

Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế

Võ Đức Trí, Nguyễn Phước Bích Ngọc

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. ĐTĐ là bệnh mạn tính nguy hiểm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất và làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân. **Mục tiêu:** (1) Phân tích CLCS của bệnh nhân ĐTĐ điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. (2) Đánh giá các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐTĐ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 253 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Sử dụng bộ câu hỏi EuroQoL-5 dimension-5 level (EQ-5D-5L) để đánh giá CLCS. **Kết quả:** Điểm CLCS theo thang điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,85 (khoảng tứ phân vị (IQR) = 0,28). Điểm trung bình CLCS theo thang điểm EQ-VAS là 64,07 (SD=16,99). Tuổi càng cao thì CLCS của bệnh nhân càng giảm. Về nghề nghiệp, nhóm bệnh nhân không đi làm có CLCS thấp nhất so với các nhóm lao động. Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì có CLCS càng cao. Nhóm có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm có CLCS thấp hơn các nhóm khác. **Kết luận:** Điểm CLCS theo thang điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,85 (IQR=0,28). Điểm trung bình CLCS theo thang điểm EQ-VAS là 64,07 (SD=16,99). Tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và thời gian phát hiện bệnh được ghi nhận là những yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐTĐ.

Từ khóa: EQ-5D-5L, chất lượng cuộc sống, đái tháo đường.

Abstract

Assessment of the health-related quality of life in outpatients with diabetes mellitus at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Vo Duc Tri, Nguyen Phuoc Bich Ngoc

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: The prevalence of diabetes mellitus (DM) has been increasing significantly in the world as well as in Viet Nam. DM is a serious and complex chronic disease that affects the physical health of the patients and lower health-related quality of life (HRQoL). **Objectives:** (1) To analyze the HRQoL in DM outpatients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. (2) To evaluate the associated factors in outpatients with DM. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 253 outpatients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. EuroQoL-5 dimension-5 level (EQ-5D-5L) scale was used for the assessment of HRQoL. **Results:** The median of the EQ-5D index was 0.85 (interquartile range (IQR) = 0.28). The mean of EQ-VAS score was 64.07 (SD=16.99). Aging was associated with lower HRQoL. Unemployed participants had the lowest HRQoL index compared to workers. Higher educational levels led to higher HRQoL. Patients with DM duration of over 10 years had lower HRQoL index than the other groups. **Conclusion:** The median of the EQ-5D index was 0.85 (IQR = 0.28). The mean of EQ-VAS score was 64.07 (SD=16.99). The HRQoL in diabetic patients was associated with age, occupation, level of education and DM duration.

Key words: EQ-5D-5L, quality of life, diabetes mellitus.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng trở thành một vấn đề sức khỏe toàn cầu, là một trong bốn nhóm bệnh không lây nhiễm chủ yếu [22]. Tất cả các tıp ĐTĐ nếu không được kiểm soát tốt có thể dẫn đến biến chứng ở nhiều cơ quan của cơ thể. Bệnh tiến

triển không chỉ làm gia tăng chi phí điều trị và nguy cơ dẫn đến tử vong mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân. Hướng dẫn điều trị của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (2019) cũng đã đưa CLCS trở thành một trong những mục tiêu điều trị chính, bên cạnh mục tiêu ngăn chặn các biến chứng.

Những nghiên cứu đánh giá CLCS sẽ là cơ sở để từ đó xây dựng các giải pháp nhằm nâng cao CLCS cho bệnh nhân ĐTĐ. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu sau:

1. Phân tích chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

2. Đánh giá các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ ngày 18/10/2019 đến ngày 21/01/2020, đáp ứng các tiêu chuẩn:

(1) Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ, khám chữa bệnh ngoại trú tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian nêu trên.

(2) Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị hạn chế về giao tiếp, không có khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không can thiệp.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu:

Phỏng vấn bệnh nhân bằng bộ câu hỏi bao gồm ba phần chính:

(1) Thông tin chung: tuổi, giới tính, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

(2) Thông tin bệnh lý: bệnh mắc kèm, HbA1c, thời gian phát hiện bệnh và việc sử dụng insulin.

(3) Bộ công cụ đánh giá CLCS: EQ-5D-5L (do nhóm nhà khoa học Châu Âu – Tập đoàn EuroQol xây dựng), gồm hai phần:

- Phần 1: Bộ câu hỏi gồm 5 câu hỏi tương ứng với 5 khía cạnh (sự đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, đau/khó chịu, lo lắng/u sầu) và sử dụng thang điểm đo lường CLCS dành cho người Việt Nam để quy đổi các hệ số của từng khía cạnh sang giá trị CLCS [14].

- Thang đo trực quan EQ-VAS (Visual analogue scale) đánh giá tình trạng sức khỏe của bệnh nhân với thang điểm từ 0 (xấu nhất) đến 100 (tốt nhất) [6].

2.2.3. Cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu yêu cầu tối thiểu là:

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{S^2}{d^2}$$

Trong đó:

N: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$)

S: độ lệch chuẩn (theo một nghiên cứu đã tiến hành = 0,14 [15])

d: ước lượng khoảng sai lệch cho phép (ước lượng là 0,018)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ($Z_{(0,975)} = 1,96$)

Từ đó tính được giá trị N tối thiểu là 233 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập nghiên cứu trên 253 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ nêu trên, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng mẫu cần thiết.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu:

Số liệu sau khi thu thập được nhập vào Microsoft Excel 2007 và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tất cả các biến phân loại được thống kê mô tả qua tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD) hoặc giá trị trung vị (nếu phân phối không chuẩn). Thống kê phân tích: (1) dữ liệu có phân phối chuẩn sử dụng kiểm định T-test, Anova test; (2) dữ liệu phân phối không chuẩn sử dụng kiểm định Mann-Whitney, Kruskal Wallis. Giá trị $p < 0,05$ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan tới CLCS. Phương pháp Stepwise được sử dụng để đưa từng biến vào mô hình cho đến khi có được mô hình tốt nhất. Các biến được chọn phải có p của hệ số nhỏ hơn hoặc bằng 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về nhân khẩu học

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=253)

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	93	36,8
	Nữ	160	63,2
Tuổi	< 40	10	4,0
	40 – 59	86	34,0
	≥ 60	157	62,0
	Trung bình (năm) ± SD	63,40 ± 13,85	

Nghề nghiệp	Không đi làm	142	56,1
	Lao động chân tay	91	36,0
	Lao động trí thức	20	7,9
Trình độ học vấn	Dưới THPT	173	68,4
	THPT	50	19,8
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/ Sau đại học	30	11,8

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ, chiếm tỷ lệ 63,2%. Độ tuổi trung bình là 63,40 ± 13,85. Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (62,0%). Nhóm bệnh nhân không đi làm chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%) và nhóm lao động trí thức chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,9%) trong mẫu khảo sát. Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THPT, tỷ lệ 68,4%.

3.2. Đặc điểm liên quan bệnh lý

Bảng 2. Một số đặc điểm liên quan bệnh lý của đối tượng nghiên cứu (N=253)

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh mắc kèm/biến chứng	Có	216	85,4
	Không	37	14,6
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	≤ 1	24	9,5
	Từ trên 1 – 5	83	32,8
	Từ trên 5 – 10	69	27,3
	> 10	75	29,6
	Không có thông tin	2	0,8
	Trung vị (IQR)	7,00 (9,00)	
Mức HbA1c (%)	< 7%	64	25,3
	≥ 7%	119	47,0
	Không có thông tin	70	27,7
	Trung bình ± SD	8,06 ± 1,85	

Nhận xét: Có 85,4% bệnh nhân ĐĐT có bệnh mắc kèm. Thời gian phát hiện bệnh có giá trị trung vị bằng 7,00 (IQR = 9,00). Trong đó bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ trên 1 – 5 (năm) chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,8%. Giá trị trung bình HbA1c của mẫu nghiên cứu là 8,06 ± 1,85 % và có 47,0% bệnh nhân có HbA1c ≥ 7%.

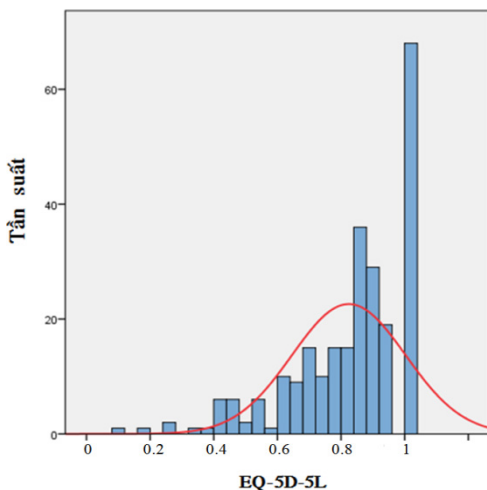
3.3. Đánh giá các khía cạnh CLCS của bệnh nhân ĐĐT

Bảng 3. Các khía cạnh CLCS theo bộ công cụ EQ5D (n = 253)

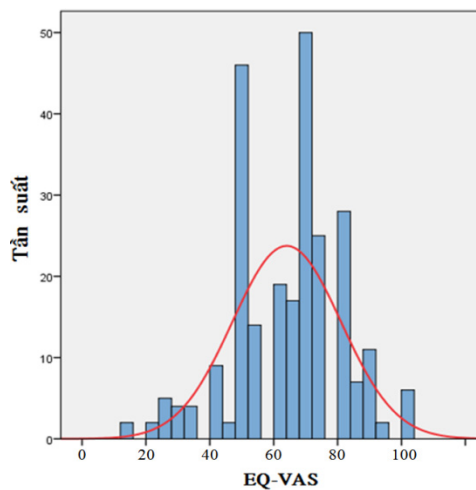
Đặc điểm			Sự đi lại	Tự chăm sóc	Sinh hoạt thường lệ	Đau/khó chịu	Lo lắng/u sầu	
Không có vấn đề	Mức độ 1	Số lượng	141	224	175	108	176	
		Tỷ lệ (%)	55,7	88,5	69,2	42,7	69,6	
Có vấn đề	Mức độ 2	Số lượng	55	21	44	78	56	
		Tỷ lệ (%)	21,7	8,3	17,3	30,8	22,1	
	Mức độ 3	Số lượng	47	8	9	55	19	
		Tỷ lệ (%)	18,6	3,2	3,6	21,7	7,5	
	Mức độ 4	Số lượng	10	0	5	12	2	
		Tỷ lệ (%)	4,0	0	2,0	4,8	0,8	
	Mức độ 5	Số lượng	0	0	20	0	0	
		Tỷ lệ (%)	0	0	7,9	0	0	
	Tổng (%)			44,3	11,5	30,8	57,3	30,4

Nhận xét: Hai khía cạnh có tỷ lệ bệnh nhân gặp vấn đề cao nhất là đau/khó chịu (tỷ lệ 57,3%) và sự đi lại (tỷ lệ 44,3%). Ở khía cạnh sinh hoạt thường lệ ghi nhận 20 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 7,9% gặp vấn đề ở mức độ cực kỳ nghiêm trọng. ĐTD không ảnh hưởng nhiều đến khả năng tự chăm sóc với 88,5% bệnh nhân cho rằng mình không có khó khăn gì.

3.4. Điểm CLCS của bệnh nhân ĐTD



Hình 1. Phân bố điểm EQ-5D-5L



Hình 2. Phân bố điểm EQ-VAS

Bảng 4. Thông số biểu thị phân bố dữ liệu của điểm CLCS

Thông số	Thang điểm EQ-5D-5L	Thang điểm EQ-VAS
Trung bình ± SD	0,82 ± 0,18	64,07 ± 16,99
Trung vị (IQR)	0,85 (0,28)	70,00 (25,00)
Skewness	-1.276	-0.401

Nhận xét:

Dựa vào biểu đồ Histogram (hình 1 và 2) và các thông số ở bảng 4, cho thấy dữ liệu điểm EQ-5D-5L không tuân theo luật phân phối chuẩn, dữ liệu điểm EQ-VAS tuân theo luật phân phối chuẩn.

Điểm CLCS của bệnh nhân ĐTD quy theo thang điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,85 và khoảng tứ phân vị là 0,28. Điểm CLCS trung bình của bệnh nhân ĐTD theo thang điểm EQ-VAS là 64,07 ± 16,99.

3.5. Phân tích các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân

3.5.1. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến

Đối với điểm EQ-5D-5L, xây dựng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến theo phương pháp Stepwise đưa ra có 4 mô hình khác nhau. Trong đó mô hình được chọn có hệ số R² hiệu chỉnh cao nhất đạt 0,186. Đối với điểm EQ-VAS, mô hình được lựa chọn có R² hiệu chỉnh là 0,141.

Bảng 5. Các hệ số của hai mô hình hồi quy tuyến tính đa biến

A – Thang điểm EQ-5D-5L				
Mô hình	Hệ số hồi quy	Khoảng tin cậy 95%		p
(Constant)	1,028	0,922	1,133	< 0,001
Tuổi	-0,002	-0,003	0,000	0,047
Trình độ học vấn	-0,117	-0,165	-0,070	< 0,001
Thời gian phát hiện bệnh	-0,005	-0,008	-0,002	0,004
Nghề nghiệp	0,070	0,023	0,118	0,004
B – Thang điểm EQ-VAS				
Mô hình	Hệ số hồi quy	Khoảng tin cậy 95%		p
(Constant)	90,428	81,003	99,853	< 0,001

Tuổi	-0,305	-0,460	-0,149	< 0,001
Trình độ học vấn	-6,433	-10,775	-2,091	0,004
Thời gian phát hiện bệnh	-0,317	-0,621	-0,013	0,041

Nhận xét:

Các yếu tố có liên quan đến điểm CLCS của bệnh nhân ĐTĐ theo thang điểm EQ-5D-5L là tuổi, trình độ học vấn, thời gian phát hiện bệnh và nghề nghiệp. Trong đó tuổi, thời gian phát hiện bệnh, trình độ học vấn có tương quan nghịch với điểm EQ-5D-5L và nghề nghiệp có tương quan thuận. Theo thang điểm EQ-VAS, các yếu tố có liên quan là tuổi, trình độ học vấn và thời gian phát hiện bệnh, tất cả đều có tương quan nghịch.

3.5.2. Điểm CLCS giữa các phân nhóm tương ứng với các yếu tố liên quan

❖Thang điểm EQ-5D-5L

Bảng 6. Điểm CLCS của bệnh nhân ĐTĐ theo thang điểm EQ-5D-5L

Đặc điểm		Trung vị (IQR)	Thứ hạng trung bình	Giá trị p
Tuổi	< 40	0,98 (0,15)	180,00	0,003
	40 – 59	0,88 (0,19)	140,66	
	≥ 60	0,85 (0,24)	116,14	
Nghề nghiệp	Không đi làm	0,85 (0,26)	113,81	0,003
	Lao động chân tay	0,89 (0,22)	141,02	
	Lao động trí thức	0,92 (0,15)	156,85	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	0,85 (0,25)	114,71	< 0,001
	THPT	0,90 (0,16)	143,06	
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	0,93 (0,12)	171,08	
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	≤ 1	0,86 (0,19)	128,52	< 0,001
	Từ trên 1 – 5	0,93 (0,16)	154,49	
	Từ trên 5 – 10	0,85 (0,22)	119,93	
	> 10	0,80 (0,26)	99,25	
Mức HbA1c	< 7%	0,85 (0,27)	93,71	0,746
	≥ 7%	0,87 (0,24)	91,08	
Sử dụng insulin	Có	0,85 (0,22)	124,48	0,570
	Không	0,85 (0,28)	129,66	

Nhận xét:

Giá trị CLCS khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) giữa các nhóm bệnh nhân khác nhau: nhóm dưới 40 tuổi cao hơn so với hai nhóm tuổi còn lại; bệnh nhân không đi làm thấp hơn so với nhóm lao động; bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì có CLCS càng cao; nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm có CLCS thấp hơn so với các nhóm còn lại.

Mặc dù “mức HbA1c” và “sử dụng insulin” là hai yếu tố rất quan trọng về mặt bệnh học nhưng trong nghiên cứu này lại không tìm thấy sự liên quan theo phân tích hồi quy đa biến cũng như sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị CLCS giữa các nhóm bệnh nhân được phân loại theo hai yếu tố trên ($p > 0,05$).

❖Thang điểm EQ-VAS

Bảng 7. Điểm CLCS của bệnh nhân ĐTĐ theo thang điểm EQ-VAS

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Tuổi	< 40	77,00	11,11	< 0,001
	40 – 59	68,05	14,45	
	≥ 60	61,07	17,82	

Trình độ học vấn	Dưới THPT	61,75	16,78	0,003
	THPT	67,44	15,29	
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học/Sau đại học	71,83	18,22	
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	≤ 1	63,96	19,84	0,002
	Từ trên 1 – 5	69,49	17,00	
	Từ trên 5 – 10	62,46	15,06	
	> 10	59,36	16,52	
Mức HbA1c	< 7%	64,97	19,09	0,632
	≥ 7%	63,71	15,52	
Sử dụng insulin	Có	64,40	16,80	0,752

Nhận xét:

Giá trị CLCS (thang điểm EQ-VAS) khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) giữa các nhóm bệnh nhân khác nhau: nhóm dưới 40 tuổi cao hơn so với hai nhóm tuổi còn lại; bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì đánh giá tình trạng sức khỏe càng tốt; nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm có CLCS thấp hơn so với các nhóm còn lại.

Đối với hai yếu tố “mức HbA1c” và “sử dụng insulin”, kết quả tương tự với thang điểm EQ-5D-5L.

4. BÀN LUẬN

Đánh giá CLCS là một chỉ tiêu quan trọng để đo lường tác động của các bệnh mạn tính lên bệnh nhân bên cạnh các phương pháp điều trị bên cạnh các thông số lâm sàng, cận lâm sàng. Ngoài ra, các kết quả đánh giá CLCS sẽ cung cấp dữ liệu góp phần đưa ra các giải pháp nâng cao CLCS cho bệnh nhân ĐTĐ.

4.1. Phân tích CLCS của bệnh nhân đái tháo đường

Đánh giá các khía cạnh CLCS theo bộ công cụ EQ-5D-5L trên bệnh nhân ĐTĐ cho thấy hai khía cạnh có tỷ lệ bệnh nhân gặp vấn đề cao nhất là sự đi lại (tỷ lệ 44,3%) và đau/khó chịu (tỷ lệ 57,3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bustanul Arifin và cộng sự (2019) sử dụng cùng bộ công cụ EQ-5D-5L, với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 37% và 61% [3]. Tuy nhiên, khác với kết quả nghiên cứu của Phan Thị Thúy (2018) tại địa bàn tỉnh Bắc Ninh, với hai khía cạnh có tỷ lệ bệnh nhân gặp vấn đề cao nhất là đau/khó chịu (7,2%) và lo lắng/u sầu (16%) [2]. Để giải thích cho sự chênh lệch này, bên cạnh sự khác nhau về đặc điểm mẫu nghiên cứu, lý do có thể là nghiên cứu của Phan Thị Thúy (2018) đã sử dụng bộ công cụ EQ-5D với phiên bản khác, cụ thể là EQ-5D-3L. Và theo một số nghiên cứu cho thấy rằng khả năng đo lường và phân hóa các mức độ đánh giá của EQ-5D-3L thấp hơn so với EQ-5D-5L [4], [8], dẫn đến khả năng phát hiện bệnh nhân có vấn đề ở các khía cạnh cũng thấp hơn so với EQ-5D-5L.

Khía cạnh tự chăm sóc có tỷ lệ bệnh nhân gặp vấn đề thấp nhất là 11,5% ở bệnh nhân ĐTĐ. So sánh với nghiên cứu của Bustanul Arifin và cộng sự (2019) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ gặp vấn đề ở khía cạnh này là 12% [3].

Hai khía cạnh còn lại là sinh hoạt thường lệ và lo lắng/u sầu có tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ gặp vấn đề xấp xỉ nhau, lần lượt là 30,8% và 30,4%. Trong đó đáng chú ý trong năm khía cạnh, chỉ có khía cạnh sinh hoạt thường lệ có một tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ gặp vấn đề ở mức độ cực kỳ nghiêm trọng (7,9%).

Điểm CLCS theo thang điểm EQ-5D-5L ở nghiên cứu này có trung vị là 0,85 (IQR = 0,28). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Sayah FA và cộng sự (2017) với điểm EQ-5D-5L có trung vị là 0,85 (IQR = 0,17) [19].

Điểm trung bình CLCS theo thang điểm EQ-VAS của bệnh nhân ĐTĐ điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế là $64,07 \pm 16,99$ điểm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sơn (2017) là 67,37 điểm và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Thị Thúy (2018) là 74,45 điểm [1], [2].

Sự chênh lệch giá trị điểm CLCS giữa các nghiên cứu có thể do nhiều yếu tố như đặc điểm của mẫu nghiên cứu, điều kiện kinh tế xã hội hoặc ảnh hưởng của hệ thống chăm sóc sức khỏe lên CLCS của bệnh nhân. Ngoài ra việc lựa chọn thang điểm quy đổi giá trị CLCS từ giá trị đo lường mức độ của mỗi khía cạnh theo EQ-5D-5L cũng có thể là nhân tố ảnh hưởng và

gây nên khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng thang điểm để quy đổi giá trị CLCS dành riêng cho người Việt Nam, dựa theo nghiên cứu của Trung tâm Nghiên cứu khoa học sức khỏe - Trường Đại học Y tế công cộng, được phê chuẩn chính thức bởi nhà sáng lập bộ câu hỏi EQ-5D và công bố mới nhất vào tháng 3/2020, trong khi các nghiên cứu tham khảo nói trên sử dụng thang điểm quy đổi được nghiên cứu trên các đối tượng quần thể dân tộc khác.

Mặc dù hiện tại chưa có một tiêu chuẩn để đánh giá mức độ CLCS tương ứng với mức điểm đo lường được từ thang EQ-5D-5L và EQ-VAS, nhưng với điểm EQ-5D-5L có trung vị 0,85 (thang điểm 0 - 1) và điểm trung bình của EQ-VAS là 64,07 (thang điểm 0 - 100) cho thấy CLCS bệnh nhân ĐĐT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế của mẫu nghiên cứu này khá tốt.

4.2. Đánh giá các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân đái tháo đường

Việc xác định được các yếu tố liên quan đến CLCS đóng vai trò quan trọng trong việc chỉ ra đối tượng bệnh nhân cần hỗ trợ để cải thiện CLCS. Dựa vào kết quả của mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, các yếu tố có liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐĐT được xác định có ý nghĩa thống kê bao gồm: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và thời gian phát hiện bệnh.

Độ tuổi có liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐĐT, cụ thể tuổi càng cao thì CLCS của bệnh nhân càng giảm. Điều này cũng phù hợp với kết luận của một số nghiên cứu khác [1], [2]. Có thể lý giải rằng tuổi càng cao thì càng suy giảm cả sức khỏe thể chất lẫn tinh thần và làm giảm CLCS của bệnh nhân. Ngoài ra, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều hạn chế khi tự chăm sóc bản thân, sinh hoạt thường lệ và dễ mắc trầm cảm hơn, làm giảm CLCS [10].

Yếu tố nghề nghiệp cũng có liên quan đến CLCS của bệnh nhân. Trong đó CLCS tăng dần từ nhóm bệnh nhân không đi làm đến lao động chân tay và cao nhất là nhóm bệnh nhân lao động trí thức. Có thể giả thiết rằng các bệnh nhân không đi làm sẽ bị hạn chế với các mối quan hệ xã hội, bị giới hạn không gian sống và lo lắng về tài chính dẫn đến ảnh hưởng đến đời sống tinh thần của bệnh nhân. Trong khi bệnh nhân lao động chân tay gắn liền với công việc nặng nhọc, gây sự khó chịu về mặt sức khỏe thể chất. Với một số giả thiết đó cho nên hai nhóm bệnh nhân trên có CLCS thấp hơn nhóm bệnh nhân lao động trí thức.

Một yếu tố khác cũng có liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐĐT là trình độ học vấn. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì có CLCS càng cao, kết quả này giống với một số nghiên

cứu ở các nước Hàn Quốc, Nhật Bản và Iran [9], [11], [18]. Lý do đưa ra có thể là trình độ học vấn có ảnh hưởng đến nhận thức và thái độ của bệnh nhân đối với tình trạng bệnh tật của mình. Bệnh nhân có trình độ học vấn cao hơn sẽ có thể hiểu rõ hơn về liệu pháp điều trị cũng như ảnh hưởng của các biến chứng ĐĐT, vì vậy sẽ có thái độ nghiêm túc hơn với liệu trình điều trị của mình [13]. Ngoài ra, bệnh nhân có trình độ học vấn cao sẽ dễ dàng tiếp cận với thông tin y tế cũng như các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm có CLCS thấp hơn các nhóm còn lại. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó [17], [21]. Nguyên nhân có thể do thời gian phát hiện bệnh càng dài thì sự kiểm soát đường huyết có xu hướng kém hơn và sự suy giảm chức năng tế bào beta cũng như giảm thái độ tích cực, tuân thủ điều trị của bệnh nhân [16].

Trong nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị CLCS giữa các nhóm bệnh nhân được phân loại theo hai yếu tố là "sử dụng insulin" và "HbA1c" cũng như mối liên quan giữa hai yếu tố này với CLCS của bệnh nhân ĐĐT theo mô hình hồi quy đa biến. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho thấy việc sử dụng insulin làm giảm CLCS ở bệnh nhân ĐĐT [5], [20]. Liên quan đến chỉ số HbA1c, có thể do trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân không có thông tin khá cao (27,7%) nên có thể số liệu chưa đầy đủ để phép kiểm định có ý nghĩa thống kê. Mặc dù nghiên cứu không tìm được sự khác biệt về CLCS giữa hai nhóm theo giá trị HbA1c nhưng trên lâm sàng mức HbA1c càng cao thì phản ánh tình trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân càng kém và điều này có thể dẫn đến nguy cơ cao xuất hiện các biến chứng như đột quỵ, suy thận, nhồi máu cơ tim, bàn chân ĐĐT...[12]. Và theo nghiên cứu của Hayes A (2016) cho thấy biến chứng ĐĐT làm giảm đáng kể điểm CLCS khi đo lường bằng bộ công cụ EQ-5D-3L [7].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 253 bệnh nhân ĐĐT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và đã thu được một số kết quả tương ứng như sau:

1. Điểm CLCS theo thang điểm EQ-5D-5L ở nghiên cứu này có trung vị là 0,85 (IQR= 0,28). Điểm trung bình CLCS theo thang điểm EQ-VAS là 64,07 ± 16,99 điểm. Hai khía cạnh CLCS có tỷ lệ bệnh nhân gặp vấn đề cao nhất là sự đi lại và đau/khó chịu.

2. Các yếu tố có liên quan đến CLCS của bệnh nhân ĐĐT được ghi nhận trong nghiên cứu này bao gồm: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn và thời gian phát hiện bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Sơn (2017), *Chất lượng cuộc sống và hiệu quả giải pháp quản lý, chăm sóc người bệnh đái tháo đường typ 2 tại nhà tỉnh Thái Bình*, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình.
2. Phan Thị Thúy (2018), *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại một số cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh bằng bộ công cụ EQ5D*, Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội, tr. 20-41.
3. Arifin B, Idrus L R, van Asselt A D I, Purba F D et al. (2019), "Health-related quality of life in Indonesian type 2 diabetes mellitus outpatients measured with the Bahasa version of EQ-5D", *Quality of Life Research*, 28 (5), pp. 1179-1190.
4. Arifin B P F, Herman H et al. (2020), "Comparing the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L: studying measurement and scores in Indonesian type 2 diabetes mellitus patients", *Health Qual Life Outcomes*, 18(1), pp.22.
5. Bourdel-Marchasson I, Druet C, Helmer C, Eschwege E et al. (2013), "Correlates of health-related quality of life in French people with type 2 diabetes", *Diabetes Res Clin Pract*, 101 (2), pp. 226-235.
6. EuroQol Research Foundation (2019), "EQ-5D-5L User Guide", pp. 12.
7. Hayes A, Arima H, Woodward M, Chalmers J et al. (2016), "Changes in Quality of Life Associated with Complications of Diabetes: Results from the ADVANCE Study", *Value Health*, 19 (1), pp. 36-41.
8. Janssen MF P A, Golicki D et al. (2013), "Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study", *Qual Life Res*, 22(7), pp. 1717-1727.
9. Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran H R et al. (2012), "Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: a national survey", *PLoS One*, 7 (8), pp. e44526.
10. Kim H K K (2017), "Health-Related Quality-of-Life and Diabetes Self-Care Activity in Elderly Patients with Diabetes in Korea", *J Community Health*, 42(5), pp. 998-1007.
11. Lee W J, Song K H, Noh J H, Choi Y J et al. (2012), "Health-related quality of life using the EuroQol 5D questionnaire in Korean patients with type 2 diabetes", *J Korean Med Sci*, 27 (3), pp. 255-260.
12. Li Y, He Y, Qi L, Jaddoe V W et al. (2010), "Exposure to the Chinese famine in early life and the risk of hyperglycemia and type 2 diabetes in adulthood", *Diabetes*, 59 (10), pp. 2400-2406.
13. Lu Y, Wang N, Chen Y, Nie X et al. (2017), "Health-related quality of life in type-2 diabetes patients: a cross-sectional study in East China", *BMC Endocrine Disorders*, 17 (1), pp. 38.
14. Mai V, Sun S, Minh H V, Luo N et al. (2020), "An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam", *Qual Life Res*. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02469-7>.
15. Pan C W, Sun H P, Zhou H J, Ma Q et al. (2016), "Valuing Health-Related Quality of Life in Type 2 Diabetes Patients in China", *Med Decis Making*, 36 (2), pp. 234-241.
16. Reba K, Argaw Z, Walle B, Gutema H (2018), "Health-related quality of life of patients with diagnosed type 2 diabetes in Felege Hiwot Referral Hospital, North West Ethiopia: a cross-sectional study", *BMC Research Notes*, 11 (1), pp. 544.
17. Safita N, Islam S M, Chow C K, Niessen L et al. (2016), "The impact of type 2 diabetes on health related quality of life in Bangladesh: results from a matched study comparing treated cases with non-diabetic controls", *Health Qual Life Outcomes*, 14 (1), pp. 129.
18. Sakamaki H, Ikeda S, Ikegami N, Uchigata Y et al. (2006), "Measurement of HRQL using EQ-5D in patients with type 2 diabetes mellitus in Japan", *Value Health*, 9 (1), pp. 47-53.
19. Sayah F A, Qiu W, Xie F, Johnson J A (2017), "Comparative performance of the EQ-5D-5L and SF-6D index scores in adults with type 2 diabetes", *Qual Life Res*, 26 (8), pp. 2057-2066.
20. Sundaram M, Kavookjian J, Patrick J H, Miller L A et al. (2007), "Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients", *Qual Life Res*, 16 (2), pp. 165-177.
21. van Leeuwen K M, Bosmans J E, Jansen A P, Hoogendijk E O et al. (2015), "Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults", *Value Health*, 18 (1), pp. 35-43.
22. WHO (2016), "Global Report on Diabetes", pp. 6. (Website <https://www.who.int/diabetes/global-report/en/>).