

## ẢNH HƯỞNG CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ CÁ NHÂN, XÃ HỘI ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH

Nguyễn Thị Hạnh<sup>1</sup>, Chu Dũng Sĩ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định ảnh hưởng một số yếu tố cá nhân – xã hội đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh (NB) sau nhồi máu cơ tim (NMCT) đã được can thiệp động mạch vành (ĐMV) tại Viện Tim mạch Việt nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015- 06/2016. NC mô tả cắt ngang. Sử dụng bộ câu hỏi MacNew. **Kết quả:** Điểm CLCS chung của nhóm NB là  $5,26 \pm 0,64$ , trong đó điểm CLCS về tinh thần là  $5,68 \pm 0,75$ , về thể chất là  $5,17 \pm 0,64$ , và về hoạt động xã hội là  $4,92 \pm 0,67$ . Tuổi có tương quan nghịch biến với điểm CLCS chung ( $r = -0,25, p < 0,05$ ). Trình độ học vấn có liên quan đến CLCS, nhóm có trình độ đại học có CLCS tốt hơn nhóm dưới đại học (OR = 2,537, CI 95%: 1,211– 5,316). Tình trạng hôn nhân có ảnh hưởng đến CLCS: Gia đình không đầy đủ là yếu tố làm giảm CLCS với OR = 0,35 (0,126 - 1,007), gia đình đầy đủ có điểm CLCS tốt hơn và tính trên lĩnh vực tinh thần, thể chất và xã hội là cao nhất.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, yếu tố cá nhân, yếu tố xã hội

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một thuật ngữ được sử dụng để đánh giá chung nhất về các mức độ tốt đẹp của cuộc sống đối với cá nhân và trên phạm vi toàn xã hội cũng như đánh giá về mức độ sự sáng khoái, hài lòng hoàn toàn về thể chất, trí tuệ tinh thần và hoạt động xã hội [15].

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử một vùng cơ tim, nguyên nhân do tắc nghẽn một hay nhiều nhánh động mạch vành (ĐMV) gây thiếu máu cơ tim đột ngột. Hiện nay với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt

là can thiệp ĐMV qua da đã cải thiện rõ rệt tiên lượng và tử vong của bệnh [5]. Tuy vậy đây vẫn là bệnh có nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Những người bệnh (NB) sống sót sau NMCT thường để lại di chứng suy tim và nguy cơ các biến cố như tái nhồi máu, tái nhập viện do suy tim, rối loạn nhịp và đột tử [6]. NMCT cũng là bệnh có chi phí điều trị cao trong giai đoạn cấp và cần theo dõi điều trị liên tục lâu dài (suốt đời). NMCT là bệnh có ảnh hưởng đến hoạt động thể lực, cũng như tinh thần và CLCS nói chung của NB sau NMCT [7]. Đánh giá CLCS của người bệnh NMCT sau can thiệp là rất cần thiết, không chỉ phản ánh tác động của bệnh đến cuộc sống của NB mà còn giúp đánh giá hiệu quả của một can thiệp một cách rõ ràng [14].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu (NC) đánh giá về CLCS của NB sau NMCT. Nhiều NC cho thấy có một số yếu tố về xã hội đã ảnh hưởng đến CLCS của NB mắc bệnh ĐMV, nhất là những người bệnh NMCT, để nhận rõ những yếu tố này thì việc đánh giá về CLCS cùng những yếu

<sup>1</sup> Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Khoa Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội  
Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

#### Chu Dũng Sĩ

Tác giả liên hệ chính: **Chu Dũng Sĩ**

Email: [chudungsi@gmail.com](mailto:chudungsi@gmail.com)

Ngày tiếp nhận: 18/12/2021

Ngày phản biện: 23/5/2022

Ngày chấp nhận đăng: 30/6/2022

tổ liên quan là rất quan trọng ở những NB sau NMCT được can thiệp ĐMV [3]. Tại Việt Nam, cho đến nay vẫn chưa ghi nhận được có NC nào về CLCS cũng như yếu tố liên quan về cá nhân – xã hội đến CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này nhằm mục tiêu: “*Nghiên cứu ảnh hưởng một số yếu tố cá nhân – xã hội đến CLCS của người bệnh sau NMCT đã được can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch Việt Nam*”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC mô tả cắt ngang [1], NC 200 NB đã được chẩn đoán NMCT và được điều trị can thiệp ĐMV tại Viện Tim mạch, Bệnh Viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 09/2015 đến 06/2016.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu đơn cho các nghiên cứu mô tả với sai số ước lượng của p là 15% và chọn p = 0,5 nên cần cỡ mẫu tối thiểu là n = 174.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đã được được chụp ĐMV và can thiệp  $\geq 6$  tuần đến khám và điều trị ngoại trú tại Viện Tim mạch Việt Nam. Chẩn đoán NMCT theo tiêu chuẩn của WHO 1971 [10]. NB có đủ năng lực nhận thức để trả lời các câu hỏi phỏng vấn. Tự nguyện đồng ý tham gia NC.

Công cụ, biến số và chỉ số NC: Sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng Việt [11], chỉ tiến hành phỏng vấn từ câu 1 đến câu 26. Riêng câu 27 hỏi về vấn đề tình dục là vấn đề nhạy cảm nên chúng tôi không đưa vào NC, và theo các NC thì cũng không ảnh hưởng đến toàn bộ các câu hỏi khác. Biến số và chỉ số NC:

+ Mô tả CLCS của NB sau NMCT được can thiệp ĐMV: Phỏng vấn theo bộ câu hỏi sử dụng bộ câu hỏi MacNew đã được dịch sang tiếng Việt [9]. Tinh thần (Câu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 18, 23.), thể chất (Câu: 1, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26), hoạt động xã hội (Câu: 2, 11, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22,

23, 24, 25, 26). Cho điểm theo 7 mức từ 1-7, tương ứng với các mức điểm đó là CLCS tăng dần. Điểm CLCS theo lĩnh vực là trung bình của các mục ở lĩnh vực đó. Điểm CLCS chung là trung bình của tổng 26 mục.

+ Mô tả đặc điểm chung của đối tượng NC và một số yếu tố cá nhân – xã hội liên quan đến CLCS: Phỏng vấn, phân tích tương quan đơn biến và đa biến: Tuổi, giới, nơi cư trú, và CLCS. Yếu tố cá nhân – xã hội (Tuổi, giới, nơi cư trú, tình trạng Bảo hiểm y tế, tình trạng hôn nhân gia đình, trình độ học vấn, khả năng kinh tế...).

Số liệu được xử lý bằng Phần mềm SPSS 21.0. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, các biến định tính được thể hiện dưới dạng tỉ lệ %. Sử dụng so sánh kiểm định phi tham số, so sánh giữa cả 3 yếu tố bằng kiểm định Kruskal-Wallis, test kiểm định Mann-Whitney, t-test để so sánh 2 giá trị trung bình, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm về chất lượng cuộc sống và đặc điểm cá nhân - xã hội của nhóm nghiên cứu

NC 200 người bệnh NMCT đủ tiêu chuẩn NC, có 143 nam giới (72,5%) là chiếm đa số, còn 57 nữ giới chiếm 28,5%. Tuổi trung bình của nhóm NC là  $66,4 \pm 9,97$  (thấp nhất là 40 và cao nhất là 89 tuổi), nam giới có độ tuổi trung bình  $64,6 \pm 10,07$  (thấp nhất là 40 và cao nhất là 86 tuổi) còn nữ giới là  $66,4 \pm 9,97$  (thấp nhất là 40 và cao nhất là 89 tuổi). So sánh 2 nhóm về giới cho thấy độ tuổi trung bình của NB nam thấp hơn các NB nữ ( $64,6 \pm 10,07$  so với  $70,9 \pm 8,18$ , với  $p < 0,001$ ). Kết quả còn cho thấy đa số NB  $> 60$  tuổi. Tỷ lệ  $> 60$  tuổi ở nhóm NB nữ là 93% cao hơn so với ở nhóm NB nam (60,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả NC về CLCS chung và theo 3 lĩnh vực của nhóm NMCT sau can thiệp

cho thấy: Điểm CLCS của người bệnh NMCT về Thể chất là:  $5,17 \pm 0,64$  (thấp nhất là 3,08 và cao nhất là 6,83 điểm); Tinh thần là:  $5,68 \pm 0,75$  (thấp nhất là 3,85 và cao nhất là 6,92 điểm); Hoạt động xã hội là:  $4,92 \pm 0,67$  (thấp nhất là 2,38 và cao nhất là 6,77 điểm). Điểm CLCS chung là  $5,26 \pm 0,64$  (thấp nhất là 3,10 và cao nhất là 6,77 điểm). Đối với đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn NB có điểm từ 5 trở

lên (NB cảm thấy ít hoặc không ảnh hưởng đến CLCS). Riêng đối với các câu hỏi số 17 và 26 đánh giá về mức độ hạn chế chơi thể thao, hoạt động thể lực và câu 19 hỏi về triệu chứng choáng váng, chóng mặt của NB thì có tới > 75% NB cảm thấy có hạn chế. Trong 3 lĩnh vực, điểm CLCS về hoạt động là thấp nhất (4,92), điểm CLCS về tinh thần cao nhất (5,68).

**Bảng 3.1.** Một số đặc điểm xã hội của nhóm nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Nơi cư trú	Thành thị	66	33
	Nông thôn	134	67
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	9	4,5
	Góa	16	8
	Có vợ/chồng	175	87,5
Trình độ học vấn	Đại học	57	28,5
	THPT	94	47
	Dưới THPT	49	24,5
Kinh tế	Không ảnh hưởng mức độ thu nhập	95	47,5
	Có ảnh hưởng mức độ thu nhập	105	52,5
Bảo hiểm y tế	Có BHYT	199	99,5
	Không BHYT	1	0,5

**Bảng 3.1** cho thấy chủ yếu NB sống ở nông thôn. Đa số có gia đình. Phần lớn NB có trình độ trung học phổ thông trở lên (75,5 %). Hầu hết các NB đều tham gia BHYT (99,5%).

Nhóm NB cư trú ở những khu vực nông thôn là phần lớn chiếm tỉ lệ 2/1 (67%) so với nhóm những NB cư trú ở thành thị (chiếm 33%). Điều này có thể lý giải do sự phân bố dân cư tại Việt Nam: Đa số dân cư tập chung ở vùng nông thôn.

NC của chúng tôi về tình trạng hôn nhân cho thấy, tỉ lệ NB trong tình trạng sống với gia đình chiếm hầu hết 87,5%, trong khi tỉ lệ sống độc thân chỉ gặp 4,5% và góa là 8%. Kết quả này là cũng tương đồng với các kết quả NC khác như NC của tác giả Emery CF và cộng sự tại Mỹ (2004) đánh giá về CLCS ở 536 NB Tim mạch điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Ohio State [9]. Kết quả cho thấy về tình trạng

hôn nhân này là Độc thân có 3%, sống chung với người khác 3%, đã kết hôn: 70%, đã ly thân/ly hôn: 14% và Góa: 10%. Những tình trạng stress về tình trạng hôn nhân trong cuộc sống dễ gây trạng thái trầm cảm, cô lập về mặt xã hội hoặc trạng thái căng thẳng kéo dài có giá trị dự báo bệnh ĐMV vì dễ gây ra những sang chấn tinh thần và khi đó cũng rất dễ là yếu tố khởi phát gây ra NMCT.

Học vấn là một trong những yếu tố quan trọng đối với CLCS. Học vấn liên quan đến giáo dục của nhà trường trong suốt hai thập kỷ đầu đời. Mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn đối với CLCS cũng được phát hiện trong NC của Marmot M tại London vào năm 2004 [12]. Theo Bardaga C và Isacson DG (2001) thì những người có trình độ học vấn cao có điểm CLCS cao hơn ở một số lĩnh vực [2]. Trong NC của chúng tôi, nhóm trình độ

học vấn đã tốt nghiệp THPT là cao nhất chiếm khoảng 1 nửa (47%) trong khi nhóm có trình độ đại học trở lên chiếm 28,5%, còn nhóm chưa tốt nghiệp THPT là 24,5%. Điều này cũng sẽ dẫn đến sự khác nhau về tính chất giữa các nhóm nghề nghiệp, khả năng thu nhập, văn hóa, nhận thức.... Xu hướng chung là CLCS ở NB có trình độ học vấn cao tốt hơn nhóm NB có học vấn thấp. NC của tác giả Emery CF và cộng sự tại Mỹ (2004) đánh giá về CLCS ở 536 NB Tim mạch điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Ohio State cũng cho thấy về Trình độ học vấn: trình độ chưa tốt nghiệp trung học chiếm 19%, đã tốt nghiệp trung học chiếm 34%, trung học nghề chiếm 9%, cử nhân chiếm 38% [9].

Bệnh ĐMV không những gây tử vong cao đứng hàng đầu trong tất cả các nguyên nhân gây tử vong, mà còn gây ra tình trạng thương tật, mất sức lao động của những thành viên trong cộng đồng.

Chi phí để điều trị và chăm sóc cho những NB này không hề nhỏ. Thực tế, ở trong NC của chúng tôi, nhóm còn khó khăn về kinh tế chiếm tỉ lệ nhiều hơn (52,5%) so với nhóm được đánh giá là có mức thu nhập tốt hơn. Điều đó gợi ý nhà nước và các nhà chính sách cần lưu ý để có những chính sách phù hợp hỗ trợ cho những NB nhóm bệnh này.

BHYT là hầu hết đối với các những NB này (chiếm 99,5%). Điều đó đã giảm gánh nặng cho NB rất là nhiều trong quá trình điều trị bệnh này. Điều này đã giúp cho các NB có BHYT được hỗ trợ chi phí điều trị và giảm bớt gánh nặng kinh tế trong việc điều trị lâu dài một bệnh mạn tính như bệnh ĐMV nên BHYT có ảnh hưởng tích cực đến sức khỏe tinh thần của NB.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim

**Bảng 3.2.** Điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh nhồi máu cơ tim sau can thiệp phân theo giới, địa dư, trình độ học vấn

Chất lượng cuộc sống		Điểm tinh thần	Điểm thể chất	Điểm xã hội	Điểm Macnew Chung
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Yếu tố liên quan đến CLCS	Nam	5,72 ± 0,77	5,22±0,68	4,97±0,7	5,3 ±0,66
	Nữ	5,57±0,71	5,04±0,53	4,8±0,58	5,14±0,56
	p	0,168	<b>0,019</b>	<b>0,044</b>	<b>0,038</b>
Nơi cư trú	Nông thôn	5,72 ±0,75	5,19±0,65	4,94±0,65	5,29±0,63
	Thành thị	5,57 ±0,76	6,13±0,64	4,87±0,71	5,19±0,65
	p	0,206	0,548	0,613	0,434
Hôn nhân	Gia đình đầy đủ (1)	5,67±0,73	5,18±0,64	4,94±0,67	5,26±0,62
	Độc thân (2)	6,31±0,56	5,47±0,55	5,21±0,52	5,67±0,51
	Góa vợ/chồng (3)	5,38 ±0,89	4,88±0,66	4,56±0,7	4,94±0,72
	p 1-2 p 1-3 p 2-3	<b>0,013</b> 0,136 <b>0,017</b>	0,121 0,068 <b>0,027</b>	0,16 <b>0,042</b> <b>0,029</b>	<b>0,028</b> <b>0,06</b> <b>0,016</b>
Ảnh hưởng đến kinh tế	Không ảnh hưởng	5,6 ± 0,74	5,03±0,63	4,81±0,67	5,14±0,63
	Có ảnh hưởng	5,75 ± 0,76	5,3±0,63	5,02±0,66	5,36±0,62
	p	0,163	<b>0,002</b>	<b>0,037</b>	<b>0,015</b>
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp THPT (1)	5,49 ±0,74	5,02±0,68	4,76±0,76	5,09±0,68
	Tốt nghiệp THPT (2)	5,64± 0,73	5,09±0,6	4,85±0,6	5,2±0,59
	Tốt nghiệp đại học (3)	5,89 ± 0,75	5,42±0,62	5,17±0,65	5,49±0,61
	p1-2 p1-3 p2-3	0,264 <b>0,007</b> <b>0,04</b>	0,43 <b>0,001</b> <b>0,002</b>	0,447 <b>0,004</b> <b>0,005</b>	0,308 <b>0,001</b> <b>0,004</b>

Kết quả **Bảng 3.2**: Nam giới có điểm CLCS về thể chất, hoạt động xã hội và Macnew chung cao hơn so với nữ giới, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm NB góa vợ/chồng có điểm CLCS về tinh thần, thể chất, hoạt động xã hội, điểm Macnew chung thấp hơn so với nhóm NB có gia đình đầy đủ, tuy nhiên chưa có ý

nghĩa ( $p > 0,05$ ). Nhóm NB đã tốt nghiệp đại học có điểm CLCS về tinh thần, thể chất, hoạt động xã hội và điểm Macnew chung cao hơn so với 2 nhóm NB là chưa tốt nghiệp THPT và tốt nghiệp THPT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $< 0,05$ , test kiểm định Mann – Whitney).

**Bảng 3.3.** Liên quan giữa các yếu tố cá nhân – xã hội và điểm chất lượng cuộc sống chung

		Điểm Macnew chung			Tỉ suất chênh (OR)	Khoảng tin cậy 95% CI giá trị
			<5	≥5		
Giới tính	Nữ	n	23	34	1	0,85 – 3,09
		%	40,4	59,6		
	Nam	n	42	101	1,6	
		%	29,4	70,6		
Nơi cư trú	Nông thôn	n	42	92	1	0,46 – 1,59
		%	31,3	68,7		
	Thành thị	n	23	43	0,9	
		%	34,8	65,2		
Hôn nhân	Gia đình đầy đủ	n	55	120	1	0,13 – 1,01
		%	31,4	68,6		
	Góa vợ/chồng	n	9	7	0,4	
		%	56,2	43,8		
Kinh tế	Không ảnh hưởng mức độ thu nhập	n	32	73	1	0,46 – 1,49
		%	30,5	69,5		
	Có ảnh hưởng mức độ thu nhập	n	33	62	0,8	
		%	34,7	65,3		
Trình độ học vấn	Dưới Đại học	n	54	89	1	1,21 – 5,32
		%	37,8	62,2		
	Đại học	n	11	46	2,5	
		%	19,3	80,7		

*Chất lượng cuộc sống thấp với điểm Macnew chung < 5*

Kết quả **Bảng 3.3** cho thấy: Nhóm NB nam có CLCS tốt hơn nữ (tỷ lệ NB có điểm CLCS > 5 là 70,6 % cao hơn so với 59,6% ở nữ), tuy nhiên chưa có ý nghĩa (OR=1,6, CI 95%: 0,85 – 3,09). Gia đình góa vợ/ chồng có CLCS thấp hơn các NB có gia đình đầy đủ (tỷ lệ NB có CLCS thấp < 5 là 56% so với 31, 3% nhóm NB có gia

đình đầy đủ). Tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê (OR = 0,4; CI 95%: 0,13- 1,01). Trình độ học vấn có liên quan đến CLCS: NB có trình độ đại học hoặc cao hơn có CLCS tốt hơn (OR = 2,5, CI 95%: 1,21– 5,32), Ở nhóm NB có trình độ học vấn dưới đại học có 62,2% có điểm CLCS >5 so với tỷ lệ này là 80,7% ở nhóm NB có

trình độ học đại học hoặc cao hơn ( $p = 0,012$ , kiểm định Chi-square).

Về phân bố nơi cư trú: Nhóm NB sống ở thành thị có tỉ lệ giảm CLCS là 34,8%, cao hơn so với nhóm NB sống ở nông thôn (31,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với CI 95% của Odds dao động từ 0,457 - 1,593. Thực tế, hiện chúng tôi cũng chưa tìm được có một NC nào bàn luận về sự ảnh hưởng của nơi sinh sống với CLCS sau can thiệp ĐMV.

Trong NC của chúng tôi, nhóm NB có gia đình đầy đủ có điểm CLCS tính trên lĩnh vực tinh thần, thể chất và xã hội là cao hơn nhóm NB góa vợ/chồng. Tỷ lệ có CLCS thấp (<5) ở nhóm góa vợ/chồng là 56,2% cao hơn tỷ lệ này ở nhóm gia đình đầy đủ (31,4%). Kiểm định sự khác biệt này, kết quả cho thấy gia đình không đầy đủ là yếu tố làm giảm CLCS với  $OR = 0,35$  (0,126-1,007). Lý giải cho kết quả này, chúng tôi cho rằng, những NB có gia đình đầy đủ có khả năng đã được gia đình hỗ trợ rất nhiều về các mặt tài chính, tinh cảm và hội nhập xã hội trước - trong - sau can thiệp, do đó họ có CLCS tốt hơn nhóm NB sống một mình. Điều này cho thấy khi điều trị cho một trường hợp NMCT, chúng ta cần quan tâm đầy đủ 2 khía cạnh: Chế độ điều trị và yếu tố tâm lý xã hội cho NB. Chỉ khi làm được 2 điều này, hiệu quả điều trị mới đạt được kết quả mong muốn. Thực tế, một số NC trước đây cũng đã khẳng định sự ảnh hưởng của tình trạng hôn nhân với CLCS đối với các NB ở một số bệnh lý khác nhau. Bardage và Isacson cho thấy những người ly dị hoặc góa vợ/chồng có điểm CLCS thấp hơn NB kết hôn ở tất cả các lĩnh vực ngoại trừ cảm nhận đau đớn, còn NB độc thân có điểm số thấp hơn ở các lĩnh vực hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát [2]. Một NC khác của Bardage và Isacson còn cho thấy những người ly dị độc thân hoặc góa vợ/chồng có điểm CLCS thấp hơn NB trong tình trạng kết hôn ở tất cả các lĩnh vực ngoại trừ vấn đề cảm nhận

đau đớn của lĩnh vực thể chất, ngoài gia nhóm tác giả này còn cho thấy những người độc thân có điểm số thấp hơn ở các lĩnh vực hoạt động xã hội, giới hạn tâm lý và tinh thần tổng quát của lĩnh vực sức khỏe tinh thần [2].

NC của chúng tôi về tình trạng hôn nhân cho thấy, tỉ lệ NB trong tình trạng sống với gia đình chiếm hầu hết 87,5%, trong khi tỉ lệ sống độc thân chỉ gặp 4,5% và góa là 8%. Kết quả này là cũng tương đồng với các kết quả NC khác như NC của tác giả Emery CF và cộng sự tại Mỹ (2004) đánh giá về CLCS ở 536 người bệnh Tim mạch điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Ohio State [9]. Kết quả cho thấy về tình trạng hôn nhân này là Độc thân có 3%, sống chung với người khác 3%, đã kết hôn: 70%, đã ly thân/ly hôn: 14% và Góa: 10%. Những tình trạng stress về tình trạng hôn nhân trong cuộc sống dễ gây trạng thái trầm cảm, cô lập về mặt xã hội hoặc trạng thái căng thẳng kéo dài có giá trị dự báo bệnh ĐMV vì dễ gây ra những sang chấn tinh thần và khi đó cũng rất dễ là yếu tố khởi phát gây ra NMCT.

Đánh giá mối liên quan giữa mức độ thu nhập với CLCS, nhóm NB có thu nhập không ảnh hưởng, tỉ lệ có giảm CLCS là 30,5%, thấp hơn so với nhóm NB có thu nhập ảnh hưởng bởi can thiệp ĐMV (34,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. NC của chúng tôi cũng khá tương đồng với một số NC khác về vấn đề này như NC của Tahir Dumaz (2009) về các yếu tố liên quan đến CLCS của NB có bệnh ĐMV cho thấy có mối liên quan giữa mức độ thu nhập của NB với lĩnh vực thể lực và CLCS của họ, tác giả còn chỉ ra rằng ở những NB có tình hình tài chính tốt thì khả năng gắng sức tốt hơn và có CLCS tốt hơn [8], [12]. Một NC khác của Maryam Tajvar và cộng sự tại Terhran - Iran ở nhóm người cao tuổi trong cộng đồng, cho thấy nhóm người nghèo có tình trạng thể lực và CLCS kém hơn so với nhóm còn lại (bao gồm nhóm trung bình và giàu có) [4], [13]. Điều đó có thể lý giải

rằng bệnh ĐMV là bệnh đặc thù, đòi hỏi phải kiểm tra theo định kỳ và duy trì thuốc điều trị lâu dài, trong khi chi phí điều trị thuốc cho bệnh nhân NMCT sau can thiệp ĐMV thuộc mức chi phí khá cao trong các loại bệnh Tim mạch. Từ đó, đặt ra yêu cầu cần có sự hỗ trợ tài chính, đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho các nhóm NB có nguồn thu nhập thấp, thông qua các chính sách y tế, phúc lợi xã hội.

Trình độ học vấn có liên quan đến chất lượng cuộc sống, người bệnh có trình độ đại học hoặc trình độ cao hơn có chất lượng cuộc sống tốt hơn (OR = 2,537, CI 95%: 1,211– 5,316), với 62,2% NB có trình độ học vấn dưới đại học có điểm CLCS > 5 so với 80,7% NB có trình độ học vấn đại học có điểm CLCS >5, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,012$ , kiểm định Chi-square test). NC của Bardage và Isacson (2001) cũng nhận thấy những người có trình độ học vấn cao có điểm CLCS cao hơn ở 2 lĩnh vực hoạt động chức năng và cảm nhận đau đớn [2]. Điều này phản ánh rằng trình độ học vấn cao là yếu tố ảnh hưởng tích cực đến CLCS của người bệnh ĐMV. Nguyên nhân có thể được giải thích là những người bệnh ĐMV có trình độ học vấn cao sẽ có sự nhận thức và hiểu biết về bệnh tật tốt hơn nên họ có tâm lý dễ thích nghi với bệnh hơn so với những người có trình độ học vấn thấp [2], [12]. NC của chúng tôi, nhóm NB cư trú ở những khu vực nông thôn là phần lớn chiếm tỉ lệ 2/1 (67%) so với nhóm những NB cư trú ở khu vực thành thị (chiếm 33%). Điều này có thể lý giải do sự phân bố dân cư tại Việt Nam: đa số dân cư tập chung ở vùng nông thôn.

Học vấn là một trong những yếu tố quan trọng đối với CLCS. Học vấn liên quan đến giáo dục của nhà trường trong suốt hai thập kỷ đầu đời. Mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn đối với CLCS cũng được phát hiện trong NC của Marmot M (2004) tại London [12], còn theo Bardage C và Isacson DG (2001) thì những người có trình độ học vấn cao có

điểm CLCS cao hơn ở một số lĩnh vực [2]. Trong NC của chúng tôi, nhóm trình độ học vấn đã tốt nghiệp THPT là cao nhất chiếm khoảng 1 nửa (47%) trong khi nhóm có trình độ đại học trở lên chiếm 28,5%, còn nhóm chưa tốt nghiệp THPT là 24,5%. Điều này cũng sẽ dẫn đến sự khác nhau về tính chất giữa các nhóm nghề nghiệp, khả năng thu nhập, văn hóa, nhận thức... Xu hướng chung là CLCS ở NB có trình độ học vấn cao tốt hơn nhóm NB có học vấn thấp. NC của tác giả Emery CF và cộng sự tại Mỹ (2004) đánh giá về chất lượng cuộc sống ở 536 người bệnh Tim mạch điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Ohio State cũng cho thấy về Trình độ học vấn: trình độ chưa tốt nghiệp trung học chiếm 19%, đã tốt nghiệp trung học chiếm 34%, trung học nghề chiếm 9%, cử nhân chiếm 38% [9].

## 5. KẾT LUẬN

NC 200 người bệnh NMCT đã được đặt stent ĐMV tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch mai từ 09/2015- 06/2016 cho thấy:

- Thực trạng CLCS ở người bệnh NMCT sau can thiệp ĐMV đa số các câu hỏi về CLCS phần lớn có từ 5 điểm trở lên: Điểm CLCS chung của nhóm NB là  $5,26 \pm 0,64$ , trong đó điểm CLCS về tinh thần là  $5,68 \pm 0,75$ , về thể chất  $5,17 \pm 0,64$ , và về hoạt động xã hội là  $4,92 \pm 0,67$

- Một số yếu tố có liên quan với CLCS ở người bệnh NMCT sau can thiệp ĐMV là: Tuổi có tương quan nghịch biến với điểm CLCS chung (hệ số tương quan  $r = - 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Trình độ học vấn có liên quan đến CLCS, NB có trình độ đại học có CLCS tốt hơn nhóm dưới đại học (OR = 2,537, CI 95%: 1,211– 5,316). Tình trạng hôn nhân có ảnh hưởng đến CLCS: Gia đình không đầy đủ là yếu tố làm giảm CLCS với OR = 0,35 (0,126 - 1,007), gia đình đầy đủ có điểm CLCS tính trên lĩnh vực tinh thần, thể chất và xã hội là cao nhất.

**Lời cảm ơn**

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ Viện Tim mạch, Bệnh Viện Bạch Mai đã tạo điều kiện giúp đỡ cho chúng tôi hoàn thiện bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **American Heart Association (2013)**, Heart Disease and Stroke Statistics - 2013 Update Circulation, 127: e6-e245 Page e1-e8.
2. **Bardage C, Isacson DG. (2001)**, Hypertension and health-related quality of life. An epidemiological study in Sweden, J Clin Epidemiol, 2001 Feb, 54 (2): 172-181.
3. **Bernd S, Matthias H, Christa M, et al (2009)**, Quality of life several years after myocardial infarction: Comparing the Monika/Kora registry to the general population. European Heart Journal, 2009 (30): 436-443.
4. **Blane D, Higgs P, Hyde M, et al (2004)**, Life course influences on quality of life in early old age. Soc Sci Med, 2004;58:2171–2179.2179 [PubMed].
5. **Braunwald E et al (2012)**, 2012 ACCF/AHA Focused Update of the Guideline for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline and Replacing the 2011 Focused Update): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation, 2012 (126): 875 - 910
6. **Brorsson B et al (2001)**, Quality of life of chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or coronary artery bypass surgery, Journal of Internal Medicine, 249: 47-57.
7. **Dempster M, Donnelly M (2000)**, Measuring the health related quality of life of people with ischaemic heart disease, Heart 83: 641-644.
8. **Durmaz T et al (2009)**, Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease, Turk J Med Sci, 39 (3): 343-351.
9. **Emery CF et al (2004)**, *Gender differences in quality of life Among Cardiac patients, Psychosomatic medicine*, 66: 190-197.
10. **Kristian T, Joseph SA, Allan SJ, et al (2012)**, Third Universal Definition of Myocardial Infarction, European Society of Cardiology, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, Inc., and the World Heart Federation, Elsevier, 2012: 1584
11. **Kjell IP, Elena K, Arnfinn R, et al (2008)**, Health-related quality of life after myocardial infarction is associated with level of left ventricular ejection fraction. BMC Cardiovasc Disord, 2008; 8:28.
12. **Mamot M (2004)**, Status syndrome, *Significance*, 1 (4): 150-154.
13. **Williams A (1987)**, Measuring the quality of life of the elderly. In: Evans A, Wingo L, eds. Public economics and the quality of life, Baltimore: Johns Hopkins University Press: 1977:282–297.297
14. **Wong MS, Chair SY (2007)**, Changes in health related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study, Inte Jour of Nur Stu 44: 1334 - 1342.
15. **World Health Organization Quality of Life Assessment Group (1995)**, The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position Paper from the WHO. Soc Sci & Med, 41: 1403-1409.



**SUMMARY****THE INFLUENCE OF SOME PERSONAL AND SOCIAL FACTORS ON LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER CORONARY INTERVENTION**Nguyen Thi Hanh<sup>1</sup>, Chu Dung Si<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Vietnam Heart Institute, Bach Mai Hospital<sup>2</sup>School of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University

**Objective:** To study the influence of a number of individual - social factors on the life quality of patients after myocardial infarction who received coronary intervention at the Vietnam Heart Institute. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 200 patients with heart attacks who got coronary stents at the Vietnam Heart Institute, Bachmai Hospital were studied from september 2015 to June 2016. Make use of the MacNew questionnaire. **Results:** The life quality group's overall life quality score was 5.26, including 5.68 for mental life quality, 5.17 for physical life quality, and 5.68 for activity life quality. The social score was 4.92. The overall life quality score was inversely linked with age ( $r = -0.25$ ,  $p < 0.05$ ). Education level is associated to life quality; those with a university degree have a higher quality of life than those without (OR = 2.537, 95% CI: 1.211-5.316). Marital status has an effect on life quality: an incomplete family has a lower life quality score (OR = 0.35 (0.126 - 1.007), but a full family has a higher life quality score (based on mental, physical, and social factors).

**Keywords:** Life Quality, personal factors, social factors.