

# Chất lượng giáo dục sức khỏe đối với bệnh nhân đái tháo đường điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Dương Thị Ngọc Lan\*, Nguyễn Thị Mai Lan

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính phổ biến, gây nhiều biến chứng nặng và đòi hỏi bệnh nhân có kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc. Giáo dục sức khỏe (GDSK) trước khi xuất viện đóng vai trò quan trọng, trong đó điều dưỡng là lực lượng thực hiện chính. Tuy nhiên, chất lượng GDSK tại bệnh viện còn nhiều hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả phản hồi của bệnh nhân ĐTĐ về chất lượng GDSK xuất viện của điều dưỡng; (2) Khảo sát các yếu tố liên quan đến phản hồi này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 110 bệnh nhân ĐTĐ tại Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Công cụ đánh giá là thang điểm QDTS. Dữ liệu được xử lý bằng thống kê mô tả, kiểm định t-test, ANOVA và hồi quy tuyến tính đa biến ( $p < 0,05$ ). **Kết quả:** Điểm trung bình toàn thang QDTS là  $7,91 \pm 0,38$ . Nội dung cần thiết cao hơn nội dung thực tế nhận được. Ba yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: giới tính, bác sĩ và điều dưỡng là người cung cấp thông tin. Một số yếu tố khác như bệnh kèm, tiền sử gia đình và HbA1c có liên quan bước đầu nhưng không còn ý nghĩa khi phân tích đa biến. **Kết luận:** Bệnh nhân đánh giá chất lượng GDSK ở mức khá, nhưng vẫn còn chênh lệch giữa mong đợi và nội dung nhận được. Giới tính và người cung cấp thông tin là các yếu tố liên quan đáng kể. Cần tăng cường kỹ năng giao tiếp và cá nhân hóa nội dung GDSK nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sau xuất viện.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, giáo dục sức khỏe, điều dưỡng, xuất viện, QDTS.

# Quality of health education for inpatients with diabetes at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Duong Thi Ngoc Lan\*, Nguyen Thi Mai Lan

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

## Abstract

**Background:** Diabetes mellitus (DM) is a common chronic disease that requires patient education for effective self-management. Discharge health education, mainly delivered by nurses, is essential but still limited in practice. **Objectives:** (1) To assess diabetic patients' feedback on the quality of nurse-led discharge health education before discharge; (2) To identify associated factors. **Materials and methods:** A cross-sectional analytic study was conducted on 110 inpatients with DM at the Internal Medicine Department, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. The Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS) was used. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, and multivariate linear regression ( $p < 0.05$ ). **Results:** The mean QDTS score was  $7.91 \pm 0.38$ . Perceived necessary content was higher than the content actually received. Three factors significantly associated with higher QDTS scores were gender, receiving education from doctors, and from nurses. Other factors (comorbidities, family history, HbA1c) showed initial correlation but lost significance in multivariate analysis. **Conclusion:** Patients rated DHE quality at a moderate level, though unmet information needs remain. Gender and provider role were key associated factors. Enhancing communication skills and customizing DHE content are crucial to improve post-discharge care.

**Keywords:** Diabetes mellitus, health education, nursing, discharge, QDTS.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính phổ biến với tốc độ gia tăng nhanh và gây gánh nặng lớn cho y tế toàn cầu. Năm 2021, có khoảng 537 triệu người mắc ĐTĐ và con số này dự kiến tăng lên 783 triệu

vào năm 2045; trung bình mỗi 8 giây có 1 người tử vong do biến chứng liên quan [1]. WHO cũng ghi nhận số ca mắc tăng mạnh, đặc biệt tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ở người trưởng thành là 7,1% (năm 2021),

\*Tác giả liên hệ: Dương Thị Ngọc Lan, email: dtnlan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/2/2025; Ngày đồng ý đăng: 20/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

tương đương gần 3,8 triệu người [3]. Bệnh gây nhiều biến chứng nặng nề như tim mạch, suy thận, tổn thương võng mạc, loét chân và nhiễm trùng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống. Hơn 55% bệnh nhân đã từng gặp ít nhất một biến chứng [1]. Do chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn, mục tiêu điều trị hiện nay tập trung vào kiểm soát đường huyết và phòng ngừa biến chứng qua điều chỉnh lối sống, dùng thuốc và GDSK.

GDSK, đặc biệt vào thời điểm xuất viện, là yếu tố then chốt giúp bệnh nhân nâng cao kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc và tuân thủ điều trị. Chất lượng giáo dục được đánh giá qua mức độ đầy đủ, dễ hiểu và hiệu quả của thông tin được cung cấp, phản ánh khả năng áp dụng vào thực tế của bệnh nhân [4]. Vai trò của điều dưỡng trong giai đoạn này rất quan trọng, nhưng thực tế cho thấy hoạt động GDSK tại bệnh viện còn nhiều hạn chế.

Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: (1) *Mô tả phản hồi của bệnh nhân ĐTĐ về chất lượng GDSK xuất viện của điều dưỡng tại Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế;* (2) *Khảo sát các yếu tố liên quan đến phản hồi của bệnh nhân về chất lượng GDSK xuất viện.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, tháng 03/2024 đến tháng 03/2025.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 110 bệnh nhân điều trị ĐTĐ có chỉ định xuất viện tại khoa Nội Tổng hợp – Nội tiết – Cơ xương khớp, Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế.

**2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** BN điều trị ĐTĐ có chỉ định xuất viện trong vòng 4 giờ trước khi BN xuất viện, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không có đủ khả năng giao tiếp, BN có rối loạn tâm thần không thể trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

### 2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng trung bình:  $n = (Z_{1-\alpha/2})^2 \times \sigma^2 / d^2$ , trong đó  $Z = 1,96$  với  $\alpha = 0,05$ ;  $\sigma = 2,64$  theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thanh và cs. (2022) [5];  $d = 0,5$  là sai số mong muốn. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu

cần là 107 bệnh nhân. Nghiên cứu đã thu thập tổng cộng 110 mẫu, đảm bảo yêu cầu về cỡ mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

### 2.5. Biến số/Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, khu vực sinh sống, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống.

- Yếu tố liên quan đến bệnh ĐTĐ của BN: Số năm mắc bệnh ĐTĐ, loại thuốc đang sử dụng, gia đình có ai mắc ĐTĐ, năm viện lần đầu, nồng độ đường máu (lúc vào viện và trước khi xuất viện), HbA1C gần nhất, bệnh mạn tính kèm theo, số ngày nằm viện, số lần nhập viện vì bệnh ĐTĐ, kiến thức về bệnh ĐTĐ, ai là người cung cấp kiến thức.

- Thang đo chất lượng GDSK xuất viện (Quality of Discharge Teaching Scale-QDTS) do Weiss (2007) phát triển gồm 25 câu, đánh giá chất lượng GDSK xuất viện trong 4 giờ trước khi bệnh nhân ra viện. Thang chia thành hai phần: nội dung GDSK (6 cặp câu hỏi cần và nhận) và kỹ năng GDSK của điều dưỡng (13 câu). Mỗi câu được chấm theo thang Likert 0–10; điểm trung bình càng cao thể hiện chất lượng GDSK càng tốt. Điểm trung bình của phần nội dung bệnh nhân đã nhận được (6 câu) và phần kỹ năng giáo dục của điều dưỡng (13 câu) được tính riêng, sau đó tính trung bình cộng hai phần để ra điểm QDTS chung [6]. Bộ câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt bởi Nguyễn Thị Thanh Thanh và cộng sự (2024) [7].

- Thang đo kiến thức về bệnh ĐTĐ được đánh giá bằng bộ DKQ-24 do Garcia et al. phát triển [8], gồm 24 câu hỏi. Tổng điểm dao động từ 0 đến 24, điểm số càng cao phản ánh mức độ kiến thức về bệnh càng tốt. Bản dịch tiếng Việt bởi Nguyễn Thị Diệu Linh tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, đã được kiểm định độ tin cậy với Cronbach's alpha từ 0,7 - 0,85 [9].

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Thống kê mô tả trình bày đặc điểm mẫu và các biến nghiên cứu. Phân phối chuẩn được kiểm tra bằng chỉ số skewness. T-test, ANOVA, tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để phân tích mối liên hệ và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng GDSK, với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên nguyên tắc tự nguyện, tất cả đối tượng được giải thích rõ mục tiêu và nội dung trước khi tham gia. Việc thu thập dữ liệu được tiến hành trong vòng 4 giờ trước xuất viện, không ảnh hưởng đến điều trị. Thông tin thu thập được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1.** Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

|                   | Đặc điểm                | Số lượng (n)  | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|-------------------------|---------------|-----------|
| Tuổi              | < 60                    | 47            | 42,7      |
|                   | ≥ 60                    | 63            | 57,3      |
|                   | Tuổi trung bình ± ĐLC   | 62,81 ± 14,61 |           |
| Giới              | Nam                     | 47            | 42,7      |
|                   | Nữ                      | 63            | 57,3      |
| Khu vực sinh sống | Nông thôn               | 67            | 60,9      |
|                   | Thành thị               | 43            | 39,1      |
| Trình độ học vấn  | Không đi học            | 14            | 12,7      |
|                   | Tiểu học - THCS         | 67            | 60,9      |
|                   | THPT                    | 21            | 19,1      |
|                   | Trung cấp, cao đẳng     | 7             | 6,4       |
|                   | Đại học, sau đại học    | 1             | 0,9       |
| Nghề nghiệp       | Hưu trí                 | 7             | 6,4       |
|                   | Nông dân                | 14            | 12,7      |
|                   | Công nhân               | 8             | 7,3       |
|                   | Sinh viên               | 2             | 1,8       |
|                   | Cán bộ công chức        | 5             | 4,5       |
|                   | Buôn bán                | 8             | 7,3       |
|                   | Nội trợ                 | 15            | 13,6      |
|                   | Mất sức lao động        | 39            | 35,5      |
| Hoàn cảnh sống    | Khác                    | 12            | 10,9      |
|                   | Sống một mình           | 7             | 6,4       |
|                   | Sống với vợ/chồng       | 8             | 7,3       |
|                   | Sống chung với gia đình | 95            | 86,4      |

Người tham gia nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, nữ giới, sống ở khu vực nông thôn, với trình độ học vấn thấp và sống chung với gia đình.

**Bảng 2.** Tiền sử và đặc điểm bệnh tật của đối tượng nghiên cứu

|                                    | Đặc điểm         | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------------|------------------|--------------|-----------|
| Gia đình có người bị ĐTD           | Không            | 65           | 59,1      |
|                                    | Có               | 45           | 40,9      |
| Thành viên trong gia đình mắc bệnh | Cha              | 14           | 12,7      |
|                                    | Mẹ               | 14           | 12,7      |
|                                    | Anh, chị em ruột | 11           | 10        |
|                                    | Con ruột         | 6            | 5,5       |
| Lần đầu phát hiện ĐTD              | Không            | 93           | 84,5      |
|                                    | Có               | 17           | 15,5      |
| Thời gian mắc bệnh                 | < 1 năm          | 26           | 23,6      |
|                                    | 1 - 5 năm        | 46           | 41,8      |
|                                    | 5 - 10 năm       | 24           | 21,8      |
|                                    | ≥ 10 năm         | 14           | 12,7      |

|                                                             |                               |                        |              |      |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------|------|
| Loại thuốc đang sử dụng                                     | Thuốc tiêm                    | 23                     | 20,9         |      |
|                                                             | Thuốc uống                    | 37                     | 33,6         |      |
|                                                             | Thuốc tiêm và thuốc uống      | 50                     | 45,5         |      |
| Hiện tại có làm việc không                                  | Có                            | 49                     | 44,5         |      |
|                                                             | Không                         | 61                     | 55,5         |      |
| Lý do vào viện lần này                                      | ĐTĐ                           | 26                     | 23,6         |      |
|                                                             | Không phải ĐTĐ                | 84                     | 76,4         |      |
| Số lần nhập viện vì bệnh ĐTĐ                                | Lần đầu tiên                  | 17                     | 15,5         |      |
|                                                             | Lần thứ 2                     | 24                     | 21,8         |      |
|                                                             | ≥ 2 lần                       | 69                     | 62,7         |      |
| Bệnh kèm                                                    | Không có                      | 19                     | 17,3         |      |
|                                                             | < 2 bệnh kèm                  | 32                     | 29,1         |      |
|                                                             | ≥ 2 bệnh kèm                  | 59                     | 53,6         |      |
| Thời gian nằm viện                                          | < 10 ngày                     | 72                     | 65,5         |      |
|                                                             | 10 - 20 ngày                  | 37                     | 33,6         |      |
|                                                             | ≥ 20 ngày                     | 1                      | 0,9          |      |
|                                                             | Trung bình ± ĐLC              | 8,77 ± 4,16            |              |      |
|                                                             | Kiểm soát đường máu           | Đường máu khi vào viện | 15,70 ± 6,21 |      |
|                                                             | Đường máu trước khi xuất viện | 6,30 ± 1,52            |              |      |
|                                                             | HbA1C                         | 9,18 ± 2,66            |              |      |
| Kiến thức bệnh ĐTĐ (thang đo DQK-24)                        |                               | 10,38 ± 2,32           |              |      |
| Người cung cấp thông tin về bệnh ĐTĐ trong đợt nằm viện này | Bác sĩ                        | Có                     | 97           | 88,2 |
|                                                             |                               | Không                  | 13           | 11,8 |
|                                                             | Điều dưỡng                    | Có                     | 100          | 90,9 |
|                                                             |                               | Không                  | 10           | 9,1  |
|                                                             | Sinh viên                     | Có                     | 30           | 27,3 |
|                                                             |                               | Không                  | 80           | 72,7 |

Phần lớn bệnh nhân không có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường và đã được chẩn đoán bệnh từ trước. Đa số mắc bệnh trên 1 năm, đang điều trị kết hợp thuốc tiêm và uống. Hơn một nửa không còn đi làm và phần lớn nhập viện không vì lý do chính là đái tháo đường. Tỷ lệ bệnh mạn tính kèm theo cao. Đa số bệnh nhân được bác sĩ hoặc điều dưỡng cung cấp thông tin trong thời gian nằm viện.

### 3.2. Chất lượng giáo dục sức khỏe

#### 3.2.1. Chất lượng giáo dục sức khỏe xuất viện của điều dưỡng đối với bệnh nhân

**Bảng 3.** Chất lượng GDSK xuất viện của ĐD đối với bệnh nhân ĐTĐ

| Chất lượng GDSK                          | Tổng điểm            | Trung bình ± DLC   | Max         | Min         |
|------------------------------------------|----------------------|--------------------|-------------|-------------|
| Nội dung cần thiết                       | 51,52 ± 3,70         | 8,59 ± 0,62        | 7,33        | 10,00       |
| Nội dung nhận được                       | 49,12 ± 4,01         | 8,19 ± 0,67        | 9,33        | 4,83        |
| Kỹ năng của ĐD trong việc GDSK xuất viện | 101,30 ± 5,06        | 7,79 ± 0,39        | 8,69        | 6,70        |
| <b>Chất lượng GDSK xuất viện</b>         | <b>150,42 ± 7,20</b> | <b>7,91 ± 0,38</b> | <b>8,63</b> | <b>6,89</b> |

Chất lượng GDSK xuất viện do điều dưỡng thực hiện được bệnh nhân đánh giá khá cao, với điểm trung bình toàn thang là 7,91 ± 0,38. Nội dung được cung cấp có xu hướng thấp hơn so với nội dung bệnh nhân mong đợi. Kỹ năng truyền đạt của điều dưỡng đạt mức tốt, cho thấy vai trò tích cực của điều dưỡng trong hỗ trợ bệnh nhân ĐTĐ trước khi xuất viện.

**3.3. Các yếu tố liên quan đến phản hồi của bệnh nhân về chất lượng GDSK xuất viện của điều dưỡng**  
**Bảng 4.** Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với điểm trung bình QDTS

|                   | Đặc điểm nhân khẩu học  | Trung bình $\pm$ DLC | p     |
|-------------------|-------------------------|----------------------|-------|
| Tuổi              | < 60                    | 7,85 $\pm$ 0,44      | 0,122 |
|                   | $\geq$ 60               | 7,97 $\pm$ 0,40      |       |
| Giới tính         | Nam                     | 7,83 $\pm$ 0,37      | 0,037 |
|                   | Nữ                      | 7,98 $\pm$ 0,38      |       |
| Khu vực sinh sống | Nông thôn               | 7,88 $\pm$ 0,39      | 0,223 |
|                   | Thành thị               | 7,97 $\pm$ 0,35      |       |
| Trình độ học vấn  | Không đi học            | 7,89 $\pm$ 0,40      | 0,151 |
|                   | Tiểu học - THCS         | 7,96 $\pm$ 0,33      |       |
|                   | THPT                    | 7,85 $\pm$ 0,46      |       |
|                   | Trung cấp, cao đẳng     | 7,92 $\pm$ 0,46      |       |
|                   | Đại học, sau đại học    | 7,05                 |       |
| Nghề nghiệp       | Hưu trí                 | 8,00 $\pm$ 0,47      | 0,040 |
|                   | Nông dân                | 7,87 $\pm$ 0,40      |       |
|                   | Công nhân               | 7,71 $\pm$ 0,36      |       |
|                   | Sinh viên               | 7,34 $\pm$ 0,41      |       |
|                   | Cán bộ công chức        | 8,14 $\pm$ 0,25      |       |
|                   | Buôn bán                | 7,74 $\pm$ 0,44      |       |
|                   | Nội trợ                 | 8,07 $\pm$ 0,34      |       |
|                   | Mất sức lao động        | 7,98 $\pm$ 0,32      |       |
| Hoàn cảnh sống    | Khác                    | 7,80 $\pm$ 0,40      | 0,384 |
|                   | Sống một mình           | 8,00 $\pm$ 0,35      |       |
|                   | Sống với vợ/chồng       | 8,07 $\pm$ 0,22      |       |
|                   | Sống chung với gia đình | 7,90 $\pm$ 0,38      |       |

Giới tính ( $p = 0,037$ ) và nghề nghiệp ( $p = 0,040$ ) có mối liên quan có ý nghĩa với điểm trung bình chất lượng GDSK, trong đó nữ và nhóm cán bộ công chức, nội trợ có điểm đánh giá cao hơn.

**Bảng 5.** Liên quan giữa tiền sử gia đình và bệnh tật với điểm trung bình chất lượng GDSK.

|                              | Đặc điểm                 | Trung bình $\pm$ DLC | p     |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|-------|
| Gia đình có người bị ĐTĐ     | Không                    | 7,86 $\pm$ 0,39      | 0,042 |
|                              | Có                       | 8,00 $\pm$ 0,35      |       |
| Bệnh mạn tính kèm theo       | Không có                 | 7,77 $\pm$ 0,48      | 0,042 |
|                              | < 2 bệnh                 | 7,86 $\pm$ 0,36      |       |
|                              | $\geq$ 2 bệnh            | 7,99 $\pm$ 0,33      |       |
| Lần đầu phát hiện ĐTĐ        | Không                    | 7,94 $\pm$ 0,37      | 0,802 |
|                              | Có                       | 7,91 $\pm$ 0,387     |       |
| Thời gian mắc bệnh           | < 1 năm                  | 7,87 $\pm$ 0,41      | 0,571 |
|                              | 1 - 5 năm                | 7,93 $\pm$ 0,40      |       |
|                              | 5 - 10 năm               | 7,88 $\pm$ 0,35      |       |
|                              | $\geq$ 10 năm            | 8,03 $\pm$ 0,31      |       |
| Loại thuốc uống đang sử dụng | Thuốc tiêm               | 7,87 $\pm$ 0,29      | 0,051 |
|                              | Thuốc uống               | 8,04 $\pm$ 0,36      |       |
|                              | Thuốc tiêm và thuốc uống | 7,85 $\pm$ 0,41      |       |

|                                                             |                |       |             |       |
|-------------------------------------------------------------|----------------|-------|-------------|-------|
| Lý do vào viện lần này                                      | ĐTĐ            |       | 7,84 ± 0,32 | 0,252 |
|                                                             | Không phải ĐTĐ |       | 7,94 ± 0,40 |       |
| Số lần nhập viện vì bệnh ĐTĐ                                | Lần đầu tiên   |       | 7,94 ± 0,37 | 0,371 |
|                                                             | Lần thứ 2      |       | 7,82 ± 0,40 |       |
|                                                             | ≥ 2 lần        |       | 7,95 ± 0,38 |       |
| Thời gian nằm viện                                          | < 10 ngày      |       | 7,91 ± 0,38 | 0,740 |
|                                                             | 10 - 20 ngày   |       | 7,92 ± 0,37 |       |
|                                                             | ≥ 20 ngày      |       | 8,2         |       |
| Người cung cấp thông tin về bệnh ĐTĐ trong đợt nằm viện này | Bác sĩ         | Không | 7,63 ± 0,44 | 0,003 |
|                                                             |                | Có    | 7,80 ± 0,36 |       |
|                                                             | Điều dưỡng     | Không | 7,69 ± 0,27 | 0,046 |
|                                                             |                | Có    | 7,94 ± 0,38 |       |
|                                                             | Sinh viên      | Không | 7,94 ± 0,35 | 0,351 |
|                                                             |                | Có    | 7,87 ± 0,46 |       |

Điểm trung bình chất lượng GDSK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo tiền sử gia đình mắc ĐTĐ ( $p = 0,042$ ) và số bệnh mạn tính kèm theo ( $p = 0,042$ ). Ngoài ra, người được bác sĩ ( $p = 0,003$ ) và điều dưỡng ( $p = 0,046$ ) cung cấp thông tin có điểm đánh giá cao hơn đáng kể so với nhóm không được cung cấp.

**Bảng 6.** Tương quan Pearson giữa điểm trung bình chất lượng GDSK và một số biến định lượng

| Các yếu tố                    | p     | r      |
|-------------------------------|-------|--------|
| Tuổi                          | 0,037 | 0,199  |
| Đường máu lúc vào viện        | 0,039 | -0,197 |
| Đường máu trước khi xuất viện | 0,041 | -0,195 |
| HbA1C                         | 0,020 | -0,222 |
| Số năm mắc bệnh ĐTĐ           | 0,203 | 0,122  |
| Số ngày nằm viện              | 0,183 | 0,128  |
| Kiến thức bệnh ĐTĐ            | 0,457 | -0,072 |

Điểm trung bình chất lượng GDSK có tương quan yếu với một số biến định lượng, trong đó tương quan âm với HbA1c là rõ nhất ( $r = -0,222$ ;  $p = 0,020$ ).

**Bảng 7.** Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến chất lượng GDSK (Biến phụ thuộc là điểm trung bình QDTS)

| Biến độc lập                  | Hệ số hồi quy B | R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> điều chỉnh) | F     | p*           | KTC 95%       |
|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|-------|--------------|---------------|
| Tuổi                          | 0,041           | 0,296 (0,232)                              | 4,665 | 0,663        | -0,004-0,006  |
| Giới tính                     | 0,189           |                                            |       | <b>0,040</b> | 0,005-0,282   |
| Gia đình có người mắc ĐTĐ     | 0,120           |                                            |       | 0,182        | -0,017-0,088  |
| Bệnh mạn tính kèm theo        | 0,147           |                                            |       | 0,107        | -0,016-0,163  |
| Đường máu lúc vào viện        | -0,090          |                                            |       | 0,408        | -0,019- 0,008 |
| Đường máu trước khi xuất viện | -0,156          |                                            |       | 0,164        | -0,105-0,018  |
| HbA1c                         | -0,096          |                                            |       | 0,408        | -0,049-0,020  |
| Bác sĩ cung cấp thông tin     | 0,303           |                                            |       | <b>0,001</b> | 0,148-0,560   |
| ĐD cung cấp thông tin         | 0,200           |                                            |       | <b>0,023</b> | 0,037-0,487   |

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giải thích được 29,6% sự biến thiên điểm GDSK ( $R^2$  hiệu chỉnh = 0,232). Ba biến có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) gồm giới tính, bác sĩ và điều dưỡng cung cấp thông tin. Phương trình hồi quy: Chất lượng GDSK = 7,375 + 0,144 × (giới tính) + 0,354 × (bác sĩ cung cấp) + 0,262 × (điều dưỡng cung cấp).



#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đánh giá chất lượng GDSK xuất viện ở mức khá, với điểm trung bình toàn thang là  $7,91 \pm 0,38$ . Tuy nhiên, có sự chênh lệch giữa nội dung được cho là cần thiết (8,59 điểm) và nội dung thực tế nhận được (8,19 điểm), phản ánh khoảng cách giữa kỳ vọng và thông tin thực tế được cung cấp. Các nội dung có tính thực hành cao như sử dụng thuốc và chăm sóc tại nhà được đánh giá cao, cho thấy bệnh nhân ưu tiên những kiến thức có khả năng ứng dụng trực tiếp. Kỹ năng của điều dưỡng - đặc biệt là sự nhạy bén với giá trị cá nhân - được phản hồi tích cực, tuy nhiên nội dung “kiểm tra đảm bảo bệnh nhân hiểu thông tin” có điểm trung bình thấp nhất. Nghiên cứu đặt ra một cảnh báo quan trọng là không chỉ cần đủ nội dung, mà cách truyền đạt cũng phải hiệu quả, nếu không thông tin sẽ không thể chuyển hóa thành hành động tự chăm sóc sau xuất viện. Điều này phù hợp với nhận định của Whitehead & Myers rằng giao tiếp hiệu quả không chỉ là truyền tải thông tin, mà còn là khả năng giúp bệnh nhân hiểu, nhớ và áp dụng. [10]. So sánh với nghiên cứu của Weiss (2007), điểm trung bình chất lượng GDSK trong nghiên cứu này cao hơn (7,91 so với 7,6 điểm) [6], có thể do đặc thù bệnh mạn tính và thời gian nằm viện dài hơn. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Song và cộng sự (2020) tại Trung Quốc với điểm trung bình  $155,79 \pm 23,29$  [11], kết quả vẫn còn thấp, phản ánh rằng nội dung giáo dục cho bệnh nhân ĐTĐ ở Việt Nam cần cải thiện cả về tính hệ thống và mức độ cá nhân hóa.

Về các yếu tố liên quan, nghiên cứu cho thấy nữ giới có xu hướng đánh giá cao hơn chất lượng GDSK, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy nữ thường quan tâm hơn đến sức khỏe và tương tác tích cực với nhân viên y tế [11]. Một số yếu tố khác như tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, có  $\geq 2$  bệnh mạn tính kèm theo và chỉ số HbA1c cũng có mối liên quan trong phân tích hai biến. Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, các yếu tố này không còn giữ ý nghĩa thống kê độc lập. Điều này phù hợp với kết

l luận của Wei và cộng sự (2020), rằng ảnh hưởng của bệnh nền đến đánh giá chất lượng GDSK có thể bị trung gian bởi mức độ hỗ trợ xã hội, năng lực tự chăm sóc và tương tác với nhân viên y tế [12]. Đáng chú ý, HbA1c có tương quan âm với điểm GDSK, gợi ý rằng những bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém có thể thiếu kiến thức hoặc chưa áp dụng hiệu quả các nội dung đã được hướng dẫn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Stratton và cộng sự (2000), cho thấy kiểm soát HbA1c là yếu tố quan trọng để phòng biến chứng vi mạch và tim mạch [13]. Tuy nhiên, theo lý thuyết chuyển tiếp của Meleis, việc đạt được hiệu quả lâu dài không chỉ phụ thuộc vào giáo dục ban đầu mà còn cần có sự chuẩn bị, hỗ trợ và thích nghi sau xuất viện [14]. Từ các phân tích trên, có thể thấy rằng cải thiện chất lượng GDSK không chỉ dừng lại ở việc cung cấp đủ nội dung mà cần chú trọng đến cách truyền đạt, cá nhân hóa thông tin và duy trì hỗ trợ sau xuất viện. Đào tạo kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng, phối hợp liên chuyên môn và triển khai các chương trình giáo dục liên tục là chiến lược cần thiết để nâng cao hiệu quả chăm sóc bệnh nhân ĐTĐ trong giai đoạn chuyển tiếp.

#### 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đái tháo đường đánh giá chất lượng GDSK xuất viện do điều dưỡng thực hiện ở mức khá, tuy nhiên vẫn tồn tại khoảng cách giữa nhu cầu thông tin và nội dung thực tế được cung cấp. Các yếu tố như giới tính, người cung cấp thông tin (bác sĩ, điều dưỡng) có liên quan đáng kể đến mức độ hài lòng của bệnh nhân. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều dưỡng trong hỗ trợ bệnh nhân chuẩn bị xuất viện, đồng thời cho thấy cần tăng cường kỹ năng giao tiếp, cá nhân hóa nội dung và xây dựng chương trình GDSK phù hợp với từng nhóm đối tượng nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc và tự quản lý bệnh sau xuất viện. Khoa nên xây dựng chiến lược cải tiến GDSK bằng cách lập nhóm chuyên trách GDSK, sử dụng tài liệu in hoặc video giáo dục hỗ trợ bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas 10th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021;183:109119.
2. World Health Organization. Global and regional diabetes prevalence estimates for 1990–2022: Results

- from the WHO Global report on diabetes 2022. Geneva: WHO; 2022.
3. Bộ Y tế. Báo cáo tình hình bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. Hà Nội: Bộ Y tế; 2021.
4. Liu J, et al. The effectiveness of health education on self-management of chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103498.

5. Nguyễn Thị Thanh Thanh, Nguyễn Thị Thu Thảo, Nguyễn Thị Mây, Dương Đức Hòa, Hồ Duy Bính. Sự đáp ứng nhu cầu về thông tin giáo dục sức khỏe xuất viện ở bệnh nhân sau phẫu thuật. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2022;12(6).
6. Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. Clin Nurse Spec. 2007;21(1):31-42.
7. Nguyễn Thị Thanh Thanh, Hồ Thị Mỹ Yến. Chuyển ngữ, thích ứng văn hóa và thẩm định bộ câu hỏi chất lượng giáo dục sức khỏe. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế. 2024;Số đặc biệt Hội nghị khoa học điều dưỡng (11/2024).
8. García AA, Villagomez ET, Brown SA, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care. 2001;24(1):16-21.
9. Nguyễn Thị Diệu Linh, Phạm Văn Bình, Trần Ngọc Thảo. Đánh giá độ tin cậy và giá trị của bộ câu hỏi DKQ-24 trong đo lường kiến thức bệnh đái tháo đường type 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;489(2):126-132.
10. Whitehead LC, Myers AM. Health education and communication in chronic illness: A literature review of interventions for nurse-led discharge planning. Nurs Praxis N Z. 2016;32(1):5-17.
11. Song Y, Huang J, Huang M, Zhu Y, Jiang D, Lv Y. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in patients with chronic diseases: A multi-center cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2020;20:911.
12. Wei X, Wang H, Chen L, Zhang L, Wang Y. Quality of discharge teaching among patients with chronic diseases in China: A multicenter cross-sectional survey. BMC Nurs. 2020;19:65.
13. Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes: Prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-412.
14. Meleis AI. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010. p.11-29.