Việt Nam, mặc dù có nhiều chương trình, dự án can thiệp cộng đồng nhằm nâng cao chất lượng quản lý, điều trị bệnh ĐTĐ, tuy nhiên các nghiên cứu về chất lượng cuộc sống bệnh nhân, nhất là bằng bộ công cụ SF-36 và các yếu tố liên quan vẫn còn nhiều hạn chế. Tại khu vực Đồng Bằng Sông Cửu Long cũng như thành phố Cần Thơ nói riêng trong những năm gần đây chưa có nghiên cứu nào về tình hình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường. Nhằm cập nhật những thông tin về chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường và một số yếu tố liên quan, chúng tôi tiến hành đề tài “*Nghiên cứu chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2019-2020*” với hai mục tiêu:

1. Xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường bằng bộ công cụ SF-36 tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2019-2020.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2019-2020.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ĐTĐ type 2 đã được chẩn đoán, hiện đang được quản lý tại trung tâm y tế quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2019-2020.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn vào

Người mắc đái tháo đường type 2 đã được chẩn đoán, hiện đang được quản lý tại trung tâm y tế Ô Môn, thành phố Cần Thơ, có hộ khẩu thường trú tại xã/phường nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại ra

Người không có khả năng giao tiếp; người bỏ địa bàn tại thời điểm nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

### 2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

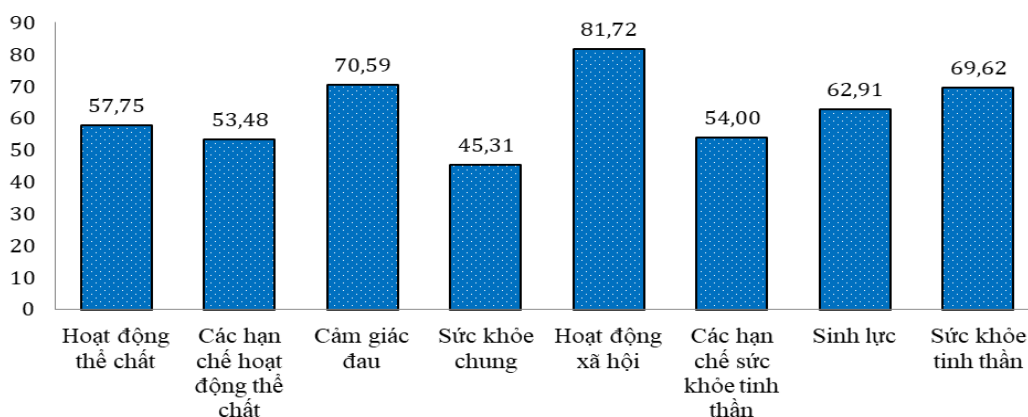
Chọn 158 người bệnh ĐTĐ type 2 đã được chẩn đoán đang được quản lý tại trung tâm y tế quận Ô Môn bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

### 2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Thu thập dữ liệu dựa trên bộ câu hỏi xây dựng sẵn về đặc điểm chung như tuổi, nghề nghiệp, học vấn,...; tình hình chất lượng cuộc sống theo bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 bao gồm 36 câu hỏi đánh giá 8 khía cạnh sức khỏe thuộc lĩnh vực sức khỏe thể chất và sức khỏe tâm thần. Lĩnh vực sức khỏe thể chất gồm: hoạt động thể chất (10 câu), giới hạn hoạt động thể chất (4 câu), cảm giác đau (2 câu), sức khỏe chung (6 câu). Lĩnh vực sức khỏe tinh thần gồm: sinh lực (4 câu), hoạt động xã hội (2 câu), các hạn chế sức khỏe tinh thần (3 câu) và sức khỏe tinh thần (5 câu). Các câu hỏi so sánh “có/không” hoặc đánh giá 6 điểm theo thang điểm của Likert từ “không” cho đến “rất nghiêm trọng”. Kết quả sau đó được tổng kết và chuyển đổi thành theo thang điểm từ 0 (tử vong) đến 100 (hoàn toàn khỏe mạnh) [12]. Phân loại chất lượng cuộc sống theo các mức: tốt (trung bình điểm số  $75 < - \leq 100$ ); trung bình (trung bình điểm số  $25 < - \leq 75$ ); kém (trung bình điểm số  $0 - \leq 25$ ). Các biến số được trình bày dưới dạng bảng hoặc biểu đồ. Sử dụng phép thống kê t-test để so sánh sự khác biệt giá trị trung bình của 2 nhóm có phân phối chuẩn. Sử dụng phép thống kê ANOVA để so sánh sự khác biệt giữa giá trị trung bình trong trường hợp so sánh trung bình nhiều hơn 2 nhóm có phân phối chuẩn. So sánh sự khác biệt giá trị trung vị của 2 nhóm có phân phối không chuẩn bằng cách sử dụng phép thống kê Mann - Whistney và so sánh sự khác biệt giá trị trung vị của nhiều hơn 2 nhóm có phân phối không chuẩn bằng cách sử dụng phép thống kê Kruskal-Wallis. Đánh giá các yếu tố liên quan đến sự chất lượng cuộc sống bằng cách sử dụng phân tích đơn biến và hồi quy tuyến tính đa biến để so sánh giữa các nhóm bệnh nhân. Các biến số có ý nghĩa thống kê ở mức  $p < 0,1$  khi phân tích đơn biến được đưa vào phân tích đa biến, phương pháp phân tích Enter. Xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

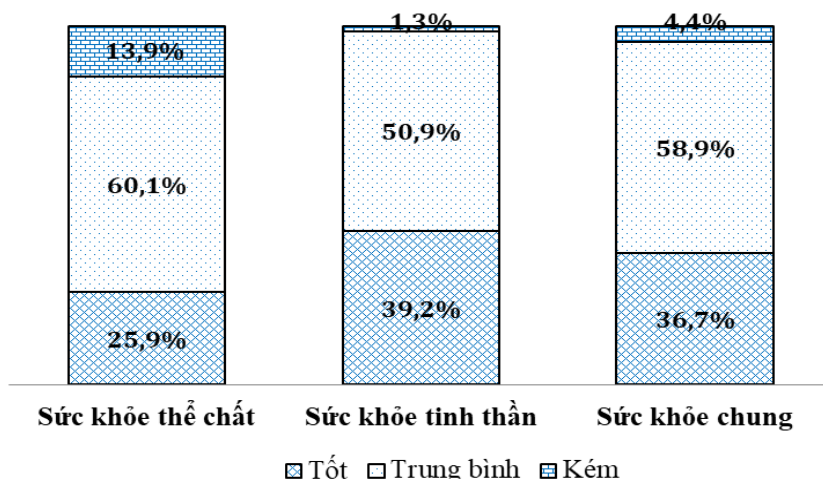
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tình hình chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36



Biểu đồ 1: Trung bình điểm chất lượng cuộc sống theo 8 khía cạnh sức khỏe (n=158)

Sức khỏe thể chất: điểm trung bình cao nhất là Cảm giác đau ( $70,59 \pm 24,71$ ). Sức khỏe tinh thần: điểm trung bình cao nhất là Hoạt động xã hội ( $81,72 \pm 19,83$ ).



Biểu đồ 2: Phân loại chất lượng cuộc sống theo sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và sức khỏe chung (n=158)

Đa số các đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống ở trung bình đến tốt.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Bảng 1. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến sức khỏe thể chất (n=158)

| Yếu tố | HĐTC   |        | HCSKTC |        | CGĐ    |        | SKC   |       |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
|        | HSHQ   | p      | HSHQ   | p      | HSHQ   | p      | HSHQ  | p     |
| Tuổi   | -7,52  | 0,001  | -6,63  | 0,078  | -2,84  | 0,152  | -     | -     |
| Nghề   | 8,68   | 0,017  | 13,70  | 0,030  | -      | -      | 5,55  | 0,052 |
| HV     | 3,64   | 0,092  | -      | -      | -      | -      | -     | -     |
| KT     | -      | -      | -9,58  | 0,081  | -7,34  | 0,015  | -3,63 | 0,159 |
| NĐT    | -3,50  | 0,148  | -      | -      | -4,54  | 0,04   | -5,72 | 0,003 |
| BC     | -15,32 | <0,001 | -29,10 | <0,001 | -10,05 | 0,008  | -6,19 | 0,054 |
| IDC    | -13,90 | 0,003  | -13,70 | 0,08   | -      | -      | -     | -     |
| BKT    | -8,00  | 0,045  | -14,23 | 0,034  | -19,78 | <0,001 | -9,69 | 0,003 |
| CDH    | -      | -      | -12,05 | 0,003  | -6,35  | 0,004  | -     | -     |

HĐTC: Hoạt động thể chất

HCSKTC: Hạn chế sức khỏe thể chất

HSHQ: Hệ số hồi quy

CGĐ: Cảm giác đau

SKC: Sức khỏe chung

HV: Trình độ học vấn

KT: Kinh tế gia đình

IDC: Sử dụng insulin dạng chích

BC: Biến chứng

CDH: Chỉ số đường huyết

NĐT: Số năm điều trị ĐTĐ

BKT: Bệnh kèm theo

Các yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất: nhóm tuổi, nghề nghiệp, biến chứng, sử dụng insulin dạng chích, bệnh kèm theo ( $p < 0,05$ ).

Các yếu tố liên quan đến hạn chế sức khỏe thể chất: nghề nghiệp, biến chứng, bệnh kèm theo, chỉ số đường huyết ( $p < 0,05$ ).

Các yếu tố liên quan đến cảm giác đau: kinh tế gia đình, số năm điều trị ĐTĐ, biến chứng, bệnh kèm theo, chỉ số đường huyết ( $p < 0,05$ ).

Các yếu tố liên quan đến tình hình sức khỏe chung: năm điều trị ĐTĐ, bệnh kèm theo ( $p < 0,05$ ).

Bảng 2. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tinh thần (n=158)

| Yếu tố | HDXH  |       | HCSKTT |       | SL     |        | SKTT  |        |
|--------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|--------|
|        | HSHQ  | p     | HSHQ   | p     | HSHQ   | p      | HSHQ  | p      |
| Tuổi   | -     | -     | -      | -     | -3,32  | 0,042  | -     | -      |
| Nghề   | 2,68  | 0,365 | 14,97  | 0,023 | -      | -      | 2,59  | 0,337  |
| HV     | -     | -     | -      | -     | 0,45   | 0,785  | -     | -      |
| KT     | -5,08 | 0,057 | -3,55  | 0,547 | -10,13 | <0,001 | -8,52 | <0,001 |
| NĐT    | -     | -     | -9,08  | 0,035 | -      | -      | -     | -      |
| BC     | -7,45 | 0,032 | -20,53 | 0,008 | -5,84  | 0,06   | -     | -      |
| IDC    | -5,44 | 0,156 | -      | -     | -      | -      | -     | -      |
| BKT    | -3,00 | 0,051 | -7,92  | 0,021 | -2,67  | 0,054  | -     | -      |
| CĐH    | -4,52 | 0,022 | -10,88 | 0,013 | -      | -      | -     | -      |

HDXH: Hoạt động xã hội

HCSKTT: Hạn chế sức khỏe tinh thần

HSHQ: Hệ số hồi quy

SL: Sinh lực

SKTT: Sức khỏe tinh thần

HV: Trình độ học vấn

KT: Kinh tế gia đình

IDC: Sử dụng insulin dạng chính

BC: Biến chứng

CĐH: Chỉ số đường huyết

NĐT: Số năm điều trị ĐTD

BKT: Bệnh kèm theo

Các yếu tố liên quan đến hoạt động xã hội: bệnh kèm theo, chỉ số đường huyết ( $p<0,05$ ).

Các yếu tố liên quan đến hạn chế sức khỏe tinh thần: nghề nghiệp, năm điều trị, biến chứng, bệnh kèm theo, chỉ số đường huyết ( $p<0,05$ ).

Các yếu tố liên quan đến sinh lực: nhóm tuổi, kinh tế gia đình ( $p<0,05$ ).

Yếu tố liên quan đến sức khỏe tinh thần: Kinh tế gia đình ( $p<0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tình hình chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình chất lượng cuộc sống dao động trong khoảng 45,31 đến 81,72. Cao nhất là điểm hoạt động xã hội và thấp nhất là điểm sức khỏe chung. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng năm 2014 tại thành phố Hồ Chí Minh, tương ứng thấp nhất và cao nhất là 41,09 ở lĩnh vực sức khỏe chung và 61,63 ở lĩnh vực hoạt động xã hội [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả Nguyễn Hương Lan thực hiện năm 2018 tại Hà Nội khi cho thấy thấp nhất là điểm chất lượng cuộc sống khía cạnh thể chất [3]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Gramham Jame E tại Mỹ năm 2007 khi cho thấy điểm số thấp nhất và cao nhất tương ứng là 60,3 ở lĩnh vực sức khỏe chung và 81,5 ở lĩnh vực hoạt động xã hội [6]. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số rất ít các nghiên cứu trong nước sử dụng bộ công cụ SF-36 để đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ĐTD type 2, do đó chúng tôi không có nhiều nghiên cứu để so sánh điểm số CLCS theo 8 lĩnh vực sức khỏe. Tuy nhiên do sự khác biệt về văn hóa cũng như phong tục tập quán của Việt Nam và các nước khác nên điểm số CLCS thấp không có nghĩa là người Việt Nam có CLCS thấp hơn người dân các nước khác.

### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ các một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh ĐTD type 2. Tuổi có ảnh hưởng đến CLCS ở mảng hoạt động thể chất và sinh lực. Cụ thể tuổi càng tăng thì CLCS về hoạt động thể chất và sinh lực càng thấp và ngược lại ( $p<0,05$ ). Điều này có thể lý giải là do độ tuổi càng tăng thì việc hoạt động thể chất, vận động cũng giảm dần, thêm

vào đó là việc người già sẽ dẫn tới lười vận động. Về sinh lực, độ tuổi càng cao làm cho sinh lực càng giảm, điều này cũng phù hợp thực tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hải năm 2018 tại Vĩnh Phúc: có sự giảm dần điểm CLCS từ độ tuổi 40-59 sau đó là từ 60-69 và cuối cùng ở nhóm tuổi >70. Nghiên cứu của Hoàng Thị Tuyết Nhi tại Đồng Nai năm 2018 cũng cho thấy tuổi cao làm giảm CLCS [1].

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra sự khác biệt về CLCS giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau. Nhóm đang có nghề (như nông dân, công nhân, buôn bán...) có CLCS về mặt hoạt động thể chất, hạn chế sức khỏe thể chất và hạn chế sức khỏe tinh thần cao hơn nhóm nghỉ hưu hoặc nội trợ ( $p<0,05$ ). Những bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí và nội trợ có CLCS về hoạt động thể chất thấp hơn có thể do tình trạng công việc của họ lúc này không còn liên quan nhiều đến vận động thể chất, mặt khác vào độ tuổi hưu trí cũng có nghĩa là đã lớn tuổi, việc này cũng ít nhiều ảnh hưởng đến thể chất làm cho CLCS về hoạt động thể chất và hạn chế hoạt động thể chất giảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Nguyễn Thị Bích Hải thực hiện tại Vĩnh Phúc: những bệnh nhân thuộc nhóm hưu trí và nghề nghiệp tự do sẽ có điểm CLCS thấp hơn những người lao động [1]. Kết quả nghiên cứu của Mohammad R. tại Iran năm 2017 tương tự cũng cho thấy người có việc làm và người dưới 50 tuổi có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn các nhóm còn lại [8]. Giải thích cho việc nhóm có đang làm việc có CLCS cao hơn nhóm hưu trí và nội trợ về mảng hạn chế sức khỏe tinh thần, thông thường nhóm có nghề nghiệp điểm CLCS về tinh thần thấp hơn so với nhóm về hưu và nghề tự do áp lực công việc, căng thẳng làm giảm CLCS. Tuy nhiên, cũng có thể việc rời khỏi môi trường làm việc quen thuộc nhiều năm khi nghỉ hưu là bị buộc phải từ bỏ một loạt thói quen đã ăn sâu vào họ từ lâu làm nhiều người không thích nghi được gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Điều này cho thấy nghề nghiệp và công việc bên cạnh gây áp lực, căng thẳng thì về mặt tích cực nó tạo nên nguồn cảm hứng, niềm vui trong cuộc sống.

Kết quả phân tích đa biến cũng cho thấy, nhóm bệnh nhân có tình trạng kinh tế gia đình càng thấp thì chất lượng cuộc sống về cảm giác đau, sinh lực và sức khỏe tinh thần càng thấp ( $p<0,05$ ). Kinh tế gia đình đóng vai trò quan trọng trong đời sống hàng ngày cũng như trong việc điều trị bệnh và chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Khi gia đình có điều kiện không có điều kiện kinh tế tốt, đồng nghĩa với bệnh nhân sẽ lo lắng nhiều đến chi phí điều trị. Kéo theo việc có thể bệnh nhân sẽ không đủ điều kiện điều trị tốt làm cho tình trạng bệnh ngày càng trầm trọng và có thể cảm giác đau sẽ tăng do không được điều trị đúng làm CLCS giảm. Mặt khác, không có điều kiện kinh tế liên quan trực tiếp đến cuộc sống hàng ngày làm cho CLCS về tinh thần của nhóm người này thấp hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Farzana Saleh năm 2015 tại Bangladesh khi cho thấy chất lượng cuộc sống về cảm giác đau có sự khác nhau giữa mức thu nhập các gia đình [5]. Kết quả nghiên cứu của Morteza Shamshirgaran trong giai đoạn 2006-2016 tại New Zealand cũng cho thấy thu nhập thấp có liên quan đến chất lượng cuộc sống kém hơn [9].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm có thời gian điều trị ĐTD càng lâu thì CLCS về cảm giác đau, sức khỏe chung và hạn chế sức khỏe tinh thần càng thấp ( $p<0,05$ ). Điều này cũng phù hợp thực tế khi bệnh nhân điều trị càng lâu dài có thể dẫn đến thái độ tuân thủ điều trị kém từ đó tác động đến việc kiểm soát đường huyết gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Một trong những yếu tố gây ảnh hưởng đến CLCS bệnh nhân ĐTĐ nhiều nhất, đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu đó là biến chứng và bệnh kèm theo. Kết quả phân tích đa biến của chúng tôi cũng cho thấy nhóm bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng và có bệnh kèm theo thì CLCS về hoạt động thể chất, các hạn chế hoạt động thể chất, cảm giác đau, sức khỏe chung, hoạt động xã hội, hạn chế sức khỏe tinh thần thấp hơn ( $p < 0,05$ ). ĐTĐ thuộc nhóm bệnh mạn tính, ĐTĐ kèm thêm bệnh khác gây ảnh hưởng đến việc hoạt động thể chất của bệnh nhân. Ngoài ra ĐTĐ có thể dẫn đến biến chứng về tim, mắt, não, thận... Trong thực tế cho thấy, các biến chứng của đái tháo đường đều làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, nhất là các hạn chế về sức khỏe thể chất. Dù có 1 hay nhiều biến chứng cũng đều ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS của người bệnh. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Trần Ngọc Hoàng khi cho thấy các biến chứng tai biến mạch máu não, biến chứng bàn chân và bệnh mạch vành có ảnh hưởng đến các hạn chế sức khỏe tinh thần của người bệnh [2]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Xiyue Jing năm 2018 khi cho thấy nhóm bệnh nhân đái tháo đường kèm theo biến có liên quan đến chất lượng cuộc sống thấp hơn [14].

Kết quả phân tích đa biến của chúng tôi cũng cho thấy nhóm bệnh nhân có sử dụng insulin dạng chích có CLCS về hoạt động thể chất thấp hơn ( $p < 0,05$ ). Việc điều trị insulin bên cạnh việc mang lại điểm tích cực là kiểm soát được đường huyết nhưng cũng gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân do gây ra một số tác dụng ngoài mong muốn. Điều này góp phần giải thích vì sao nhóm không điều trị insulin dạng chích lại có điểm chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm điều trị bằng insulin bằng hình thức này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Saneh Khunkaew tại Thái Lan năm 2019 khi cho thấy tiêm insulin hoặc kết hợp insulin và thuốc uống là những yếu tố dự báo tình trạng chất lượng cuộc sống kém [10]. Tương tự, kết quả nghiên cứu của Shooka Mohammadi năm 2016 tại Iran cũng cho thấy nhóm dùng insulin dạng chích có điểm chất lượng cuộc sống kém hơn nhóm còn lại [11].

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm bệnh nhân kiểm soát chỉ số đường huyết ở mức càng kém thì CLCS về hạn chế sức khỏe thể chất, cảm giác đau, hoạt động xã hội và hạn chế sức khỏe tinh thần càng thấp ( $p < 0,05$ ). Có thể nói, việc kiểm soát đường huyết mang tính chất quyết định trong việc điều trị ĐTĐ. Nếu bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém sẽ kéo theo nhiều vấn đề tiêu cực về sức khỏe khác, gây ảnh hưởng đến CLCS nên kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với thực tế đang diễn ra. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Maria Svedbo năm 2019 tại Thụy Điển cho thấy nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết tốt hơn thường có chất lượng cuộc sống tốt hơn [7].

## V. KẾT LUẬN

Điểm chất lượng cuộc sống bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ dao động trong khoảng 45,31 đến 81,72. Cao nhất là điểm hoạt động xã hội và thấp nhất là điểm sức khỏe chung. Các yếu tố liên quan đến CLCS trong phân tích đa biến là: tuổi, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, thời gian điều trị, bệnh kèm theo, biến chứng, điều trị bằng insulin dạng chích, chỉ số đường huyết ( $p < 0,05$ ).

Trung tâm Y tế quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ cần xây dựng quy trình hướng dẫn, giáo dục sức khỏe phù hợp với cho người bệnh ĐTĐ type 2 hàng tháng khi họ vào khám bệnh định kỳ. Cán bộ y tế trực tiếp khám và điều trị cho bệnh nhân cần chú ý đến nhóm người bệnh có các yếu tố liên quan đến CLCS thấp như trên.

Cần tiếp tục có các nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTĐ trên quy mô rộng hơn để có cái nhìn toàn diện hơn về CLCS của người bệnh ĐTĐ type 2 tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Hải và các cs (2019), “Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ngoại trú đái tháo đường type 2 tại trung tâm y tế thành phố Vĩnh Yên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 29(15), trang 46 – 51.
2. Trần Ngọc Hoàng và cộng sự (2015), “Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Nhân dân 115”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18(2), trang 161 – 167.
3. Nguyễn Hương Lan và các cs (2018), “Chất lượng cuộc sống và tuân thủ điều trị của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018”, *Tạp chí Y học dự phòng*, 28(6), trang 102 – 109.
4. Hoàng Thị Tuyết Nhi và Tô Gia Kiên (2019), “Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2018”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 23(2), trang 31 – 37.
5. Farzana Saleh et al (2015), “Assessment of health-related quality of life of Bangladeshi patients with type 2 diabetes using the EQ-5D: a cross-sectional study”, *BMC Research Notes*, 8, pp.497 – 505.
6. Jame E Graham, Stoeber DG, Ostir GV, et al. (2007), “Health related quality of life in older Mexican Americans with diabetes: A cross-sectional study”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, pp.39 – 45.
7. Maria Svedbo Engström et al (2019), “Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes – a nationwide cross-sectional study”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, pp.141 – 151.
8. Mohammad Reza Abedini et al (2020), “The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in Birjand”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, pp.18 – 25.
9. Morteza Shamshirgaran et al (2020) “Longitudinal assessment of the health-related quality of life among older people with diabetes: results of a nationwide study in New Zealand”, *BMC Endocrine Disorders*, 20, pp.32 – 40.
10. Sanee Khunkaew et al (2019), “Demographic and clinical predictors of health-related quality of life among people with type 2 diabetes mellitus living in northern Thailand: A cross-sectional study”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, pp.177 – 185.
11. Shooka Mohammadi et al (2016), “Evaluation of quality of life among type 2 diabetes patients”, *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(1), pp.51 – 56.
12. Ware J (2000), “SF-36 Health Survey Update”, *Spine*, 25 (24), pp. 3130-3139.
13. World Health Organization (2016), *Global report on diabetes*, Geneva – Switzerland.
14. Xiyue Jing et al (2018), “Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis”, *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, pp.189 – 203.

(Ngày nhận bài: 05/10/2020 - Ngày duyệt đăng: 12/12/2020)

---