

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ THƠM

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

NAM ĐỊNH - 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH



NGUYỄN THỊ THƠM

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2017**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Mã số: 60.72.05.01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS.TS.Nguyễn Hồng Hạnh

TS.Phạm Thị Thu Hương

1/Jan/17

*14/12
2017*

NAM ĐỊNH - 2017

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 250 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh. Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Dữ liệu nghiên cứu được thu thập bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 11/ 2016 đến tháng 7/2017.

Kết quả : Có 79,6% người bệnh đạt về tuân thủ điều trị và 20,4% người bệnh chưa đạt về tuân thủ điều trị.

Kết luận: Chủ yếu người bệnh chưa chú trọng việc đo huyết áp tại nhà, theo dõi và kiểm soát cân nặng. Kết quả cũng chỉ ra rằng các yếu tố: trình độ học vấn, giới tính, hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo và kiến thức ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị.

Khuyến nghị: mở rộng phạm vi nghiên cứu trên toàn tỉnh để khẳng định các yếu tố liên quan là cơ sở thực hiện nghiên cứu can thiệp.

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình hoàn thành đề tài này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình của các Thầy Cô giáo, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Trước hết tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến Giảng viên hướng dẫn PGS.TS. Nguyễn Hồng Hạnh và TS. Phạm Thị Thu Hương đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ và động viên tôi hoàn thành đề tài này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu, phòng Đào tạo Sau đại học, các thầy giáo, cô giáo trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đã có nhiều công sức đào tạo, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám hiệu, các cán bộ, giảng viên trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh đã tạo điều kiện cho tôi được đi học cũng như tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình làm việc, học tập và nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc và tập thể cán bộ phòng khám Nội tim mạch bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh đã tận tình giúp đỡ, tạo mọi điều kiện tốt nhất có thể để tôi hoàn thành luận văn.

Sau cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, bạn bè và tập thể Cao học điều dưỡng khóa 2 đã cùng tôi chia sẻ những khó khăn, động viên, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành đề tài nghiên cứu.

Quảng Ninh, ngày 30 tháng 11 năm 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của cá nhân tôi. Kết quả nghiên cứu của tôi hoàn toàn trung thực và không trùng lặp với bất kỳ kết quả nghiên cứu nào được công bố trước đó.

Tác giả

Nguyễn Thị Thom

Thư viện số NDUN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BMI (Body Mass Index):	Chỉ số khối lượng cơ thể
ĐTĐ:	Đái tháo đường
ĐTNC:	Đối tượng nghiên cứu
HA:	Huyết áp
HATT:	Huyết áp tâm thu
HATT _r :	Huyết áp tâm trương
JNC7 (Joint National Committee 7):	Ủy ban quốc gia thứ 7 của Hoa Kỳ
NB:	Người bệnh
NCT:	Người cao tuổi
NVYT:	Nhân viên y tế
TBMMN:	Tai biến mạch máu não
THA:	Tăng huyết áp
WHO (World Health Organization):	Tổ chức Y tế thế giới

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Phân độ tăng huyết áp theo JNC 7	5
Bảng 1.2. Phân loại BMI dành cho người Châu Á	9
Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá tuân thủ điều trị ngoại trú	26
Bảng 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức đạt	27
Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.....	29
Bảng 3.2. Thời gian phát hiện bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.....	30
Bảng 3.3. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu	32
Bảng 3.4. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu.....	33
Bảng 3.5. Tỷ lệ tuân thủ về chế độ ăn, uống của đối tượng nghiên cứu.....	34
Bảng 3.6. Tỷ lệ tuân thủ chế độ tập luyện thể dục của đối tượng nghiên cứu	35
Bảng 3.7. Tỷ lệ kiểm soát cân nặng, căng thẳng của đối tượng nghiên cứu.....	35
Bảng 3.8. Tỷ lệ khám bệnh định kỳ của đối tượng nghiên cứu.....	36
Bảng 3.9. Kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu.....	37
Bảng 3.10. Mối liên quan giữa kiến thức và sự tuân thủ điều trị	39
Bảng 3.11. Mô tả hỗ trợ xã hội liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp	40
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và mức độ hỗ trợ xã hội	40
Bảng 3.13. Mô hình hồi quy logistic đa biến dự đoán các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.....	41

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

	Trang
Sơ đồ 1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ngoại trú	19
Biểu đồ 3.1. Tiền sử gia đình của ĐTNC	31
Biểu đồ 3.2. Tình trạng mắc bệnh kèm theo của ĐTNC	32
Biểu đồ 3.3. Bệnh kèm theo của ĐTNC	32
Biểu đồ 3.4. Phân loại tuân thủ điều trị của ĐTNC	33
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ kiểm tra huyết áp tại nhà của ĐTNC	37
Biểu đồ 3.6. Đánh giá chung kiến thức liên quan đến bệnh tăng huyết áp	40

Thư viện số NDUM

MỤC LỤC

	Trang
TÓM TẮT NGHIÊN CỨU.....	i
LỜI CẢM ƠN.....	ii
LỜI CAM ĐOAN.....	iii
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT.....	iv
DANH MỤC BẢNG.....	v
DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ.....	vi
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Một số vấn đề về tăng huyết áp.....	4
1.2. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp.....	10
1.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị.....	12
1.4. Các nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị tăng huyết áp.....	15
1.5. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	19
1.6. Địa bàn nghiên cứu.....	20
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	21
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	21
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	21
2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu.....	21
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	22
2.6. Các biến số nghiên cứu.....	23
2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn đánh giá.....	25
2.8. Xử lý và phân tích số liệu.....	27
2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	28
2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	28
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	29
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	29

3.2. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.....	32
3.3. Kiến thức liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	37
3.4. Hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu.....	40
3.5. Môi liên quan của các biến đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp	41
Chương 4: BÀN LUẬN	43
4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú.....	43
4.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú	47
KẾT LUẬN	54
KHUYẾN NGHỊ.....	55
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
Phụ lục 1: Bộ câu hỏi đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp	
Phụ lục 2: Phiếu chấp nhận tham gia nghiên cứu	
Phụ lục 3: Danh sách đối tượng tham gia nghiên cứu	
Biên bản bảo vệ luận văn thạc sĩ	
Biên bản nhận xét luận văn thạc sĩ của phản biện 1	
Biên bản nhận xét luận văn của phản biện 2	
Biên bản chỉnh sửa luận văn sau bảo vệ	

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch phổ biến và nguy hiểm, bệnh đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong cao với nhiều biến chứng nguy hiểm và việc không hoặc ít biểu hiện triệu chứng ra ngoài, tăng huyết áp được mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng” [17]. Tăng huyết áp liên quan đến 69% nhồi máu cơ tim lần đầu, 74% các ca bệnh động mạch vành, 77% đột quỵ não lần đầu và liên quan đến 91% các ca suy tim [31].

Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới tỷ lệ tăng huyết áp trên thế giới năm 2000 là 26,4% tương đương 972 triệu người và dự kiến đến năm 2025 tỷ lệ tăng huyết áp sẽ tăng lên 29,2% tương đương 1,56 tỷ người. Hiện nay, cứ trung bình 10 người lớn có 4 người bị tăng huyết áp [40]. Tại Việt Nam, theo điều tra dịch tễ học năm 2008 có 25,1% người trưởng thành bị tăng huyết áp, trong đó có 63,7% tăng huyết áp chưa kiểm soát được. Theo báo cáo mới nhất của hội Tim Mạch học Việt Nam, tính đến tháng 5 năm 2016 tỷ lệ tăng huyết áp tăng lên nhanh chóng là 47,3%. Trong đó chỉ có 31,3% tăng huyết áp kiểm soát được, còn lại 69,0% tăng huyết áp chưa kiểm soát được. Theo cảnh báo của các chuyên gia vào những năm tới tỷ lệ này sẽ tiếp tục tăng lên [29].

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính, đòi hỏi người bệnh phải kiên trì điều trị và tuân thủ chế độ điều trị. Nếu không tuân thủ chế độ điều trị người bệnh có thể mắc nhiều biến chứng, ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Người bệnh bị tăng huyết áp không được kiểm soát thì nguy cơ mắc bệnh động mạch vành tăng gấp 3 lần, mắc suy tim gấp 6 lần và đột quỵ gấp 7 lần [10]. Vì thế tính tuân thủ trong điều trị tăng huyết áp của người bệnh là vô cùng quan trọng. Đây chính là yếu tố quyết định sự thành công trong điều trị. Trên thế giới theo nghiên cứu của Morisky năm 2008 chỉ có 15,9% người bệnh tuân thủ điều trị thuốc tốt [42]. Kết quả nghiên cứu của Saleem tại Pakistan năm 2011, có 61,3% người bệnh có hiểu biết trung bình về tăng huyết áp và không có người bệnh nào được coi là tuân thủ tốt trong nghiên cứu [44]. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Ninh Văn Đông năm 2010 chỉ có 21,5% người bệnh đạt về tuân thủ điều trị [8]. Tỷ

lệ tuân thủ dùng thuốc đạt trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh là 49,5% [13]. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam chủ yếu tập trung nghiên cứu về tuân thủ dùng thuốc. Nhưng trong điều trị ngoại trú, ngoài tuân thủ dùng thuốc, người bệnh cần quan tâm đến thay đổi lối sống để kiểm soát được huyết áp và hạn chế các biến chứng của bệnh.

Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, qua khảo sát phỏng vấn sơ bộ một số người bệnh tăng huyết áp đến điều trị tại đây, có gần 1/4 người bệnh uống thuốc hạ huyết áp không thường xuyên. Tình trạng không thay đổi chế độ ăn so với trước khi bị bệnh và tự ý mua thuốc hạ huyết áp khi hết thuốc kê đơn vẫn còn diễn ra. Tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề tuân thủ điều trị tăng huyết áp. Với mong muốn tìm hiểu được thực trạng tuân thủ điều trị ngoại trú và các yếu tố liên quan, để có thông tin giúp cho cán bộ Điều Dưỡng nói riêng và cơ quan quản lý y tế nói chung nâng cao hiệu quả điều trị, giúp người bệnh kiểm soát huyết áp và hạn chế các biến chứng của bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017*”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Thư viện số NDUN

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số vấn đề về tăng huyết áp

1.1.1. Khái niệm huyết áp

Huyết áp (HA) là thông số đo lực tác động của máu lên thành động mạch [7].

Huyết áp được tạo ra do lực co bóp của tim và sức cản của động mạch [7].

Huyết áp tâm thu là giá trị huyết áp cao nhất trong chu kỳ tim, tạo ra trong thời kỳ tâm thu. Huyết áp tâm trương là giá trị huyết áp thấp nhất trong chu kỳ tim, tương đương với thời kỳ tâm trương.

Huyết áp bị ảnh hưởng bởi tim (sức co bóp và nhịp đập), độ của máu, thể tích máu lưu thông và bản thân thành mạch máu (sức đàn hồi).

Theo tổ chức y tế thế giới World Health Organization (WHO), HA bình thường đo ở cánh tay là $\leq 120/80$ mmHg. HA có đặc điểm thay đổi theo thời gian, trạng thái tâm lý và một số yếu tố khác [7].

1.1.2. Khái niệm tăng huyết áp

Theo tổ chức y tế thế giới, tăng huyết áp (THA) khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg [7].

Tăng huyết áp có thể là tăng huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, hoặc chỉ tăng một trong hai dạng đó. Các chỉ số huyết áp 120- 139/80-90mmHg, Ủy ban quốc gia thứ 7 của Hoa Kỳ Joint National Committee 7 (JNC7) đã coi là tiền tăng huyết áp, nghĩa là sau này có nguy cơ bị tăng huyết áp thật sự cao gấp 2 lần so với người có huyết áp bình thường là $< 120/80$ mmHg.

1.1.3. Phân độ tăng huyết áp

Hiện nay phân độ tăng huyết áp thường được sử dụng trên lâm sàng là phân độ theo JNC 7 năm 2003 [34].

Bảng 1.1: Phân độ tăng huyết áp theo JNC 7

Phân loại	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)
Bình thường	< 120	và	< 80
Tiền tăng huyết áp	120-139	hoặc	80-89
Tăng huyết áp độ 1	140-159	hoặc	90-99
Tăng huyết áp độ 2	> 160	hoặc	> 100

1.1.4. Biến chứng tăng huyết áp

Tăng huyết áp gây nên tổn thương ở nhiều cơ quan trong cơ thể, đặc biệt hay gặp là tổn thương ở tim, não, thận, mắt và mạch máu lớn.... Những tổn thương này được gọi chung là tổn thương ở cơ quan đích hay biến chứng của THA. Các biến chứng của THA nguy hiểm không chỉ bởi vì có thể gây chết người, mà ngoài ra còn để lại những di chứng nặng nề (liệt do tai biến mạch não, suy tim, suy thận, mù lòa...) ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB) và là gánh nặng của gia đình và xã hội.

Tim: Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính và là nguyên nhân tử vong cao nhất đối với THA: dày thất trái gây suy tim toàn bộ, suy mạch vành gây nhồi máu cơ tim, phù phổi cấp.... THA thường xuyên sẽ làm cho thất trái to ra, về lâu dài, thất trái bị giãn, khi sức co bóp của tim bị giảm nhiều thì sẽ bị suy tim, lúc đầu suy tim trái rồi suy tim phải và trở thành suy tim toàn bộ. Về lâm sàng, lúc đầu NB mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, về sau với gắng sức vừa cũng khó thở và đến giai đoạn cuối của bệnh thì khó thở cả khi đi ngủ. Ngoài ra NB còn có da xanh, phù, tím tái...[5].

Não: Tai biến mạch máu não thường gặp như: nhũn não, xuất huyết não có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. Có thể chỉ gặp tai biến mạch máu não thoáng qua với các triệu chứng thần kinh khu trú không quá 24 giờ hoặc bệnh não do THA với lú lẫn, hôn mê kèm co giật, nôn mửa, nhức đầu dữ dội [5].

Thận: Vừa xơ động mạch thận sớm và nhanh, xơ thận gây suy thận dần dần, hoại tử dạng tơ huyết tiểu động mạch thận gây THA ác tính. Giai đoạn cuối thiếu máu cục bộ nặng ở thận sẽ dẫn đến nồng độ renin và angiotensin II trong máu tăng gây cường aldosteron thứ phát [5].

Mạch máu: THA là yếu tố gây xơ vữa động mạch, phòng động mạch chủ.

Mắt: các biến chứng về mắt: mờ mắt, xuất huyết, xuất tiết và phù gai thị.

1.1.5. Điều trị tăng huyết áp

1.1.5.1. Điều trị tăng huyết áp không dùng thuốc

Thay đổi lối sống làm giảm huyết áp và nguy cơ bệnh tim mạch, nên bắt đầu càng sớm càng tốt.

- Thay đổi chế độ ăn:
 - + Ăn giảm muối (hạn chế bít lượng muối ăn hàng ngày).
 - + Tránh ăn các thức ăn nhiều mỡ.
 - + Tăng cường ăn rau xanh, trái cây, tăng cường ăn cá.
- Kiểm soát được cân nặng, người bệnh thừa cân cần có chế độ giảm cân.
- Tăng cường vận động thể lực.
- Ngừng hút thuốc lá, thuốc Lào.
- Bỏ uống bia, rượu, bỏ các chất kích thích (cà phê, trà đặc).

1.1.5.2. Điều trị tăng huyết áp bằng thuốc

Hạ HA đến mức mong muốn < 140/90mmHg hoặc < 130/80mmHg trên NB có kèm đái tháo đường (ĐTĐ) hoặc suy thận mạn mà không bị tác dụng phụ của thuốc hoặc xuất hiện triệu chứng như chóng mặt, buồn ngủ, giảm khả năng tự vệ.... Không hạ HA nhanh quá nhằm giảm tác dụng không mong muốn. Xác định mục tiêu điều trị là hạ HA đến mức bình thường với rất ít hoặc không tác dụng phụ của thuốc [2],[30].

Cần sử dụng thuốc điều trị có giá thành hợp lý để NB điều trị lâu dài. Có thể dùng viên thuốc phối hợp sẵn nhằm giảm số viên thuốc phải uống hàng ngày.

Dùng một loại thuốc quen thuộc, dùng liều nhỏ khởi đầu, sau tăng liều cho đến khi đạt hiệu quả kiểm soát HA. Khi loại thuốc đó không còn đáp ứng thì mới thay hoặc phối hợp với loại thuốc khác.

Dùng phối hợp nhiều loại thuốc hạ áp trong THA cấp cứu, nặng và ác tính.

1.1.6. Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

1.1.6.1. Ăn mặn

Nguy cơ mắc bệnh THA thường hay gặp ở người có thói quen ăn mặn. Người dân ở vùng ven biển có tỷ lệ THA cao hơn so với người dân ở vùng đồng bằng và miền núi. Theo nghiên cứu của Đào Duy An năm 2007, trong chế độ ăn giảm natri mức độ trung bình không những làm giảm tỷ lệ mới mắc THA, chỉ số HA mà còn về lâu dài giảm được biến cố bệnh tim mạch, làm tăng tác dụng thuốc hạ huyết áp, giúp kiểm soát THA dễ dàng [1]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Dung và Nguyễn Kim Kế đều chỉ ra tỷ lệ THA ở nhóm có thói quen ăn mặn cao hơn nhóm không ăn mặn [4],[16].

1.1.6.2. Hút thuốc lá, thuốc lào

Trong thuốc lá, thuốc lào có nhiều chất kích thích, đặc biệt có chất nicotin kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch và gây THA. Nghiên cứu của Nguyễn Dung năm 2011 tại Huế chỉ ra những người có thói quen hút thuốc lá tỷ lệ THA 18,2% cao hơn những người không hút thuốc lá tỷ lệ THA 16,2% [4]. Kết quả này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu [25].

1.1.6.3. Đái tháo đường

Ở những người bị ĐTĐ, tỷ lệ bị bệnh THA cao gấp đôi so với người không bị ĐTĐ. Khi người bệnh có cả bệnh THA và ĐTĐ sẽ làm tăng gấp đôi biến chứng ở các mạch máu lớn và nhỏ, làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong so với người bệnh THA đơn thuần. Vì vậy khi bị ĐTĐ, cần phải điều trị tốt bệnh này để góp phần khống chế được bệnh THA kèm theo. Vì ĐTĐ thường đi kèm với THA, nên việc xác định và điều trị ĐTĐ sớm chắc chắn sẽ tiết kiệm được chi phí chăm sóc sức khỏe. Người cao tuổi (NCT) có tiền sử mắc bệnh ĐTĐ có tỷ lệ mắc THA cao hơn

gấp 6 lần những NCT không bị mắc bệnh ĐTD đó là kết quả nghiên cứu tại huyện Gia Lâm, Hà Nội [27].

1.1.6.4. Rối loạn Lipid máu

Nồng độ chất cholesterol trong máu cao là nguyên nhân chủ yếu của quá trình xơ vữa động mạch, dẫn làm hẹp lòng các động mạch cung cấp máu cho tim và các cơ quan khác trong cơ thể. Động mạch bị xơ vữa sẽ kém đàn hồi và đây cũng chính là yếu tố làm THA. Vì vậy, cần ăn chế độ giảm lipid máu sẽ giúp phòng bệnh tim mạch nói chung và bệnh THA nói riêng. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thủy chỉ ra NB có rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao ở người bệnh THA và có liên quan khá chặt chẽ giữa rối loạn lipid máu với các yếu tố nguy cơ tim mạch [24].

Nhóm tăng triglycerid có nguy cơ THA cao gấp 1,34 lần so với nhóm triglyceride bình thường theo nghiên cứu của Nguyễn Thái Hoàng và cộng sự [14].

1.1.6.5. Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp

Tiền sử gia đình, nhất là trực hệ (bố, mẹ, anh, chị, em, ruột), có người mắc bệnh THA, béo phì, bệnh tim mạch, rối loạn lipid máu là nguy cơ cao cho thành viên trong gia đình mắc các bệnh mạn tính nói chung và THA nói riêng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế năm 2012, gia đình có người mắc bệnh THA thì nguy cơ THA cao gấp 3,8 lần gia đình không có người mắc bệnh THA [16]. Tương đồng với nghiên cứu của Trần Thanh Tú và Phạm Thị Liên năm 2011 [27].

1.1.6.6. Tuổi

Tuổi càng cao thì tỷ lệ THA càng nhiều do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa, giảm tính đàn hồi, trở nên cứng hơn, làm cho huyết áp tâm thu tăng cao hơn, gọi là THA tâm thu đơn thuần. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Dung năm 2011 nhận thấy có mối liên quan giữa tuổi và THA. Độ tuổi > 55 có tỷ lệ THA cao là 42,0%, tiếp đến độ tuổi từ 45-54 có tỷ lệ THA là 13,8%, thấp nhất ở độ tuổi từ 25-34 có tỷ lệ THA là 0,6%. Điều này lý giải do sự thay đổi cấu trúc và chức năng của các động mạch khi tuổi ngày càng tăng, làm giảm tỷ lệ lòng mạch/thành mạch [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu chỉ ra số người mắc THA độ I và THA độ II người THA ở nhóm tuổi trung niên (45-60) cao hơn rõ rệt so với nhóm tuổi trẻ(18-44) lần lượt tương ứng 19,6%; 4,6% và 9,1%; 1,6% [25].

1.1.6.7. Thừa cân, béo phì

Trọng lượng của cơ thể con người có mối quan hệ khá tương đồng với bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ THA tăng dần theo chỉ số cơ thể Body Mass Index (BMI), BMI càng cao, khả năng bị THA càng nhiều với nguy cơ tương đối càng cao [14].

Bảng 1.2: Phân loại BMI dành cho người Châu Á [32]

Phân loại	Giá trị BMI
Gầy	< 18.5
Bình thường	18.5 - 22.9
Thừa cân	23
Tiền béo phì	23 - 24.9
Béo phì độ I	25 – 29.9
Béo phì độ II	≥ 30

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thái Hoàng và cộng sự năm 2012, nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến huyết áp ở NCT nhận thấy so với nhóm bình thường, nhóm gầy có nguy cơ THA thấp hơn 0,61 lần, nhóm thừa cân và nhóm béo phì có nguy cơ THA cao hơn 1,12 và 1,17 lần. Nghiên cứu ghi nhận, khi mức BMI nguy cơ từ 23 trở lên nguy cơ THA cao gấp 1,38 lần so với nhóm không có nguy cơ [14].

1.1.6.8. Uống nhiều bia, rượu

Người uống nhiều bia, rượu quá mức cũng là yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch nói chung và bệnh THA nói riêng. Đối với những người phải dùng thuốc để điều trị THA, việc uống bia, rượu quá mức hoặc người bị nghiện rượu sẽ làm mất tác dụng của thuốc hạ huyết áp. Ở nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự chỉ ra

nhóm người có thói quen uống rượu bia có tỷ lệ THA là 17,1% cao hơn nhóm không uống rượu bia có tỷ lệ THA là 16,7% [4].

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu tại Hải Dương chỉ ra số người mắc tiền THA, THA độ I và THA độ II ở nhóm uống rượu cao hơn rõ rệt so với nhóm không uống rượu (tương ứng 9,4; 21,2 và 3,3% so với 6,5; 12,1 và 2,9%) [25].

1.1.6.9. Ít vận động thể lực

Hoạt động thể lực có liên quan đến THA. Người ít vận động thể lực hay có lối sống tĩnh tại cũng được xem là một nguy cơ của bệnh THA. Tỷ lệ THA tăng dần theo mức giảm hoạt động thể lực, ở nhóm ít hoạt động thể lực có tỷ lệ THA 17,6% cao hơn nhóm có vận động thể lực có tỷ lệ THA 16,7% theo nghiên cứu của Nguyễn Dung và cộng sự [4].

1.1.6.10. Căng thẳng, lo âu quá mức

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được những người bị căng thẳng thần kinh, lo âu quá mức hay bị stress sẽ làm tăng nhịp tim. Vì vậy, mỗi người cần rèn luyện cho mình tính tự lập, kiên nhẫn và luôn luôn biết làm chủ bản thân trước mọi vấn đề xảy ra trong cuộc sống. Nếu thực hiện được vấn đề này thì có thể hạn chế tối đa những căng thẳng, lo âu, stress xảy ra đối với mình, đồng thời đây cũng chính là một biện pháp phòng bệnh THA. NCT có cuộc sống tinh thần không thoải mái, hay căng thẳng có nguy cơ THA cao gấp 7,4 lần so với NCT có cuộc sống tinh thần thoải mái đó là kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Ké [16].

1.2. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp

1.2.1. Khái niệm về tuân thủ điều trị

Theo tác giả Inkster và cộng sự năm 2006, tuân thủ được hiểu là khả năng và sẵn sàng để thực hiện theo một phác đồ điều trị theo quy định. Theo Villalva năm 2016, tuân thủ điều trị THA là người bệnh phải tuân thủ điều trị bằng thuốc kết hợp với thay đổi lối sống: chế độ ăn uống, tập luyện thể dục, kiểm soát cân nặng và tái khám định kỳ [45]. Trong nghiên cứu này, tuân thủ điều trị đã sử dụng khái niệm của Villala.

1.2.2. Uống thuốc điều trị tăng huyết áp

THA là bệnh mạn tính chính vì vậy việc duy trì thuốc huyết áp hàng ngày, liên tục là điều rất quan trọng giúp người bệnh ổn định huyết áp và cải thiện được tình trạng bệnh, hạn chế đến mức tối đa các biến chứng. Nhưng mức độ tuân thủ ở các nghiên cứu chưa cao. Theo nghiên cứu của Morisky năm 2008, nghiên cứu trên 1376 NB điều trị ngoại trú. Kết quả thu được chỉ có 15,9% NB tuân thủ điều trị thuốc tốt, 52% tuân thủ trung bình và 32,1% tuân thủ kém [42]. Gần đây nhất theo nghiên cứu của Chunhua Ma năm 2016, nghiên cứu trên 1159 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) chỉ có 247 ĐTNC tương ứng với 21,3% tuân thủ dùng thuốc [35].

Kết quả nghiên cứu của Ninh Văn Đông năm 2010 chỉ ra có 68% ĐTNC uống thuốc điều trị THA thường xuyên, nhưng vẫn còn 25,5% ĐTNC chỉ uống thuốc khi đo thấy huyết áp tăng, 30% ĐTNC chỉ uống thuốc khi thấy có dấu hiệu THA như đau đầu, chóng mặt, ù tai và 26,5% ĐTNC chỉ uống thuốc một đợt thuốc khi mới khám bác sỹ về [8].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh năm 2011, khảo sát kiến thức, thái độ và sự tuân thủ dùng thuốc của NB tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương, có 49,5% NB tuân thủ dùng thuốc, còn lại 50,5% NB chưa tuân thủ dùng thuốc [13].

1.2.3. Thay đổi lối sống của người bệnh tăng huyết áp

Theo hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế năm 2010 bên cạnh việc tuân thủ dùng thuốc, người bệnh THA cần thay đổi lối sống, có chế độ ăn hợp lý, giảm ăn mặn dưới 5 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày, tăng cường rau xanh, hoa quả tươi, hạn chế chất béo, bia rượu và bỏ thuốc lá, có chế độ luyện tập thể dục hàng ngày và kiểm soát cân nặng [3].

Chế độ ăn của ĐTNC trước và sau khi phát hiện bị THA vẫn không thay đổi chiếm 88%, chỉ có 8,5% ăn nhạt hơn trước, 44,5% hạn chế uống bia rượu, phần lớn ĐTNC không thực hành đúng chế độ ăn cho người bệnh THA. Về sinh hoạt của ĐTNC và sau khi phát hiện mình bị THA rất ít thay đổi, 82,5% vẫn sinh hoạt như trước. Tỷ lệ bỏ thuốc lá rất thấp khoảng 10,5%. Phong trào tập thể thao của ĐTNC

chiếm tỉ lệ cao 68%, và 27,5% thỉnh thoảng luyện tập đó là những con số trong nghiên cứu của Ninh Văn Đông [8].

Theo nghiên cứu tại 4 phường của thành phố Hà Nội của Nguyễn Minh Phương năm 2011, có gần 1/2 NB không thực hiện chế độ giảm muối, có 42% vẫn sử dụng muối ở mức bình thường như trước và có 3,6% vẫn ăn mặn. Có 33,6% vẫn uống rượu bia, trong đó 6% uống nhiều hơn 3 cốc tiêu chuẩn/ngày. Có 28% NB có hút thuốc và có 6% hút nhiều hơn 5 điếu thuốc/ngày. Có 12,4% NB vẫn sinh hoạt như trước và 37,2% NB không luyện tập thường xuyên [22].

Việc khám bệnh định kỳ hàng tháng hoặc đi khám ngay khi có các dấu hiệu không khỏe là rất quan trọng để kiểm soát huyết áp và ngăn ngừa các biến chứng của THA có thể xảy ra. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Ninh Văn Đông, tỉ lệ ĐTNC đi khám sức khỏe định kỳ chỉ có 7,5%. Có đến 42,5% chưa đi khám lại lần nào từ khi phát hiện và điều trị THA, 3% đi khám lại khi uống hết thuốc theo đơn của bác sĩ [8]. Và theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương có đến 54,4% ĐTNC không đi khám định kỳ đều đặn [22].

1.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị

Theo nghiên cứu của Mc Pettey năm 2013, tuân thủ bị ảnh hưởng bởi một số đặc điểm cá nhân, tuổi, giới, nghề nghiệp, kiến thức của ĐTNC về bệnh THA, bệnh phối hợp, thu nhập của ĐTNC và sự phức tạp của phác đồ điều trị [43].

Nghiên cứu của Morisky trên 1367 NB điều trị ngoại trú năm 2008 đã chỉ ra những NB có kiến thức về bệnh THA, nhận được sự hỗ trợ tích cực từ gia đình, bạn bè và nhân viên y tế (NVYT) là những đối tượng có sự tuân thủ điều trị cao hơn. Ngược lại những NB có kinh tế kém, có nhiều bệnh phối hợp là những đối tượng có sự tuân thủ điều trị thấp hơn [42].

Kết quả nghiên cứu của Chunhua Ma năm 2016 chỉ ra những NB có thu nhập hộ gia đình cao, mới bị bệnh THA, có số lượng viên thuốc ít hơn trong ngày và nhận được sự hỗ trợ xã hội cao thì mức độ tuân thủ cao hơn những NB có thu nhập thấp, bị bệnh THA lâu năm, uống nhiều thuốc mỗi ngày và nhận được sự hỗ trợ xã hội thấp hơn [35].

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn các yếu tố về nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, các yếu tố về kiến thức của ĐTNC, hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo và kinh tế của ĐTNC để tìm hiểu mối liên quan đến tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh THA.

1.3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Tuổi không ảnh hưởng đến tính đáp ứng với nhiều loại thuốc, nhưng tuổi lại có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, đó là kết quả nghiên cứu của Mc Pettey năm 2013 [43]. Đặc biệt ở NB lớn tuổi, do trí nhớ giảm sút nên việc quên uống thuốc dễ xảy ra. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương cũng chỉ ra có mối liên quan giữa nhóm tuổi với tuân thủ điều trị. NB trên 55 tuổi có xu hướng đạt về tuân thủ điều trị THA cao hơn 1,86 lần so với NB dưới 55 tuổi [22]. Theo nghiên cứu của Trần Thị Loan năm 2012, giới tính có mối liên quan đến tuân thủ điều trị, NB nữ có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn 2,16 lần so với nam giới. Bên cạnh đó, trình độ học vấn thấp, nghề nghiệp của NB cũng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. NB có trình độ học vấn từ phổ thông trung học trở lên tuân thủ điều trị thuốc cao hơn 4,55 lần so với trình độ từ trung học cơ sở trở xuống [19].

1.3.2. Kiến thức của người bệnh

Kiến thức của NB sẽ ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, điều đó đã được khẳng định bởi một số nhà nghiên cứu như Fongwa và cộng sự năm 2008; Moser và Franklin năm 2007 [43]. Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Loan tại Thái Nguyên năm 2012, NB có kiến thức đạt về tuân thủ điều trị THA có tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc cao hơn 5,095 lần so với NB có kiến thức không đạt.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương chỉ có 51,6% ĐTNC đạt về kiến thức chung về bệnh và tuân thủ điều trị bệnh. Hiểu biết về mục đích của việc đi khám theo dõi HA như sau: 56% hiểu được là để xác định hướng điều trị cho phù hợp sau một đợt điều trị hoặc để phát hiện sớm các biến chứng nếu có; 51,2% hiểu là để đánh giá các yếu tố nguy cơ; có đến 10% cho rằng không cần đi khám định kỳ. Từ nhận thức của việc đi khám bệnh định kỳ đó thì trong nghiên cứu thực tế có đến 54,4% ĐTNC không đi khám định kỳ đều đặn [22]. Nghiên cứu của Lê Đức Hạnh

năm 2013 chỉ ra tỷ lệ NB hiểu biết về chế độ ăn còn thấp là 38,2% so với 61,8% không hiểu biết về chế độ ăn [12].

1.3.3. Hỗ trợ xã hội

Theo nghiên cứu của KyngaEs và LahdenperaE năm 1999, hỗ trợ xã hội là sự giúp đỡ của gia đình, bạn bè và NVYT, là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị của NB. Các thành viên trong gia đình và bạn bè thường xuyên hỗ trợ về tinh thần và vật chất sẽ giúp cho NB có thêm động lực mạnh mẽ để tiếp tục thực hiện các hành vi tuân thủ trong điều trị theo Cott, Gignac và Badley, năm 1999. Những kết quả này khẳng định tầm quan trọng của các nguồn hỗ trợ cho người bệnh THA [37].

Theo nghiên cứu của Marie N Fongwa và cộng sự năm 2008, các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của phụ nữ Mỹ gốc Phi, các thành viên trong gia đình đóng vai trò hỗ trợ rất tích cực đối với NB, đặc biệt đối với NB là nữ, bởi người phụ nữ ngoài công việc bên ngoài họ thường gặp những căng thẳng từ con cái, các công việc trong gia đình. Ở nghiên cứu này ĐTNC muốn được lắng nghe nhiều hơn về tác dụng phụ của thuốc từ các NVYT. Nghiên cứu khẳng định sự hỗ trợ từ gia đình và NVYT ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị [39].

Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Loan khẳng định có mối liên quan giữa sự hỗ trợ của gia đình với tuân thủ điều trị. NB nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, nhắc nhở chế độ điều trị, tuân thủ thay đổi lối sống cao hơn 2,03 lần so với NB không nhận được hỗ trợ từ gia đình [19].

1.3.4. Kinh tế của người bệnh

Các bệnh mạn tính như THA, ĐTĐ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính... đòi hỏi NB phải điều trị lâu dài dẫn đến chi phí chăm sóc sức khỏe hàng năm khá lớn như: chi phí về thuốc, các xét nghiệm, chi phí liên quan đến tác dụng phụ của thuốc, chi phí đi lại... Kinh tế tác động không nhỏ tới chăm sóc sức khỏe, chính vì vậy sẽ ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị ngoại trú của NB. Người nghèo có nhiều lo toan với cuộc sống thường nhật cho nên chỉ tới khám khi bệnh đã quá nặng và mới nhận ra vấn đề về sức khỏe của mình [6].

Khá nhiều nghiên cứu đã đề cập tới vấn đề này. Kết quả nghiên cứu của William J. Elliott năm 2003 tại Mỹ khẳng định NB không tuân thủ điều trị dẫn đến huyết áp không được kiểm soát do các yếu tố liên quan đến chi phí điều trị [47].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh năm 2011 cũng khẳng định có mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với thu nhập của ĐTNC [13].

1.3.5. Tình trạng mắc bệnh kèm theo

Theo nghiên cứu của Trần Văn Long, tỷ lệ NCT mắc các bệnh mạn tính cao cụ thể là: 52,8% NCT bị tăng huyết áp; 5,8 % NCT mắc bệnh đái tháo đường; 53,3% NCT rối loạn lipid máu; Tỷ lệ NCT mắc bệnh xương khớp là 69,9 % NCT; 71,3% NCT mắc bệnh về mắt. Và trung bình 1 NCT có 2,54 bệnh phối hợp [20]. Kết quả nghiên cứu của Trần Minh Giao và Châu Ngọc Hoa tại bệnh viện Gia Định khẳng định tỷ lệ người bệnh THA mắc kèm các bệnh như ĐTĐ tuyp 2 chiếm 25,8%, bệnh lý mạch vành chiếm 64,4%, rối loạn lipid máu chiếm 61,3%. NB mắc nhiều bệnh phối hợp, lượng thuốc uống hàng ngày là khá nhiều ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của ĐTNC [9].

Kết quả nghiên cứu của W.Wang và cộng sự năm 2014 trên 382 người cao tuổi tại Trung Quốc có 62,1% ĐTNC mắc kèm các bệnh khác: ĐTĐ, tăng lipid máu, bệnh tim mạch, và những NB chỉ mắc bệnh THA tuân thủ điều trị hơn mắc nhiều bệnh [46].

Theo nghiên cứu của JaeJin năm 2013 khi người bệnh sử dụng thuốc cho đơn thuần một bệnh THA hoặc ĐTĐ, thì mức độ tuân thủ dùng thuốc cao hơn khi mắc đồng thời cả hai bệnh [49].

1.4. Các nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị tăng huyết áp

1.4.1. Tình hình bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị trên thế giới

Tăng huyết áp là một bệnh lý tim mạch phổ biến và mang tính chất xã hội. Theo tổ chức y tế thế giới, THA là một trong sáu yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng tới phân bố gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Tỷ lệ hiện mắc THA trên thế giới năm 2000 là 26,4% (tương đương với 972 triệu người, riêng các nước đang phát triển

chiếm 639 triệu) sẽ tăng 29,2% (1,56 tỷ người) vào năm 2025 [40]. Tần suất THA trong cộng đồng ngày càng gia tăng và hiện tại đang ở mức rất cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Theo thống kê tại Hoa Kỳ năm 2006, có khoảng 74,5 triệu người Mỹ bị THA, và cứ ba người lớn có một người bị THA. Trong tổng số người bị THA tại Hoa Kỳ có khoảng 77,6% là đã biết bị THA. Trong số người bệnh bị THA, chỉ có 67,9% được điều trị và chỉ có 44,1% là không chế được HA tốt trong khi có tới 55,9% không được không chế tốt [17].

Vấn đề tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh THA cũng được khá nhiều tác giả nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Yun Gao và cộng sự, nghiên cứu trên 46.239 người ≥ 20 tuổi, kết quả thu được 26,6% người trưởng thành ở Trung Quốc có THA. Trong số người bệnh THA, chỉ có 45,0% biết về tình trạng của họ, 36,2% được điều trị, và chỉ có 11,1% đạt về tuân thủ điều trị [48]. Kết quả nghiên cứu của Morisky chỉ có 15,9% NB tuân thủ điều trị thuốc tốt, 52% tuân thủ trung bình và 32,1% tuân thủ kém [42]. Năm 2011 theo một nghiên cứu tại Pakistan của Saleem, trong số 385 ĐTNC, có 236 NB (61,3%) có hiểu biết trung bình về THA và không có NB nào được coi là tuân thủ tốt trong nghiên cứu [44]. Kết quả nghiên cứu của Chunhua Ma năm 2016 chỉ ra có 21,3% ĐTNC tuân thủ chế độ dùng thuốc và xác định tuổi, thu nhập hộ gia đình, thời gian mắc bệnh, số lượng thuốc uống mỗi ngày và hỗ trợ xã hội ảnh hưởng đến tuân thủ dùng thuốc [35].

1.4.2. Tình hình bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị ở Việt Nam

Tăng huyết áp tại Việt Nam với tần suất ngày càng gia tăng khi nền kinh tế phát triển, đặc biệt là khi dân số Việt Nam ngày một già hóa. Năm 2008 Viện Tim Mạch Việt Nam tiến hành nghiên cứu ở người lớn tại 8 tỉnh và thành phố ở cả ba miền Bắc, Trung, Nam của nước ta thì thấy tỷ lệ THA đã tăng lên đến 25,1%. Trong đó 51,6% không biết bị THA và 48,4% biết bị THA. Trong số NB biết bị THA chỉ có 61,12% điều trị, còn lại 38,9% không điều trị THA [31]. Theo điều tra dịch tễ Việt Nam nghiên cứu THA toàn quốc đến tháng 5/2016 trên 5454 người trưởng thành, có tới 47,3% bị THA, nhưng chỉ có 31,3% THA được kiểm soát, có tới 69% chưa được kiểm soát [29].

THA ít biểu hiện triệu chứng, nhưng các biến chứng của THA lại rất nặng nề như TBMNN, suy tim, suy thận ... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và có thể gây tàn phế, tử vong. Những biến chứng liên quan đến THA do nhiều nguyên nhân, nhưng chủ yếu là việc không tuân thủ điều trị, do chủ quan hoặc hiểu biết về bệnh còn hạn chế [17]. Nghiên cứu của Dương Hồng Thái và cộng sự năm 2007 ở người dân 18 – 70 tuổi xã Linh Sơn, tỉnh Thái Nguyên, tỷ lệ THA là 33,3%. Tỷ lệ không hiểu biết về bệnh THA, không điều trị là 75,4%. Hiểu biết về bệnh THA chưa điều trị bao giờ là 16,7%. Điều trị không thường xuyên là 6,3% [23]. Theo Nghiên cứu của Lê Đức Hạnh năm 2013 chỉ ra tỷ lệ NB không biết mình bị THA chiếm 33,04%, biết nhưng không điều trị 33,04%, điều trị và kiểm soát được huyết áp mục tiêu chỉ đạt 21,74% [12]. Gần đây nhất theo nghiên cứu của Trần Văn Long năm 2015 tại Nam Định. Tỷ lệ NCT mắc các bệnh THA là 52,8%. Khi khảo sát về kiến thức về cách phòng bệnh THA, và các biến chứng của THA. Nghiên cứu thu được kết quả: kiến thức của NCT về các cách phòng bệnh THA còn hạn chế. Biện pháp được nhiều NCT biết là không ăn mặn (67%), ít hoạt động thể lực (62,9%), thừa cân béo phì (58,3%), không hút thuốc lá (36,8%), không uống rượu (33,9%). Kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh THA rất thấp đặc biệt là các biến chứng về thận, mắt. Biến chứng được nhiều NCT biết đến nhất đó là tai biến mạch máu não - đột quỵ nhưng cũng chỉ có 12,5% NCT nhắc đến [20].

THA là bệnh mạn tính, đòi hỏi NB phải điều trị liên tục và lâu dài. Đặc biệt người bệnh THA thường được điều trị ngoại trú, nếu chưa mắc các biến chứng hoặc là bị bệnh nặng. Chính vì vậy sự tuân thủ của NB sẽ ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Điều tra về sự tuân thủ điều trị ngoại trú của NB, theo nghiên cứu của Phạm Gia Khải và cộng sự ở người dân trên 25 tuổi sống tại các tỉnh phía Bắc Việt Nam năm 2002, trong 818 người được phát hiện có THA, trong đó tỷ lệ điều trị tốt chỉ có 19,1% [18]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàng năm 2010, khảo sát trên 2.160 đối tượng từ 60 tuổi trở lên tại tỉnh Long An, kết quả thu được như sau: tần suất THA là 52,5%, trong đó có 19,3% đã được chẩn đoán THA và hiện đang dùng thuốc hạ HA, và 33,2% mới được chẩn đoán THA. Tỷ lệ NB nhận biết bản thân đã

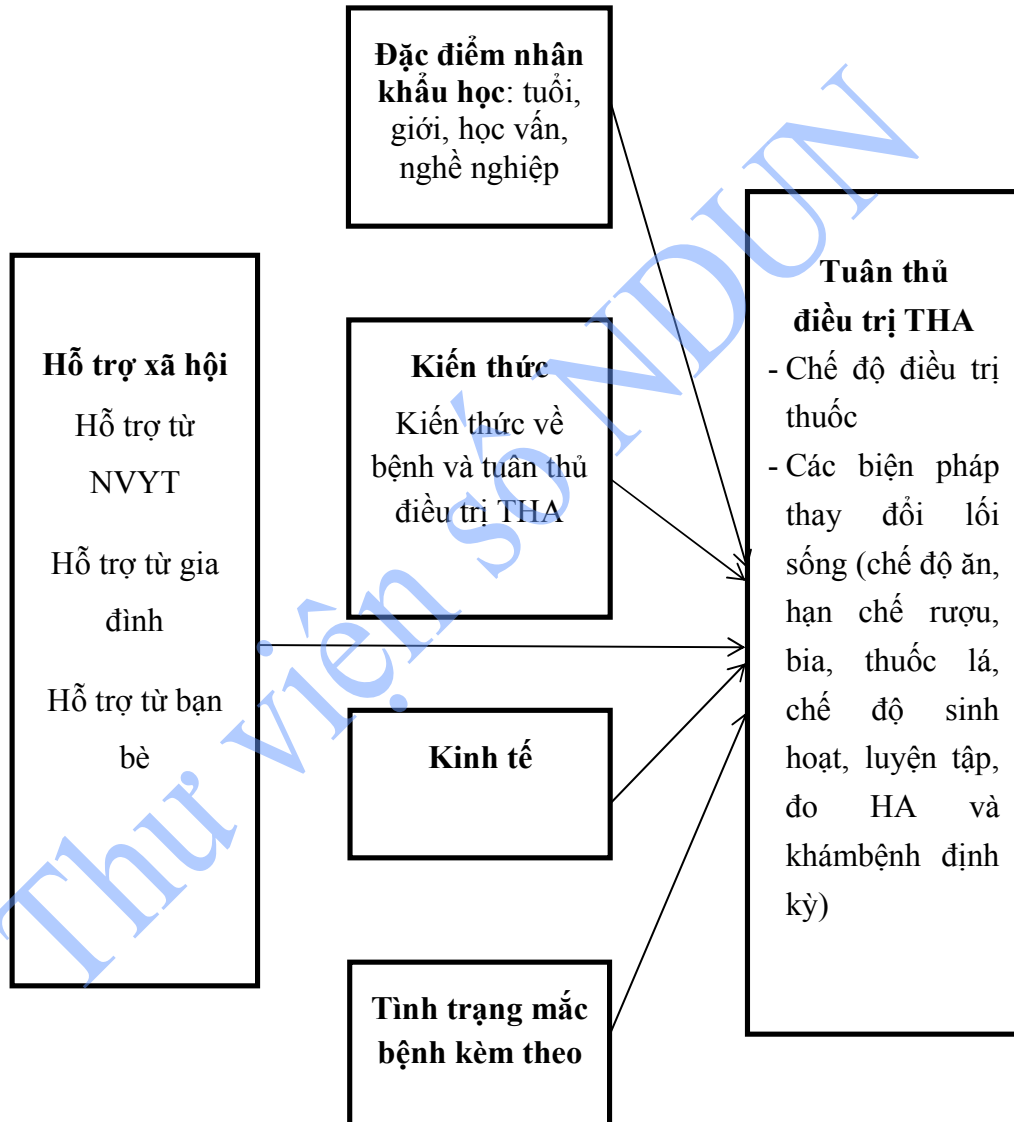
mắc bệnh THA là 79,8%, có điều trị là 76,6%, nhưng kiểm soát tốt THA chỉ có 10,5%. Lý do NB không tuân thủ điều trị do không nhận được lời khuyên của thầy thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất (75,9%). Tỉ lệ sợ tác dụng phụ của thuốc ở nam cao hơn nữ. Lý do chi phí điều trị được ghi nhận ở nữ cao hơn nam [15].

Kết quả nghiên cứu của Ninh Văn Đông năm 2010 thu được: có 46,5% ĐTNC có kiến thức đạt về bệnh THA nhưng chỉ có 21,5% ĐTNC đạt về tuân thủ điều trị. Hầu hết ĐTNC không thực hành đúng về chế độ ăn uống, sinh hoạt, uống thuốc, thực hiện khám bệnh và kiểm tra HA. Có đến 88% ĐTNC vẫn ăn uống như cũ, ăn nhạt hơn trước chỉ chiếm 8,5%. Có 82,5% ĐTNC vẫn sinh hoạt như cũ, 10,5% ĐTNC hạn chế hút thuốc lá, thuốc lào. Có 25,5% chỉ uống thuốc khi đo HA tăng, 30% chỉ uống thuốc khi có dấu hiệu của THA. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị, nghiên cứu chỉ ra trình độ học vấn và kiến thức về tuân thủ điều trị có mối liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị THA [8].

Nghiên cứu của Ngô Quang Trung năm 2015 về thực trạng kiến thức và sự tuân thủ điều trị của các bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Ngô Quyền thu được kết quả: có 4% NB quên uống thuốc hạ HA trong tuần trước; 6,5% NB tự ý ngừng thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu. Nghiên cứu xác định được phần lớn NB cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc hạ HA(91,5%); có 42% NB cảm thấy khó khăn khi phải nhớ cách uống các loại thuốc hạ huyết áp hàng ngày.

1.5. Khung lý thuyết nghiên cứu

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh THA đang điều trị ngoại trú: đặc điểm nhân khẩu học, kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị, kinh tế của ĐTNC, hỗ trợ xã hội và số bệnh phối hợp mà ĐTNC mắc phải.



Sơ đồ 1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh tăng huyết áp

1.6. Địa bàn nghiên cứu

Quảng Ninh có hệ thống cơ sở vật chất của ngành y tế được đầu tư đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh của nhân dân và các du khách trong và ngoài nước. Theo tổng cục thống kê tính đến năm 2010, toàn tỉnh Quảng Ninh có 15 bệnh viện, 09 phòng khám đa khoa khu vực, 10 trung tâm y tế tuyến tỉnh, 14 trung tâm y tế tuyến huyện, 186 trạm y tế xã, phường.

Theo báo cáo thống kê đến ngày 31/12/2015. Bệnh viện tỉnh Quảng Ninh là bệnh viện hạng I với 700 giường bệnh, có đội ngũ y bác sỹ có rất nhiều kinh nghiệm và cơ sở hạ tầng khá khang trang. Bệnh viện có 483 cán bộ công chức với 88 cán bộ khối văn phòng và 299 cán bộ khoa lâm sàng và 96 cán bộ các khoa cận lâm sàng. Trong năm 2015, tổng số NB đến khám bệnh 266057, có 3452 lượt điều trị ngoại trú. Tại phòng khám Nội trung bình mỗi tháng, có từ 900 đến 1000 lượt NB đến khám vì bệnh tim mạch, hồ sơ điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp từ 350- 400 NB.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên người bệnh tăng huyết áp trên 18 tuổi đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

* Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

- Có trong danh sách quản lý người bệnh THA tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.
- Đã điều trị THA trên 1 tháng.
- Có khả năng trả lời phỏng vấn.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng:

- THA thứ phát: do viêm cầu thận, u tủy thượng thận...
- Người bệnh có vấn đề về rối loạn tâm lý.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 11/2016 - tháng 7/2017.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu bằng phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

a, Cỡ mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần có

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với mức độ tin cậy 95%

$p = 19,1\%$ (tỉ lệ BN THA tuân thủ điều trị ngoại trú trong nghiên cứu của Phạm Gia Khải năm 2002) [18].

$$1 - p = 1 - 0,191 = 0,809$$

$d = 0,05$ sai số cho phép ở mức 5%

Kết quả tính cỡ mẫu $n = 237$ đối tượng cần nghiên cứu. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu, ước lượng khoảng 5% NB không đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu, vì vậy cỡ mẫu $n = 250$ người bệnh. Điều tra thực tế thu được 250 phiếu trả lời đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích.

b, Phương pháp chọn mẫu

Cách chọn mẫu: người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất theo các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Người bệnh THA điều trị ngoại trú đến khám định kỳ hàng tháng, vì vậy để tránh chọn 2 lần một người bệnh việc tiến hành phỏng vấn được diễn ra trong vòng 1 tháng. Các điều tra viên trực hàng ngày tại phòng khám Nội tim mạch và lựa chọn người bệnh có đủ tiêu chuẩn để thu thập số liệu trong khi người bệnh đợi khám và chờ kết quả xét nghiệm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sau khi được sự đồng ý của hội đồng khoa học trường đại học Điều Dưỡng Nam Định, bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, và sự đồng ý tham gia nghiên cứu của người bệnh. Nghiên cứu viên bắt đầu tiến hành thu thập số liệu.

Thời gian phỏng vấn: các ngày trong tuần.

Địa điểm: tại khoa Khám bệnh, khoa có 2 phòng khám Nội tim mạch, 1 phòng chờ đo huyết áp, và khu vực ngồi chờ. Người thu thập số liệu sử dụng bộ câu hỏi để phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại phòng chờ đo huyết áp (kiểm soát được tiếng ồn, người khác trả lời chen ngang, người tham gia mất tập trung).

* Kỹ thuật thu thập số liệu:

Bước 1: Xây dựng, thử nghiệm và hoàn thiện công cụ nghiên cứu: in 250 bộ công cụ.

Bước 2: Tập huấn công cụ nghiên cứu:

- + Đối tượng tập huấn: 01 giảng viên trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh.
- + Nội dung tập huấn: mục đích của cuộc điều tra, kỹ năng phỏng vấn, kỹ năng tiếp xúc với NB.
- + Thời gian, địa điểm: 01 ngày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.
- + Giảng viên tập huấn: nghiên cứu viên.

Bước 3: Tiến hành điều tra:

- + 01 điều tra viên và nghiên cứu viên trực tại phòng chờ đo HA.
- + Phỏng vấn NB trong thời gian chờ khám, chờ kết quả xét nghiệm hoặc sau khi bác sỹ khám và kê đơn thuốc. Người bệnh được phỏng vấn dựa trên bảng câu hỏi đã được thiết kế gồm 51 câu. Thời gian trung bình mỗi NB trả lời khoảng 40 phút.

Bước 4: Giám sát điều tra.

Sau mỗi buổi điều tra, điều tra viên nộp phiếu cho nghiên cứu viên, nghiên cứu viên có trách nhiệm thu thập, kiểm tra một cách kỹ lưỡng phiếu điều tra về số lượng, chất lượng nội dung câu hỏi. Những phiếu nào điền chưa đủ, đúng yêu cầu thì loại phiếu và phỏng vấn bù người khác.

2.6. Các biến số nghiên cứu

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
<i>Thông tin cá nhân của ĐTNC</i>				
1	Tuổi	Tính theo năm sinh của ĐTNC (năm dương lịch)	Rời rạc	Phỏng vấn
2	Giới tính	Giới tính của ĐTNC	Nhị phân	Phỏng vấn
3	BMI	Là chỉ số khối cơ thể được dùng để đánh giá mức độ gầy hay béo của một người	Định lượng	Chỉ số chiều cao và cân nặng đo được
4	Nghề nghiệp	Công việc hàng ngày tạo ra thu nhập chính của ĐTNC	Định danh	Phỏng vấn
5	Thu nhập	Là tổng số tiền thu nhập trung bình hàng tháng của	Định lượng	Phỏng vấn

TT	Biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Phương pháp thu thập số liệu
		ĐTNC		
6	Trình độ học vấn	Bảng cấp cao nhất của ĐTNC đạt được cho đến thời điểm phỏng vấn	Thứ bậc	Phỏng vấn
7	Tiền sử gia đình về bệnh THA	Trong gia đình có người đã mắc bệnh THA	Nhị phân	Phỏng vấn
8	Thời gian mắc bệnh THA	Thời gian ĐTNC được Bác sĩ chẩn đoán phát hiện THA lần đầu tiên đến thời điểm nghiên cứu	Thứ bậc	Phỏng vấn
9	Tuân thủ điều trị	Tuân thủ điều trị THA bao gồm tuân thủ chế độ dùng thuốc theo phác đồ điều trị và tuân thủ các chế độ ăn uống, sinh hoạt, tập luyện, theo dõi và khám bệnh trong điều trị THA	Biến định tính	Phỏng vấn
10	Kiến thức về tuân thủ điều trị	Là nhận thức của ĐTNC về định nghĩa THA, triệu chứng, biến chứng, thời gian dùng thuốc, chế độ ăn, uống, tập thể dục ảnh hưởng đến HA và về cách đo HA của ĐTNC	Biến định tính	Phỏng vấn
11	Hỗ trợ xã hội	Là các hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè, nhân viên y tế	Biến định tính	Phỏng vấn
12	Bệnh kèm theo	Là tình trạng mắc bệnh kèm theo bệnh tăng huyết áp của ĐTNC	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án, Phỏng vấn

2.7. Các khái niệm, thang đo, tiêu chuẩn đánh giá

* Bộ công cụ (phụ lục 1): gồm 51 câu, cấu trúc gồm 4 phần:

Phần A: Thông tin cơ bản: 9 câu.

Phần B: Tuân thủ điều trị tăng huyết áp: 22 câu.

Phần C: Kiến thức liên quan đến tuân thủ điều trị : 11 câu.

Phần D: Hỗ trợ xã hội liên quan đến tuân thủ điều trị: 9 câu.

* Trong nghiên cứu bộ công cụ được tham khảo 3 bộ công cụ nước ngoài [36],[41],[50] đã được hiệu chỉnh để phù hợp với nghiên cứu tại Việt Nam.

- 3 bộ công cụ được dịch, dịch ngược bởi 2 giảng viên tiếng anh có trình độ thạc sĩ. Sau đó 2 bản tiếng anh được kiểm chứng với nhau. Phần nào không thống nhất, người nghiên cứu đã trao đổi với 2 người dịch và đi đến thống nhất.

- Bản tiếng việt được đánh giá bởi 2 bác sỹ chuyên khoa về tim mạch và 1 điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc tại phòng khám tim mạch 15 năm. Kết quả đánh giá: bộ công cụ về hỗ trợ xã hội chuyển từ likert 7 mức thành likert 5 mức để thuận lợi cho việc đánh giá và có chỉnh sửa câu từ theo văn phong tiếng việt.

- Sau đó bộ công cụ được đánh giá trên 30 người bệnh có tiêu chuẩn lựa chọn phù hợp. Độ tin cậy của các bộ công cụ về mức độ tuân thủ của NB tăng huyết áp, kiến thức liên quan đến tuân thủ điều trị và bộ câu hỏi về hỗ trợ xã hội lần lượt là: 0,88; 0,728; 0,903.

Đo lường tuân thủ điều trị:

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ công cụ của Chunhua Ma năm 2011 [36]. Bộ công cụ sử dụng thang đo 3 điểm theo Likert với 22 câu. Mỗi câu có 3 lựa chọn: thường xuyên - 3 điểm, thi thoảng - 2 điểm, không bao giờ - 1 điểm. Kết quả Cronbach's alpha: 0,88.

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá tuân thủ điều trị ngoại trú

Câu	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ	Câu	Chọn thường xuyên	Chọn thỉnh thoảng	Chọn không bao giờ
	3 điểm	2 điểm	1 điểm		3 điểm	2 điểm	1 điểm
B1	×	×	×	B12	×	×	×
B2	×	×	×	B13	×	×	×
B3	×	×	×	B14	×	×	×
B4	×	×	×	B15	×	×	×
B5	×	×	×	B16	×	×	×
B6	×	×	×	B17	×	×	×
B7	×	×	×	B18	×	×	×
B8	×	×	×	B19	×	×	×
B9	×	×	×	B20	×	×	×
B10	×	×	×	B21	×	×	×
B11	×	×	×	B22	×	×	×
Tổng điểm cao nhất : 66 điểm				Tổng điểm thấp nhất : 22 điểm			

Sau khi tham khảo từ những nghiên cứu kiến thức thực hành thái độ của người bệnh điều trị ngoại trú tăng huyết áp và các nghiên cứu về tuân thủ điều trị ngoại trú [8],[19],[22]. Để đánh giá được sự tuân thủ điều trị ĐTNC đạt hay không đạt bằng cách tính tổng điểm mà ĐTNC đạt được trên 75% thì ĐTNC tuân thủ điều trị THA.

Khi ĐTNC có số điểm trên 75% của 66 là ≥ 50 điểm thì ĐTNC tuân thủ điều trị THA.

Số điểm ≤ 49 điểm thì ĐTNC không tuân thủ điều trị THA.

Đo lường các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị:

Đánh giá về kiến thức: dựa trên bộ công cụ của Marilyn M năm 2012 [41]. Bộ công cụ gồm 11 câu với các nội dung: kiến thức chung về tăng huyết áp, quản lý lối sống và dùng thuốc, mục tiêu huyết áp mà người bệnh cần đạt được.

Dạng câu hỏi đúng, sai và nhiều lựa chọn. Mỗi câu có một ý đúng tương ứng với 1 điểm. Kết quả Cronbach's alpha: 0,728.

Bảng 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức đạt

Câu	Kiến thức đạt	Điểm	Câu	Kiến thức đạt	Điểm
C1	Chọn 1	1 điểm	C6	Chọn 2	1 điểm
C2	Chọn 2	1 điểm	C7	Chọn 1	1 điểm
C3	Chọn 2	1 điểm	C8	Chọn 1	1 điểm
C4	Chọn 4	1 điểm	C9	Chọn 2	1 điểm
C5	Chọn 2	1 điểm	C10	Chọn 1	1 điểm
			C11	Chọn 4	1 điểm
Tổng điểm: 11 điểm					

Sau khi tham khảo từ những nghiên cứu có liên quan [8],[19],[22]. Nghiên cứu này tính điểm kiến thức của ĐTNC gồm có 11 câu từ câu C1 đến C11. Mức độ kiến thức đạt và không đạt được đánh giá khác nhau cho từng câu hỏi.

Kiến thức đạt khi người bệnh trả lời đúng được từ 8/11 câu trở lên,

Người bệnh trả lời được nhỏ hơn 8 câu là không đạt.

Đánh giá sự hỗ trợ của xã hội: Sử dụng bộ công cụ của Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988 [50]. Bảng câu hỏi gồm 9 câu hỏi. Mỗi câu hỏi có 5 sự lựa chọn: Khoanh "1" - rất không đồng ý, "2" - không đồng ý, "3" - không có ý kiến gì, "4" - đồng ý, "5" - rất đồng ý. Kết quả Cronbach's alpha: 0,903.

Mỗi điểm hỗ trợ trung bình được tính toán, cho điểm số từ 1-5. Theo Polit & Hungler (1999) [38], điểm trung bình hỗ trợ xã hội:

+ 1 - 3,66: Thấp

+ 3,67 - 5: Cao

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Chuẩn bị: kiểm tra lại toàn bộ các phiếu điều tra thu thập được, loại trừ các phiếu điền không đầy đủ.

Nhập liệu, làm sạch số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Spss 22.0

Thống kê mô tả: lập bảng phân bố tần số của các biến số và giá trị trung bình.

Thống kê phân tích: phân tích hồi quy logistic đa biến.

2.9. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Tất cả các ĐTNC sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Các đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu hoặc có thể chấm dứt nghiên cứu trong bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu.

Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tất cả các thông tin chỉ có người nghiên cứu mới được phép tiếp cận.

2.10. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.10.1. Sai số

Sai số nhớ lại: ĐTNC có thể không nhớ chính xác số lần quên uống thuốc, tần suất hoặc số lượng thức ăn và hoạt động thể lực, số lần đo huyết áp tại nhà...

Sai số ngẫu nhiên: do điều tra viên có thể giải thích chưa rõ câu hỏi, hoặc do ĐTNC không hiểu câu hỏi.

2.10.2. Biện pháp khắc phục sai số

* Đối với nghiên cứu viên:

Bộ câu hỏi được thiết kế logic với những ngôn ngữ đơn giản dễ hiểu để đối tượng có thể dễ dàng trả lời. Và đã được sự tư vấn và chỉnh sửa của các chuyên gia nghiên cứu trước khi tiến hành nghiên cứu. Thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu: nghiên cứu viên tiến hành thử nghiệm 30 phiếu phỏng vấn trên NB trước khi tiến hành nghiên cứu để làm sáng tỏ bộ câu hỏi và phát hiện những vấn đề cần sửa chữa. Kết quả thử nghiệm đã được dùng để chỉnh sửa bộ câu hỏi cho phù hợp 1 lần nữa.

Phỏng vấn ĐTNC tại phòng đo HA hạn chế tiếng ồn, và sự chen ngang làm ĐTNC khó tập trung vào bộ câu hỏi.

Nghiên cứu viên tham gia trực tiếp thu thập thông tin và thực hiện giám sát trong suốt quá trình thu thập số liệu.

Làm sạch và mã hóa số liệu trước khi phân tích.

* Đối với đối tượng được phỏng vấn:

Đối tượng được phỏng vấn được giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của cuộc điều tra, phỏng vấn để đối tượng hiểu rõ và chấp nhận hợp tác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

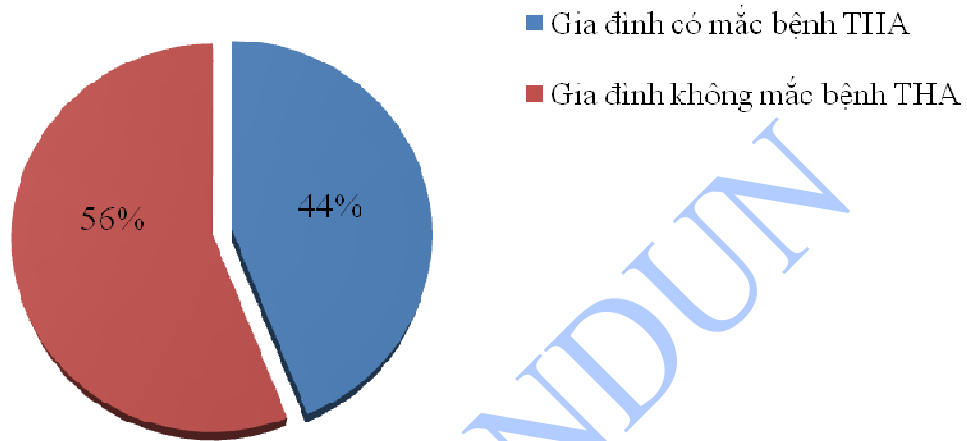
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung về ĐTNC		Tần số (n= 250)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	138	55,2
	Nữ	112	44,8
Tuổi <i>Trung bình: 64</i> <i>Cao nhất: 82</i> <i>Thấp nhất: 45</i>	< 50	11	4,4
	50 - 59	57	22,8
	60 - 69	132	52,8
	≥ 70	50	20,0
Trình độ học vấn	Tiểu học	6	2,4
	Trung học cơ sở	88	35,2
	Phổ thông trung học	115	46,0
	Trên phổ thông trung học	41	16,4
Nghề nghiệp	Nông dân	12	4,8
	Cán bộ, công nhân, viên chức	3	1,2
	Lao động tự do	13	5,2
	Hưu trí	217	86,8
	Nghề khác (đi biển)	5	2,0
Thu nhập của ĐTNC	Không có thu nhập	10	4,0
	< 3 triệu	113	45,2
	3- 6 triệu	117	46,8
	> 6 triệu	10	4,0

Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 55,2%, nữ giới chiếm 44,8%. ĐTNC có độ tuổi từ 45 đến 82 tuổi. Độ tuổi từ 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,8%, thấp nhất là ĐTNC < 50 tuổi chiếm 4,4%. Vì vậy đa số ĐTNC đã nghỉ hưu chiếm 86,8%

và 13,2% ĐTNC còn đi làm. ĐTNC có mức thu nhập < 3 triệu và từ 3 - 6 triệu là chủ yếu chiếm 92,0%. Trình độ học vấn cao nhất của ĐTNC là phổ thông trung học chiếm 46,0%, thấp nhất là trình độ tiểu học chiếm 2,4%.



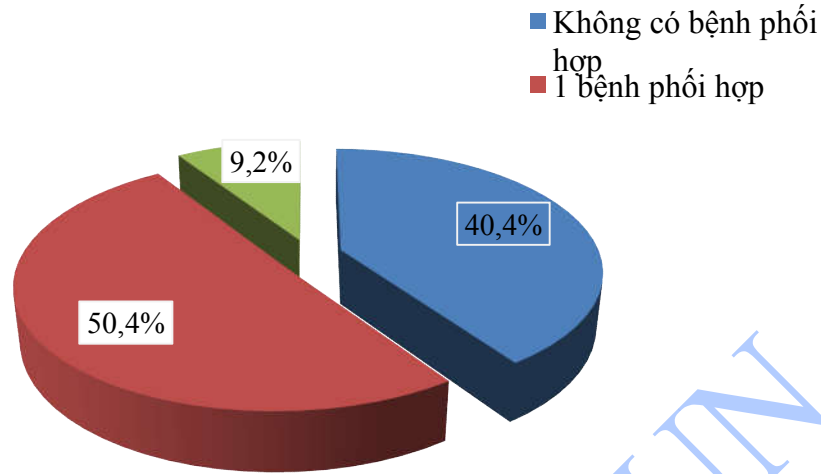
Biểu đồ 3.1. Tiền sử gia đình của đối tượng nghiên cứu

Khi nghiên cứu về tiền sử gia đình của ĐTNC có 44,0% ĐTNC trả lời là trong gia đình có người thân cũng mắc bệnh THA và 56,0% ĐTNC trong gia đình không có người thân mắc bệnh THA.

Bảng 3.2. Thời gian phát hiện bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

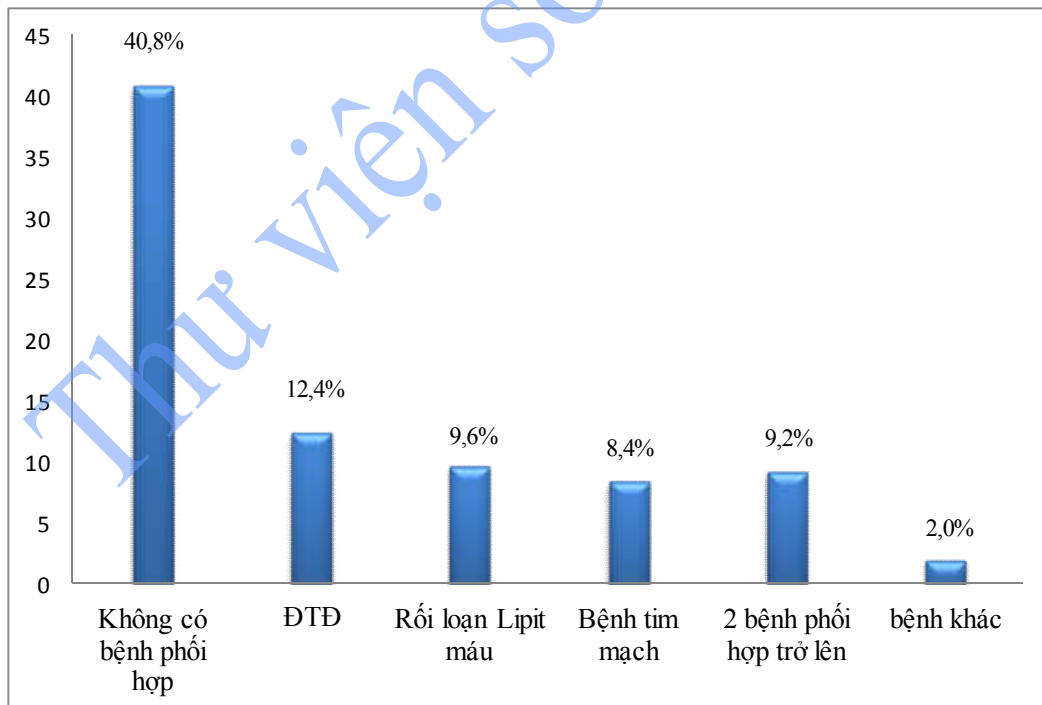
Thời gian	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 1 năm	53	21,2
1-5 năm	112	44,8
>5 năm	85	34,0
Tổng	250	100

ĐTNC có thời gian phát hiện bệnh THA từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,8%, trên 5 năm chiếm 34,4% và thấp nhất là dưới 1 năm chiếm 21,2%.



Biểu đồ 3.2. Tình trạng mắc bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu

Khi nghiên cứu về tình trạng mắc bệnh kèm theo với THA của ĐTNC. Đa số ĐTNC mắc kèm theo 1 bệnh, chiếm tỷ lệ cao nhất 50,4%, ĐTNC không mắc bệnh gì khác ngoài THA chiếm 40,4%, và mắc kèm theo trên 2 bệnh chiếm 9,2%.



Biểu đồ 3.3. Bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu

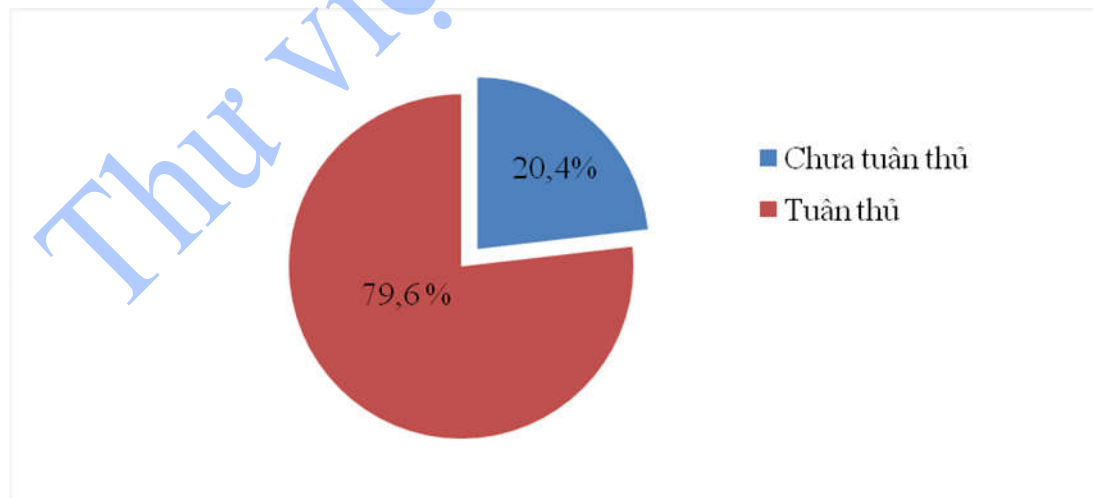
Tìm hiểu về những bệnh kèm theo mà ĐTNC mắc cùng với bệnh THA. Trong 59,2% ĐTNC có bệnh phổi hợp kèm theo, bệnh ĐTD chiếm 12,4% ĐTNC, bệnh rối loạn lipid máu chiếm 9,6% ĐTNC, bệnh tim mạch chiếm 8,4% ĐTNC, và mắc phổi hợp từ 2 bệnh trở lên chiếm 9,2% ĐTNC.

Bảng 3.3. Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu

BMI	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 18,5	6	2,4
18,5- 22,9	158	63,2
23- 24,9	65	26,0
25- 29,9	18	7,2
≥ 30	0	0
Tổng	250	100

Đa số ĐTNC có chỉ số BMI ở mức bình thường (18,5 - 22,9) chiếm 63,2%. Tuy nhiên có tới 33,2% ĐTNC có chỉ số BMI ở mức tiền béo phì (BMI ≥ 23).

3.2. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.4. Phân loại tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Sau khi tiến hành nghiên cứu trên 250 người bệnh THA thu được kết quả: có 79,6% đạt về tuân thủ điều trị và 20,4% chưa đạt về tuân thủ điều trị.

Kết quả trên được thể hiện chi tiết qua các bảng số liệu dưới đây:

Bảng 3.4. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu

Tuân thủ về dùng thuốc	Thường xuyên		Thi thoảng		Không bao giờ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thường xuyên dùng thuốc đúng thời gian	149	59,6	99	39,6	2	0,8
Mức độ không tự tăng hoặc giảm lượng thuốc	190	76,0	60	24,0	0	0
Mức độ không bao giờ quên uống thuốc theo quy định	95	38,0	155	62,0	0	0
Mức độ không tự ngừng uống thuốc theo quy định khi cảm thấy khỏe hơn	194	77,6	56	22,4	0	0
Mức độ không tự ngừng uống thuốc theo quy định khi cảm thấy không khỏe	194	77,6	56	22,4	0	0

Tìm hiểu các thông tin về tuân thủ dùng thuốc có 59,6% ĐTNC thường xuyên dùng thuốc đúng thời gian quy định, vẫn có 0,8% không bao giờ dùng thuốc đúng thời gian quy định. Đa số ĐTNC không tự tăng hoặc giảm lượng thuốc của mình và không tự ngừng uống thuốc khi khỏe hơn hoặc không khỏe đều > 75%. Tuy nhiên vẫn có 62% ĐTNC thi thoảng quên uống thuốc theo quy định.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tuân thủ về chế độ ăn, uống của đối tượng nghiên cứu

Tuân thủ chế độ ăn, uống	Thường xuyên		Thi thoảng		Không bao giờ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thường xuyên ăn giảm lượng muối	137	54,8	105	42,0	8	3,2
Mức độ thường xuyên ăn giảm chất béo và mỡ động vật	162	64,8	88	35,2	0	0
Mức độ thường xuyên ăn giảm lượng đường và đồ ngọt	151	60,4	98	39,2	1	0,4
Mức độ thường xuyên ăn giảm các thức ăn chế biến sẵn	176	70,4	74	29,6	0	0
Mức độ thường xuyên ăn tăng các loại rau xanh	202	80,8	48	19,2	0	0
Mức độ thường xuyên ăn tăng lượng trái cây tươi	161	64,4	87	34,8	2	0,8
Mức độ thường xuyên uống giảm cà phê	149	59,6	99	39,6	2	0,8
Mức độ bỏ uống rượu bia	118	47,2	129	51,6	3	1,2
Mức độ bỏ hút thuốc lá, thuốc lào	137	54,8	109	43,6	4	1,6

Mức độ thường xuyên ăn giảm lượng muối, chất béo, lượng đường và thức ăn chế biến sẵn của ĐTNC đều tuân thủ > 50%. Trong đó tuân thủ cao nhất là mức độ thường xuyên ăn tăng các loại rau xanh chiếm 80,8%. Sau đó là mức độ thường xuyên ăn giảm thức ăn đã chế biến sẵn chiếm 70,4%. Việc tuân thủ chế độ ăn uống giảm lượng muối, chế độ bỏ uống rượu bia và bỏ hút thuốc lá còn khá thấp. Vẫn

còn một lượng nhỏ ĐTNC không thay đổi chế độ ăn giảm mặn (3,2%), không bỏ hút thuốc lá, thuốc lào (1,6%) và 1,2% không bỏ uống rượu bia.

Bảng 3.6. Tỷ lệ tuân thủ chế độ tập luyện thể dục của đối tượng nghiên cứu

Tuân thủ chế độ tập luyện thể dục	Thường xuyên		Thi thoảng		Không bao giờ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ tập thể dục 5 lần trở lên mỗi tuần	111	44,4	109	43,6	30	12,0
Mức độ tập thể dục nhiều hơn 30 phút mỗi lần	104	41,6	115	46,4	30	12,0

Kết quả bảng 3.6 cho thấy mức độ tập luyện thể dục của ĐTNC chưa cao, thường xuyên tập thể dục đạt về cường độ tập thể dục và thời gian tập thể dục chỉ 41,6 - 44,4% ĐTNC. Bên cạnh đó vẫn còn 12,0% ĐTNC không bao giờ tập thể dục.

Bảng 3.7. Tỷ lệ kiểm soát cân nặng, căng thẳng của đối tượng nghiên cứu

Kiểm soát cân nặng, căng thẳng	Thường xuyên		Thi thoảng		Không bao giờ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ theo dõi và kiểm soát cân nặng	35	14,0	199	79,6	16	6,4
Mức độ dành thời gian nghỉ ngơi mỗi ngày	86	34,4	159	63,6	5	2,0
Mức độ áp dụng các phương pháp để giảm căng thẳng	53	21,2	181	72,4	16	6,4

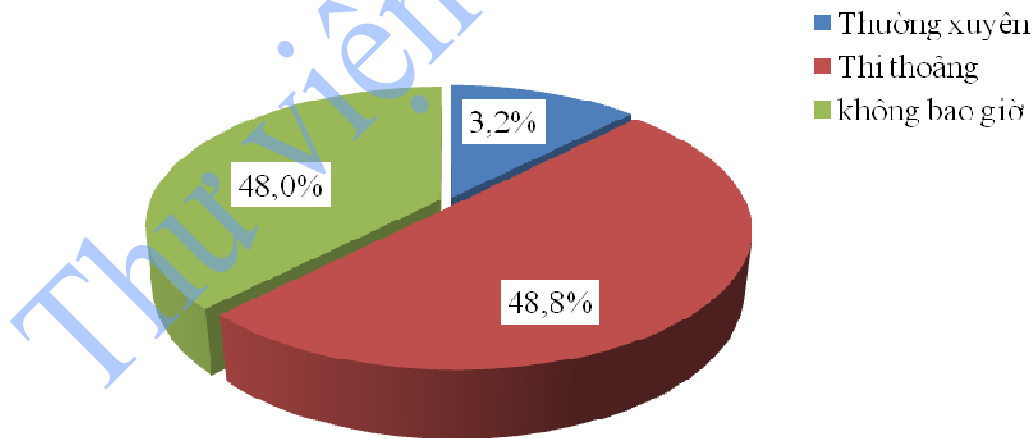
Việc thường xuyên theo dõi và kiểm soát cân nặng đạt khá thấp chỉ có 14,0% ĐTNC. Có 34,4% ĐTNC thường xuyên dành thời gian nghỉ ngơi mỗi ngày và chỉ

có 21,2% ĐTNC thường xuyên áp dụng các phương pháp giảm căng thẳng. Nhìn chung việc kiểm soát cân nặng và căng thẳng của ĐTNC chưa được quan tâm nhiều.

Bảng 3.8. Tỷ lệ khám bệnh định kỳ của đối tượng nghiên cứu

Khám bệnh định kỳ	Thường xuyên		Thi thoảng		Không bao giờ	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ khám bệnh định kỳ	151	60,4	99	39,6	0	0
Mức độ khám bệnh khi có các triệu chứng không khỏe	134	53,6	116	46,4	0	0

Khi được hỏi về việc khám bệnh định kỳ, có 60,4% ĐTNC thường xuyên khám bệnh định kỳ và có 39,6% ĐTNC thi thoảng khám bệnh định kỳ. Có 53,6% ĐTNC thường xuyên khám bệnh khi có các triệu chứng không khỏe và 46,4% ĐTNC thi thoảng khám bệnh khi có các triệu chứng không khỏe.



Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ kiểm tra huyết áp tại nhà của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ thường xuyên đo huyết áp tại nhà khá thấp chỉ có 3,2% ĐTNC, 48,8% ĐTNC thi thoảng đo huyết áp và có 48,0% ĐTNC không bao giờ đo huyết áp tại nhà.

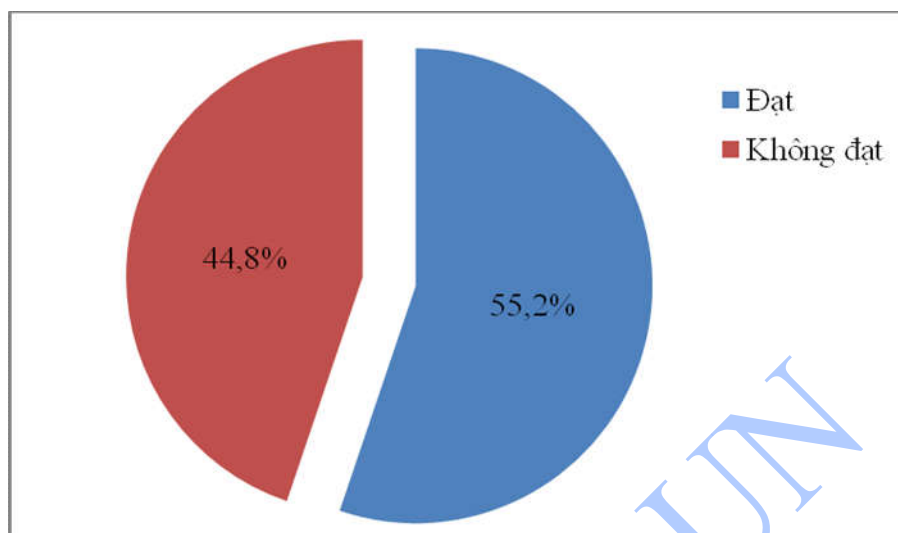
3.3. Kiến thức liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.9. Kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

STT	Kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị của ĐTNCC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Định nghĩa về tăng huyết áp		
	Đạt	170	68,0
	Không đạt	80	32,0
2	Triệu chứng của bệnh tăng huyết áp		
	Đạt	213	85,2
	Không đạt	37	14,8
3	Kiến thức về biến chứng của bệnh tăng huyết áp		
	Đạt	97	38,8
	Không đạt	153	61,2
4	Kiến thức về yếu tố nguy cơ bị tăng huyết áp		
	Đạt	158	63,2
	Không đạt	92	36,8
5	Kiến thức về mối liên quan giữa tập thể dục và dùng thuốc huyết áp		
	Đạt	186	74,4
	Không đạt	64	25,6
6	Kiến thức về việc dùng thuốc hạ huyết áp là đúng		
	Đạt	155	62
	Không đạt	95	38

STT	Kiến thức về bệnh và tuân điều trị của ĐTNC	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
7	Kiến thức về lối sống liên quan đến kiểm soát huyết áp Đạt Không đạt	160 90	64,0 36,0
8	Kiến thức liên quan đến chế độ ăn có khả năng hạ huyết áp Đạt Không đạt	174 76	69,6 30,4
9	Kiến thức về việc tập thể dục liên quan đến hạ huyết áp Đạt Không đạt	182 68	72,8 27,2
10	Kiến thức về sự thay đổi của chỉ số huyết áp Đạt Không đạt	213 37	85,2 14,8
11	Kiến thức về đo huyết áp tại nhà Đạt Không đạt	172 78	68,8 31,2

Qua bảng 3.9 cho thấy phần lớn ĐTNC trả lời các câu hỏi liên quan tới kiến thức về bệnh tăng huyết áp đạt tương đối cao. Tuy nhiên, ĐTNC có kiến thức đạt cao nhất về kiến thức liên quan đến triệu chứng của bệnh (câu 2) và sự thay đổi của chỉ số huyết áp (câu 10) là 85,2%. ĐTNC có kiến thức đạt thấp nhất ở phần kiến thức liên quan đến biến chứng về bệnh tăng huyết áp (câu 3) chỉ đạt 38,8%. Còn lại ĐTNC đều có kiến thức đạt từ 60 - 74%.



Biểu đồ 3.6. Đánh giá chung kiến thức liên quan đến bệnh tăng huyết áp

Qua biểu đồ 3.6 ta thấy nhìn chung kiến thức về THA của đối tượng nghiên cứu đang chỉ ở mức trung bình, 55,2% ĐTNC có kiến thức đạt, có 44,8% ĐTNC có kiến thức không đạt.

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa kiến thức và sự tuân thủ điều trị của người bệnh ngoại trú (n = 250)

Kiến thức	Tuân thủ điều trị				p
	Tuân thủ		Không tuân thủ		
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Đạt	136	98,55	2	1,45	< 0,05
Không đạt	63	56,25	49	43,75	

Qua bảng 3.10 có thể thấy rằng đối tượng nghiên cứu có kiến thức về bệnh càng cao thì việc tuân thủ điều trị bệnh càng cao, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt và tuân thủ điều trị rất cao (98,55%). Đối tượng có kiến thức không đạt, tuân thủ điều trị chiếm 56,25%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.11. Mô tả hỗ trợ xã hội liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp

	Giá trị	Điểm trung bình	Điểm trung bình nhóm	Phân loại
Hỗ trợ từ nhân viên y tế	D1	4,10	4,05	Cao
	D2	4,03		
Hỗ trợ từ gia đình	D3	4,03	4,21	Cao
	D4	4,28		
	D5	4,16		
	D6	4,22		
	D7	4,16		
Hỗ trợ từ bạn bè	D8	2,96	2,96	Thấp
	D9	2,96		

Hỗ trợ xã hội từ nhân viên y tế và gia đình liên quan đến tuân thủ điều trị ở mức cao với điểm trung bình > 4 , hỗ trợ từ bạn bè ở mức thấp với điểm trung bình là 2,96.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và mức độ hỗ trợ xã hội của người bệnh ngoại trú ($n = 250$)

Hỗ trợ xã hội	Tuân thủ điều trị				p
	Tuân thủ		Không tuân thủ		
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Hỗ trợ xã hội cao	170	89,9	19	10,1	< 0,05
Hỗ trợ xã hội thấp	29	47,5	32	52,5	

Qua số liệu phân tích ở bảng 3.12 thấy rằng những NB có hỗ trợ xã hội càng nhiều thì việc tuân thủ điều trị của NB càng tốt. NB có hỗ trợ xã hội cao tuân thủ

điều trị lên tới 89,9%, trong khi đó ở những NB nhận được hỗ trợ xã hội thấp chỉ có 47,5% tuân thủ điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Mối liên quan của các biến đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Bảng 3.13. Mô hình hồi quy logistic đa biến dự đoán các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ($n = 250$)

Biến độc lập		Hệ số hồi quy	Sai số chuẩn	Mức ý nghĩa	OR
Hỗ trợ xã hội	Thấp	1,89	0,7	0,01	6,6
	Cao				
Tình trạng mắc bệnh kèm theo	Có bệnh kèm theo	1,35	0,7	0,04	3,9
	Không có bệnh kèm theo				
Trình độ học vấn	Dưới THPT	2,57	0,9	0,003	13,0
	Từ THPT trở lên				
Kiến thức	Không đạt	1,67	0,8	0,04	5,3
	Đạt				
Giới tính	Nam	2,55	0,8	0,002	12,8
	Nữ				

Bảng 3.13 trình bày kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa tình trạng tuân thủ điều trị bệnh và một số yếu tố liên quan (hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo, kiến thức, giới tính và trình độ học vấn).

Về hỗ trợ xã hội: ĐTNC nhận được sự hỗ trợ xã hội cao có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 6,6 lần so với ĐTNC nhận được sự hỗ trợ xã hội thấp, nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng giới tính, tình trạng mắc bệnh kèm theo, kiến thức và trình độ học vấn) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Xét về giới tính: nữ giới có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 12,8 lần so với nam giới nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo, kiến thức và trình độ học vấn) và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($OR=12,8; p < 0,05$).

Xét về trình độ học vấn, ĐTNC có trình độ học vấn trên THCS có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 13 lần so với ĐTNC có trình độ học vấn dưới THCS nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng giới tính, tình trạng mắc bệnh kèm theo, kiến thức, hỗ trợ xã hội) và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($OR=13; p < 0,05$).

Về kiến thức liên quan đến tuân thủ điều trị, ĐTNC có kiến thức đạt có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 5,3 lần so với ĐTNC có kiến thức không đạt, nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng giới tính, tình trạng mắc bệnh kèm theo, hỗ trợ xã hội, trình độ học vấn) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 5,3$ và $p < 0,05$.

Về tình trạng mắc bệnh kèm theo, ĐTNC không có bệnh kèm theo có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 3,9 lần so với ĐTNC có bệnh kèm theo nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng giới tính, kiến thức, hỗ trợ xã hội, trình độ học vấn) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 3,9$ và $p < 0,05$.

Ngoài các yếu tố trên thì yếu tố nhóm tuổi, nghề nghiệp và kinh tế cũng được đưa vào mô hình để tìm mối liên quan. Tuy nhiên mối liên quan giữa các yếu tố này với tuân thủ điều trị ngoại trừ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chương 4

BÀN LUẬN

Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp được đánh giá trên 250 người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh. Nghiên cứu thu được kết quả tỷ lệ nam chiếm 55,2%, nữ chiếm 44,8%; 72,8% ĐTNC từ 60 tuổi trở lên và hưu trí chiếm 86,8%.

4.1. Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng bộ công cụ gồm 22 câu để đánh giá về thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú. Trong đó bao gồm tuân thủ dùng thuốc và vấn đề thay đổi lối sống.

Kết quả thu được về tuân thủ dùng thuốc, là có 59,6% ĐTNC thường xuyên dùng thuốc đúng thời gian quy định, 76,0% ĐTNC không bao giờ tự tăng hoặc giảm lượng thuốc của mình. Tuy nhiên thi thoảng NB vẫn quên uống thuốc theo quy định chiếm 62,0%, có thể do ĐTNC chủ yếu là người cao tuổi (độ tuổi > 60 tuổi chiếm 72,8%) nên ĐTNC dễ quên uống thuốc. ĐTNC không tự ngừng uống thuốc khi cảm thấy khỏe hơn hay yếu hơn đều đạt gần 80%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan, NB không tự ý ngừng thuốc hạ HA khi khỏe hơn đạt 58,1% và không tự ý ngừng thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu đạt 51,9% [19]. Mặc dù ĐTNC ở cả hai nghiên cứu đều là những NB khám và điều trị ngoại trú tại cơ sở y tế, tuy nhiên trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nên có thể có sự hiểu biết về chế độ điều trị thuốc hơn.

Trong điều trị THA để kiểm soát được huyết áp và ngăn chặn được các biến chứng nguy hiểm thì tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống có vai trò rất quan trọng góp phần làm giảm liều và lượng thuốc uống. Trong tuân thủ thay đổi lối sống, đầu tiên là tuân thủ chế độ ăn đối với người bệnh THA, đó là chế độ ăn hạn chế muối, thức ăn nhiều dầu mỡ, đồ ngọt và ăn tăng rau xanh, hoa quả tươi. Nghiên cứu này thu được kết quả có 54,8% thường xuyên ăn giảm lượng muối, và 3,2% vẫn ăn mặn. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, có 54,4% có chế độ ăn nhạt và 3,6% vẫn ăn mặn như trước [22]. Cao hơn nghiên cứu của Trần Thị

Loan có 48,6% ăn giảm lượng muối và có 9,5% vẫn ăn mặn [19]. Về vấn đề ăn giảm chất béo, theo nghiên cứu của chúng tôi có 64,8% ĐTNC có chế độ ăn giảm chất béo thường xuyên, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương 65,6%. Về chế độ ăn tăng rau xanh và hoa quả tươi, nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương hoàn toàn tương đồng, đều đạt > 70,0%. Nhìn chung phần lớn NB đã có ý thức tuân thủ về chế độ ăn, tuy nhiên còn một lượng nhỏ NB vẫn giữ thói quen ăn mặn. Có thể do phong tục tập quán của người Việt là ăn cùng con cháu và ăn khá mặn. Hơn nữa nghiên cứu này được tiến hành tại vùng biển Quảng Ninh, có một lượng ĐTNC sống bằng nghề đi biển, có thói quen ăn rất mặn, nên việc thay đổi chế độ ăn, ăn nhạt là rất khó thực hiện, đòi hỏi người bệnh phải có sự quyết tâm cao và nhận được hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình.

Rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ gây nên bệnh tim mạch nói chung và THA nói riêng. Những người có thói quen uống rượu bia thường có tỷ lệ bị THA cao hơn nhóm không uống rượu bia [4]. Trong nghiên cứu này có 47,2% ĐTNC thường xuyên không uống rượu bia. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan có 67,6% thường xuyên không sử dụng rượu bia [19], 66,4% ĐTNC hạn chế uống rượu, bia theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương [22], nghiên cứu của Thomas Akpanedo là 67,65% [33]. Có thể do nghiên cứu này tiến hành trên 55,2% nam giới, tỷ lệ nam giới cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, Trần Thị Loan và Thomas Akpanedo, bởi nam giới thường sử dụng rượu bia nhiều hơn nữ. Thuốc lá, thuốc Lào có nhiều chất kích thích, đặc biệt là có nicotin. NB hút thuốc lá, thuốc Lào nhiều dễ gây co mạch, tăng huyết áp và làm nặng thêm tình trạng bệnh. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ ra có 54,8% ĐTNC đã bỏ hút thuốc lá, thuốc Lào và 1,6% ĐTNC vẫn còn hút thuốc lá, thuốc Lào như trước. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, 72,0% ĐTNC không hút thuốc lá, thuốc Lào [22]. Nhưng cao hơn nghiên cứu của Ninh Văn Đông có 10,5% bỏ hút thuốc lá, thuốc Lào [8]. Như vậy là mặc dù biết tác hại của hút thuốc lá, thuốc Lào nhưng tỷ lệ ĐTNC từ bỏ thuốc lá, thuốc Lào chưa cao. Có sự khác biệt như vậy

là do ở 3 nghiên cứu có tỷ lệ giới tính và trình độ học vấn khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn cao hơn, nên có thể có sự nhận thức về tác hại của việc hút thuốc lá cao hơn nghiên cứu của Ninh Văn Đông. Nhưng tỷ lệ giới nam cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, lý giải tỷ lệ bỏ thuốc lá thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, bởi hút thuốc lá, thuốc Lào chủ yếu ở giới nam.

Tiêu chuẩn đánh giá về tuân thủ tập luyện thể dục của chúng tôi bao gồm cả mức độ thường xuyên, thời gian cũng như cường độ luyện tập là tập thể dục 5 lần trở lên mỗi tuần, và nhiều hơn 30 phút mỗi lần. Kết quả nghiên cứu thu được là 44,4% thường xuyên tập thể dục 5 lần trở lên mỗi tuần và 41,5% tập nhiều hơn 30 phút mỗi lần. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương có 62,8% thường xuyên tập thể dục nhưng chỉ có 40,0% tập > 30 phút mỗi ngày [22]. Có 68% thường xuyên tập thể dục theo nghiên cứu của Ninh Văn Đông [8]. Lý giải cho điều này, bởi ĐTNC còn đi làm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu Ninh Văn Đông nên có thể có ít thời gian tập thể dục hơn. Và có thể do ĐTNC còn chủ quan chưa thấy được tầm quan trọng của tập thể dục và tuân thủ điều trị. Từ đó là cơ sở để NVYT tăng cường nhắc nhở NB cần có chế độ tập luyện thể dục hàng ngày như việc sử dụng thuốc hạ HA.

Khi nghiên cứu về thực trạng tuân thủ điều trị THA của người bệnh ngoại trú, nghiên cứu của chúng tôi còn đề cập đến vấn đề kiểm soát cân nặng và việc dành thời gian nghỉ ngơi, tránh những căng thẳng, stress của ĐTNC. Bởi các yếu tố này nếu không được kiểm soát thì có thể làm gia tăng thêm tình trạng bệnh và dễ xuất hiện các biến chứng của THA. Tuy nhiên ở nghiên cứu này cho thấy chỉ có 14% thường xuyên kiểm soát cân nặng, 34,4% thường xuyên dành thời gian nghỉ ngơi mỗi ngày và chỉ có 21,3% thường xuyên áp dụng các phương pháp để giảm căng thẳng. Vấn đề này ở các nghiên cứu khác còn chưa đề cập đến nhiều nên chúng tôi chưa có sự so sánh. Qua nghiên cứu này cho thấy đa số NB còn chưa nhận thức được vai trò của việc kiểm soát cân nặng để hạn chế tình trạng béo phì. Điều đó cũng lý giải có đến 33,2% ĐTNC ở tình trạng thừa cân và béo phì và có 59,2% ĐTNC mắc bệnh khác kèm theo bệnh THA. Việc dành thời gian nghỉ ngơi mỗi

ngày và áp dụng các biện pháp giảm căng thẳng của ĐTNC cũng chưa được quan tâm có thể do ĐTNC còn chủ quan, chưa hiểu được mức độ ảnh hưởng của việc không tuân thủ chế độ nghỉ ngơi, giảm căng thẳng với tình trạng bệnh THA. Qua đó cần tăng cường giáo dục sức khỏe liên quan đến việc kiểm soát cân nặng và có chế độ nghỉ ngơi hợp lý.

Việc khám bệnh định kỳ hoặc khi có dấu hiệu không khỏe đối với những người mắc bệnh mạn tính điều trị ngoại trú nói chung là rất quan trọng. Đối với người bệnh THA cũng vậy, việc khám định kỳ hoặc khi có dấu hiệu không khỏe sẽ hạn chế và kiểm soát được các biến chứng nguy hiểm của THA. Trong nghiên cứu này, mức độ thường xuyên khám bệnh định kỳ mới chỉ đạt 60,4%, mức độ khám bệnh khi có các triệu chứng không khỏe đạt 53,6%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Phong Túc tại Ninh Bình 84,9% đạt tái khám đều đặn [28]. Có thể hiểu rằng ĐTNC còn rất chủ quan trong việc tái khám định kỳ và khi có các triệu chứng không khỏe, nên việc đi khám của ĐTNC còn chưa cao. Do vậy, tại mỗi buổi khám bệnh, NVYT cần nhấn mạnh cho NB hiểu được tầm quan trọng của việc khám bệnh định kỳ hàng tháng hoặc khi có dấu hiệu không khỏe.

Khi nghiên cứu về vấn đề tự kiểm soát HA tại nhà của ĐTNC. Kết quả thu được là mức độ thường xuyên đo HA tại nhà chỉ đạt 3,2% thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan 51% đo và ghi chỉ số HA thường xuyên [19]. Nghiên cứu của Ngô Quang Trung đạt 29,5% đo và ghi chỉ số HA thường xuyên [26]. Có thể ĐTNC chưa hiểu được vai trò của việc đo HA tại nhà nên tỷ lệ đo HA tại nhà rất thấp. Từ đó NVYT cần nhấn mạnh ý nghĩa của việc đo HA tại nhà để kiểm soát được huyết áp, ngăn ngừa các biến chứng của bệnh để NB hiểu và thực hiện được.

Tóm lại tỷ lệ đạt về tuân thủ điều trị THA của người bệnh ngoại trú theo nghiên cứu của chúng tôi là 79,6% cao hơn nghiên cứu của Ninh Văn Đông là 21,5%; 35,7% nghiên cứu của Nguyễn Thị Loan; 44,8% ĐTNC theo nghiên cứu Nguyễn Minh Phương [8],[19], [22]. Tỷ lệ tuân thủ thuốc 73,4% và 63,3% tuân thủ thay đổi lối sống theo Vương Thị Hồng Hải năm 2007 [11]. Có thể do trình độ học vấn của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên, và cách

đánh giá khác nhau trong mỗi nghiên cứu. Nghiên cứu của Vương Thị Hồng Hải năm 2007 đánh giá tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ ăn kiêng, thay đổi lối sống riêng biệt [11]. Nghiên cứu của Ninh Văn Đông năm 2010 tuân thủ điều trị THA bao gồm dùng thuốc thường xuyên liên tục, có thay đổi chế độ ăn, luyện tập thường xuyên và đo huyết áp, nghiên cứu sử dụng 24 câu đánh giá về tuân thủ, NB trả lời được từ 75% là đạt về tuân thủ [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương năm 2011 tuân thủ điều trị THA gồm 10 câu liên quan đến uống thuốc đầy đủ, chế độ ăn, uống, luyện tập thể dục, đo huyết áp, không hút thuốc lá và hạn chế rượu bia, NB thực hiện được 7/10 câu hỏi được coi là tuân thủ điều trị [22]. Nghiên cứu của Trần Thị Loan được coi là tuân thủ điều trị khi đồng thời tuân thủ thuốc và thay đổi lối sống, tuân thủ lối sống đạt khi trả lời được 5/7 câu hỏi và tuân thủ điều trị thuốc sử dụng thang đo Donald gồm 8 mục, NB tuân thủ khi đạt từ 6/8 điểm [19].

4.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú

4.2.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ngoại trú của ĐTNC, giới tính là một trong các yếu tố chúng tôi đề cập đến. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá trên 55,2% nam giới và 44,8% nữ giới. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương nam chiếm 50,4% và nữ chiếm 49,6% [22]. Nghiên cứu của Ngô Quang Trung, nam chiếm 57,5% và nữ chiếm 42,5% [26]. Các nghiên cứu trên đều cho thấy tỷ lệ THA ở nam cao hơn nữ. Điều này có thể do nam giới thường có nhiều thói quen không tốt trong ăn uống và trong sinh hoạt như: hút thuốc lá, thuốc lá, uống rượu, bia, cà phê, chè đặc là những yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp và tuân thủ điều trị. Khi đưa giới tính vào mô hình hồi quy logistic để tìm mối liên quan, nghiên cứu thu được kết quả: nữ giới có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 12,8 lần so với nam giới nếu các biến số độc lập khác trong mô hình là như nhau (có cùng tình trạng mắc bệnh kèm theo, trình độ học vấn, kiến thức và sự hỗ trợ xã hội) và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($OR = 12,8; p < 0,01$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương NB nữ có tỷ lệ đạt về

tuân thủ điều trị THA cao hơn 3,8 lần so với NB nam về sự tuân thủ điều trị THA ($p < 0,001$) [22]. Điều này cũng dễ hiểu vì chúng ta thấy rằng những đối tượng còn uống rượu, hút thuốc chủ yếu là nam, chủ quan với sức khỏe, khi bị bệnh vẫn không thay đổi lối sống, nhất là thói quen uống bia, rượu và hút thuốc (hạn chế uống rượu bia và không hút thuốc là những yêu cầu trong quá trình điều trị). Thêm vào đó nam giới thường là trụ cột kinh tế trong gia đình cũng như trong các hoạt động xã hội, chịu nhiều áp lực công việc hơn nên không quan tâm đến sức khỏe bằng nữ giới do vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nam sẽ thấp hơn so với nữ. Tuy nhiên kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Ánh Dũng và cộng sự tại Huế năm 2011 [6], thấy rằng không có sự khác biệt giữa nam và nữ trong việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp. Mặc dù vậy vẫn có sự khác biệt trong từng nội dung tuân thủ, nam thường tuân thủ tập thể dục đều đặn hơn, nữ thường tuân thủ chế độ ăn tốt hơn nam. Có thể là do nữ giới là người nội trợ chính, dành nhiều thời gian cho các công việc gia đình, chăm sóc con cái nên thời gian tập thể dục không đều đặn bằng nam giới.

Kết quả nghiên cứu về nhóm tuổi THA chỉ ra: tỷ lệ THA cao nhất là nhóm tuổi 60 - 69 chiếm 52,8% và thấp nhất là nhóm tuổi < 50 chiếm 4,4% và kết quả hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Ngô Quang Trung năm 2015, tỷ lệ THA cao nhất trong nhóm tuổi 60 - 69 là 47,5%, và thấp nhất là nhóm tuổi < 50 chiếm 4%. Nghiên cứu của Phan Long Nhơn năm 2007 trên 60 tuổi chiếm 66,33%, dưới 60 tuổi chiếm 20,45% [21]. Sở dĩ THA có chiều hướng tỷ lệ thuận theo tuổi vì tuổi càng cao, hệ thống động mạch càng bị xơ cứng nhiều, sự co giãn đàn hồi của thành động mạch kém đi, lòng động mạch cũng bị hẹp hơn vì vậy dễ bị bệnh THA. Ở nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi và tuân thủ điều trị ngoại trú. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Loan năm 2012 [19].

Trình độ học vấn của ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao, trình độ trên trung học cơ sở là 62,4% và trung học cơ sở trở xuống là 37,6%. Cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Quang Trung, ĐTNC có trình độ trên trung học cơ sở 50,5% và trung học cơ sở trở xuống 49,5% [26], nghiên cứu của Ninh Văn Đông,

trên trung học cơ sở là 49%, dưới phổ thông trung học là 51% [8]. Điều này cũng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ngoại trú của NB. Khi đưa trình độ học vấn vào mô hình phân tích thu được kết quả là: trình độ học vấn có mối tương quan lớn nhất với tuân thủ điều trị ngoại trú (OR=13; $p < 0,01$). Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương, năm 2011. Người bệnh có trình độ học vấn từ cấp phổ thông trung học trở lên có tỷ lệ đạt về tuân thủ điều trị THA cao hơn 2,3 lần so với NB có trình độ học vấn từ cấp trung học cơ sở trở xuống về sự tuân thủ điều trị THA ($p < 0,001$) [22]. Kết quả này cũng hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Loan, nghiên cứu tại Thái Nguyên năm 2012 [19]. Nghiên cứu của Ninh Văn Đông tại Hà Nội năm 2010 [8]. Nghiên cứu của Lê Ánh Dũng và cộng sự tại Huế, năm 2011[6]. Lý giải cho điều này thì có nhiều lý do, tuy nhiên trình độ học vấn ảnh hưởng tới thái độ của NB không chỉ về y tế mà còn có ảnh hưởng đến nhiều vấn đề khác trong xã hội. Với người có học vấn càng cao thì khả năng nhận thức và hiểu vai trò của tuân thủ điều trị cao hơn. Họ dễ dàng tiếp thu, lắng nghe và ghi nhớ được những tư vấn của NVYT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ĐTNC chủ yếu là người cao tuổi, tuổi từ 60 trở lên chiếm 72,8% nên nghề nghiệp của ĐTNC chủ yếu là hưu trí, chiếm 86,8%, còn lại 13,2% ĐTNC còn đi làm. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ngô Quang Trung, ĐTNC còn đi làm chiếm 28,0% và 72,0% ĐTNC nghỉ hưu. Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Loan cũng có kết quả tương đồng là 70,5% ĐTNC nghỉ hưu hoặc không đi làm, có 29,5% ĐTNC còn đi làm [19]. Nhìn chung đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi nên chủ yếu là nghỉ hưu là phù hợp. Khi đưa yếu tố nghề nghiệp vào mô hình phân tích không tìm thấy mối liên quan với tuân thủ điều trị ngoại trú. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Loan năm 2012 [19].

4.2.2. Kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị ngoại trú

Trong điều trị THA, để người bệnh tuân thủ chế độ điều trị, đòi hỏi NB phải có sự hiểu biết, có kiến thức về chế độ điều trị để thực hiện tuân thủ được tốt hơn. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ công cụ gồm 11 câu của Marilyn M [41]. Cụ

thể là, khi được hỏi về định nghĩa của THA, có 68,0% trả lời đạt. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Loan có 60,0% [19] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Ngô Quang Trung đạt 90,5% [26]. THA là một trong những bệnh tim mạch diễn biến âm thầm, triệu chứng có khi không biểu hiện ra bên ngoài. Chính vì vậy THA được mệnh danh là “ kẻ giết người thầm lặng” [17]. Tuy nhiên khi được hỏi về triệu chứng của THA, đã có 85,2% ĐTNC trả lời đạt. Điều này cho thấy đa số ĐTNC đã hiểu và quan tâm đến các triệu chứng của bệnh THA.

THA nếu không được điều trị kịp thời và tuân thủ chế độ điều trị, NB có thể gặp nhiều biến chứng của bệnh, thậm chí là ảnh hưởng đến tính mạng. Nhưng khi được hỏi về kiến thức liên quan đến biến chứng của THA, chỉ có 38,8% trả lời đạt. Có thể NB bị THA chưa quan tâm nhiều đến biến chứng của THA. Đó là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị bệnh THA. Từ đó đòi hỏi NVYT cần phải đẩy mạnh công tác truyền thông về các biến chứng của bệnh, để NB hiểu rõ hơn về bệnh, hiểu được hậu quả của không tuân thủ chế độ điều trị tốt.

Thay đổi lối sống để kiểm soát được HA là một trong những yêu cầu của tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu này đa số NB đã hiểu được tầm quan trọng của chế độ ăn uống và luyện tập thể dục liên quan đến kiểm soát HA. Kiến thức của ĐTNC về vấn đề này đạt khá cao (64,0%) tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Loan [19]. Lý giải cho điều này, có thể do đây là các vấn đề dễ hiểu, dễ nhớ và thường được phát trên đài, báo, tivi, internet, nên đa số NB có kiến thức về vấn đề này.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: đa số NB đã có những kiến thức về định nghĩa, triệu chứng của THA và chế độ ăn, chế độ luyện tập. Nhưng những kiến thức về biến chứng của bệnh THA, việc dùng thuốc của NB đạt chưa cao. Đó là cơ sở để NVYT làm công tác truyền thông nâng cao nhận thức cho NB và kiểm soát được HA mục tiêu, hạn chế các biến chứng của bệnh.

Để đánh giá kiến thức của NB đạt hay không đạt, nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi của Marilyn M, khi người bệnh đạt 8/11 câu trở lên được đánh giá là có kiến thức đạt [41]. Kết quả nghiên cứu thu được có 55,2% ĐTNC có kiến thức đạt về bệnh THA tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Loan tại Thái Nguyên 57,6%

ĐTNC có kiến thức đạt [19]. Nhưng cao hơn nghiên cứu của Ninh Văn Đông 46,5% có kiến thức đạt. Lý giải cho điều này là có thể do ĐTNC của chúng tôi trẻ hơn nghiên cứu của Ninh Văn Đông (ĐTNC > 60 tuổi) nên dễ nhớ các kiến thức hơn và sử dụng bộ công cụ khác nhau trong các nghiên cứu.

Tìm hiểu mối liên quan giữa kiến thức và tuân thủ điều trị ngoại trú, nghiên cứu nhận thấy giữa kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị có mối tương quan thuận với tuân thủ điều trị ngoại trú của NB, với OR = 5,3 và $p < 0,05$. Theo nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra kết quả tương tự như nghiên cứu này. Nghiên cứu của Trần Thị Loan chỉ ra những NB có kiến thức đạt về tuân thủ điều trị THA có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn 5,095 lần so với NB có kiến thức không đạt ($p < 0,001$) [19]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương [22], NB có kiến thức tốt về tuân thủ điều trị có xu hướng tuân thủ điều trị gấp 13,5 lần NB kiến thức chưa tốt về tuân thủ điều trị. Nghiên cứu cũng hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu của MC Pettey năm 2013 [43], nghiên cứu Donald E. Morisky năm 2008 [42]. Đúng là chỉ khi hiểu biết rõ ràng về bệnh, mối nguy hiểm của các biến chứng bệnh, hậu quả của việc không tuân thủ điều trị thì người bệnh mới thực sự tuân thủ điều trị bệnh. Để NB có được kiến thức đúng về bệnh cũng như về tuân thủ điều trị ngoại trú THA thì ngoài tuyên truyền giáo dục hàng ngày qua phương tiện truyền thông, sách báo, ti vi thì phải nâng cao ý thức tư vấn cho NB của NVYT, chứ không phải chỉ là vấn đề phát hiện bệnh và kê đơn.

4.2.3. Kinh tế

Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần đều có thu nhập chiếm 96%, chỉ 4% ĐTNC là không có thu nhập, phụ thuộc kinh tế vào gia đình. Tuy nhiên khi tìm hiểu mối liên quan giữa kinh tế của ĐTNC và tuân thủ điều trị ngoại trú là không có mối liên quan. Khác với nghiên cứu của Lê Ánh Dũng và Nguyễn Anh Vũ năm 2011, có sự liên quan giữa điều kiện kinh tế và tuân thủ điều trị, trong đó kinh tế khá có tỷ lệ điều trị thường xuyên THA chiếm 71,4% [6]. Lý giải cho điều này có lẽ là do 100% đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bảo

hiểm y tế nên phần lớn chi phí về các dịch vụ y tế đã được bảo hiểm chi trả nên không có sự ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp.

4.2.4. Tình trạng mắc bệnh kèm theo

Ở nghiên cứu này, ĐTNC có 59,2% là mắc thêm các bệnh khác kèm theo. Kết quả này hoàn toàn phù hợp, bởi theo nghiên cứu của Trần Văn Long năm 2015, trung bình 1 NCT có 2,54 bệnh phối hợp [20]. Và đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có 95,6% là ≥ 50 tuổi. Trong nghiên cứu này tình trạng mắc bệnh kèm theo có mối tương quan với tuân thủ điều trị (OR = 3,9 và $p < 0,05$). ĐTNC không có bệnh kèm theo có khả năng tuân thủ điều trị cao gấp 3,9 lần so với đối tượng có bệnh kèm theo. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của JaeJin năm 2013 khi NB sử dụng thuốc cho đơn thuần một bệnh THA thì mức độ tuân thủ điều trị cao hơn khi mắc đồng thời hai bệnh [49]. Lý giải cho điều này, chúng ta có thể hiểu khi mắc càng nhiều bệnh kèm theo thì càng làm người bệnh tốn thêm chi phí, làm phức tạp hơn về thuốc điều trị cũng như chế độ ăn uống, sinh hoạt. Từ đó bệnh kèm theo sẽ ảnh hưởng đến sinh hoạt, hoạt động của NB và ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. Trong 59,2% ĐTNC mắc các bệnh khác kèm theo, chủ yếu là bệnh ĐTĐ và rối loạn lipid máu. Thêm vào đó kết quả nghiên cứu chỉ ra 33,2% ĐTNC có BMI ở mức tiền béo phì và béo phì độ I. Đó là cơ sở để NBYT đưa ra những khuyến nghị phù hợp về chế độ ăn hạn chế thức ăn ngọt, nhiều dầu mỡ và chế độ luyện tập phù hợp. Từ đó giảm nguy cơ mắc đồng thời nhiều bệnh, ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của người bệnh ngoại trú.

4.2.5. Hỗ trợ xã hội

Qua bộ câu hỏi gồm 9 câu với sự hỗ trợ từ nhân viên y tế, gia đình và bạn bè. Nghiên cứu thu được kết quả: hỗ trợ xã hội từ NYYT và gia đình liên quan đến tuân thủ điều trị ở mức cao. Sự hỗ trợ của bạn bè liên quan đến tuân thủ ở mức thấp. Kết quả này cũng tương ứng với nghiên cứu của Mc Pettey năm 2013 [43].

Trong nghiên cứu này, hỗ trợ xã hội có mối tương quan với tuân thủ điều trị với OR= 6,6; $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả của Trần Thị Loan nghiên cứu NB điều trị THA ngoại trú tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên năm 2012,

người bệnh thường xuyên được NVYT tư vấn, nhắc nhở về chế độ điều trị thì tuân thủ thuốc cao gấp 2,59 so với người bệnh không được NVYT nhắc nhở. NB nhận được sự quan tâm của gia đình, bạn bè, thường xuyên nhắc nhở chế độ điều trị có tỷ lệ tuân thủ thay đổi lối sống cao hơn 2,03 lần so với NB không được gia đình, bạn bè nhắc nhở, động viên ($p < 0,05$) [19]. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Marie N Fongwa và cộng sự năm 2008, nghiên cứu về những người phụ nữ Mỹ gốc Phi bị THA [39]. Nghiên cứu Donald E. Morisky năm 2008 [42]. Gần đây nhất theo nghiên cứu của Chunhua Ma năm 2016, cũng khẳng định NB nhận được sự hỗ trợ xã hội càng cao thì càng tuân thủ điều trị ($p < 0,05$) [35].

Điều này cũng khá dễ hiểu bởi THA là một bệnh mạn tính, phải điều trị suốt đời. Vấn đề tuân thủ điều trị ngoại trú của NB là một công việc rất phức tạp đòi hỏi NB phải kiên trì. NB dễ dàng có những yếu tố tiêu cực như chán nản, trầm cảm khi phải sử dụng thuốc hàng ngày, phải có chế độ ăn uống theo đúng quy định, tập luyện và nghỉ ngơi hợp lý. Khi người bệnh được các thành viên trong gia đình, bạn bè chăm sóc, động viên, nhắc nhở việc uống thuốc và tạo điều kiện cho NB thực hiện các chế độ điều trị cũng như tự chăm sóc. Thêm vào đó, khi khám bệnh NB luôn được NVYT tư vấn các vấn đề liên quan đến bệnh THA thì chắc chắn NB sẽ tuân thủ điều trị bệnh tốt hơn.

Qua đó, nhận thấy được tầm quan trọng của các thành viên trong gia đình, bạn bè và NVYT đối với việc tuân thủ điều trị bệnh THA. Từ đó cần phải tăng cường mối quan hệ giữa nhân viên y tế, gia đình và người bệnh.

Trong nghiên cứu để đánh giá về tuân thủ điều trị THA đạt hay không đạt, chúng tôi nghiên cứu trên 250 người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội, bệnh viện Đa khoa tỉnh. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu về mặt phạm vi. Tuy nhiên đây là nghiên cứu cơ sở để có những can thiệp tác động vào các yếu tố liên quan để cải thiện chế độ tuân thủ điều trị.

KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 250 người bệnh THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 11/2016 đến tháng 7/2017, chúng tôi có các kết luận như sau:

1. Mức độ tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú

Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng tuân thủ điều trị của người bệnh ở mức tuân thủ thường xuyên, trong đó 79,6% đạt về tuân thủ điều trị, 20,4% chưa đạt về tuân thủ điều trị, chủ yếu người bệnh chưa chú trọng việc đo huyết áp tại nhà, theo dõi và kiểm soát cân nặng, chưa áp dụng các phương pháp để giảm căng thẳng.

2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú

Kết quả cũng chỉ ra rằng các yếu tố: Hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo, trình độ học vấn, kiến thức và giới tính có mối tương quan với tuân thủ điều trị. Trong đó trình độ học vấn có mối tương quan mạnh nhất ($OR=13$; $p < 0,01$) nếu các yếu tố khác về hỗ trợ xã hội, tình trạng mắc bệnh kèm theo, kiến thức và giới tính là như nhau.

KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi được đưa ra một vài khuyến nghị với hy vọng sẽ giúp cho người bệnh đang điều trị ngoại trú nhằm nâng cao hơn nữa kiến thức cũng như thực hành tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp.

1. Thực hành điều dưỡng

Nhân viên y tế cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác về tình trạng bệnh cũng như chiến lược điều trị cho người bệnh. Thành lập phòng tư vấn, câu lạc bộ tăng huyết áp. Câu lạc bộ có thể gồm cả người bệnh nội trú và ngoại trú, sinh hoạt đều đặn 1- 2 lần mỗi tháng.

Phối hợp với gia đình nhắc nhở và hỗ trợ người bệnh thực hiện chế độ điều trị Tăng cường giáo dục sức khỏe cho người bệnh, cung cấp kiến thức tại khoa phòng điều trị và phòng khám, nhấn mạnh tầm quan trọng việc đo huyết áp tại nhà, theo dõi và kiểm soát cân nặng để đạt được huyết áp mục tiêu, hạn chế mắc bệnh kèm theo và biến chứng của bệnh.

Nhân viên y tế cần được đào tạo liên tục, nâng cao kiến thức và kỹ năng giáo dục sức khỏe.

2. Nghiên cứu điều dưỡng

Mở rộng phạm vi nghiên cứu trên toàn tỉnh để khẳng định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị là cơ sở để thực hiện nghiên cứu can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Đào Duy An (2007). Ăn uống ảnh hưởng huyết áp thế nào. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 47, 453 - 461.
2. Nguyễn Quốc Anh và cộng sự (2011). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.215 - 216.
3. Bộ Y tế (2010). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*, Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ- BYT ngày 31/08/2010.
4. Nguyễn Dung, Hoàng Hữu Nam và Dương Quang Minh (2012). Nghiên cứu tình hình bệnh tăng huyết áp tại thành phố Huế và thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011. *Tạp chí y học thực hành*, 805, 30 - 37.
5. Phạm Tử Dương (2007). *Bệnh tăng huyết áp*, NXB Y học, Hà Nội, tr.17 - 47.
6. Lê Ánh Dũng và Nguyễn Anh Vũ (2011). Nghiên cứu tình hình điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại phường Phú Hậu thành phố Huế. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 59, 175 - 179.
7. Dự án phòng chống tăng huyết áp (2011). *Những điểm cần biết về tăng huyết áp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Ninh Văn Đông (2010). *Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông - Quận Hoàn Kiếm Hà Nội, năm 2010*, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng, Hà Nội.
9. Trần Minh Giao và Châu Ngọc Hoa (2006). Khảo sát đặc điểm tăng huyết áp ở người có tuổi tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 13(6), 120 - 126.
10. Phạm Mạnh Hùng (2010). Tìm hiểu và kiểm soát tăng huyết áp, <<http://vnha.org.vn/tapchi/TimHieuKiemSoatTHA.indd.pdf>>, xem 16/10/2016.
11. Vương Thị Hồng Hải (2007). Đánh giá sự tuân thủ và nhận thức về điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên. *Tạp chí thông tin y dược*, 12, 28 - 32.

12. Lê Đức Hạnh, Phạm Đình Thọ và Đỗ Thúy Ngọc (2013). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về bệnh và về chế độ ăn ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. *Tạp chí Y học thực hành*, 859, 22 - 25.
13. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2011). Khảo sát kiến thức, thái độ và sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 15, 154 - 158.
14. Nguyễn Thái Hoàng, Trần Thái Thanh Tâm và Nguyễn Thị Lệ (2012). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến huyết áp ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 16, 161 - 167.
15. Nguyễn Văn Hoàng (2010). *Tần suất, nhận biết, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại tỉnh Long An*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
16. Nguyễn Kim Kế, Hoàng Khải Lập và Đỗ Doãn Lợi (2012). Một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên. *Tạp chí Y học thực hành*, 855, 47 - 50.
17. Phạm Gia Khải, Đỗ Doãn Lợi và Nguyễn Ngọc Quang (2010). Tăng huyết áp - “kẻ giết người thầm lặng”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 52, 77 - 80.
18. Phạm Gia Khải và cộng sự (2002). Tần số tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam năm 2001-2002. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 33, 9 - 15.
19. Trần Thị Loan (2012). *Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên, năm 2012*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công Cộng.
20. Trần Văn Long (2015). *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 -2012*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y tế Công Cộng.
21. Phan Long Nhơn (2007). Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp người lớn ở dân cư Bắc Bình Định- Đánh giá bước đầu qua 1002 bệnh nhân. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 47, 31- 37.
22. Nguyễn Minh Phương (2011). *Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân 25 - 60 tuổi ở 4 phường của*

thành phố Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học Y Tế Công Cộng.

23. Dương Hồng Thái, Phạm Kim Liên và Nguyễn Thu Hiền (2007). Bước đầu tìm hiểu thực trạng bệnh tăng huyết áp tại xã Linh Sơn, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 47, 629 - 634.
24. Nguyễn Thị Hồng Thủy (2014). Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 46, 57 - 64.
25. Nguyễn Văn Triệu và cộng sự (2007). Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp tại nhà máy nhiệt điện Phả Lại Hải Dương. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 47, 466 - 469.
26. Ngô Quang Trung (2015). Thực trạng kiến thức và sự tuân thủ điều trị của các bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Ngô Quyền năm 2015. *Tạp chí Điều Dưỡng Việt Nam*, 15, 59 - 63.
27. Trần Thanh Tú và Phạm Thị Liên (2011). Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị trấn Trâu Quỳ, huyện Gia Lâm, Hà Nội. *Tạp chí Y học thực hành*, 914(4), 94 - 97.
28. Vũ Phong Túc (2012). Nhận thức, thái độ, thực hành và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. *Tạp chí Y học thực hành*, 816(4), 126 - 128.
29. Nguyễn Lâm Việt (2016). Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 - 2016, *Hội nghị tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2*, Khách sạn Grand Plaza Hà Nội, 117 Trần Duy Hưng, Cầu Giấy, Hà Nội ngày 14-15/5/2016.
30. Phạm Nguyễn Vinh (2008). *Điều trị bệnh tăng huyết áp, Bệnh học tim mạch tập 2*, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, tr.267 - 268.
31. Nguyễn Thị Bạch Yến (2014). Gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp trên thế giới và tại Việt Nam. *Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp*, Đà Nẵng ngày 14/10/ 2014.
32. Nguyễn Thị Kim Yến và cộng sự (2013). *Dinh dưỡng dự phòng các bệnh mãn tính*, Nhà xuất bản đại học Cần Thơ, Cần Thơ.

Tiếng Anh

33. Akpan Edo.T (2009). *Factors Affecting Compliance with Anti-hypertension Drugs Treatment and Required Life style Modification Among Praslin Island*, Master of Public Health, University of South Africa.
34. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42, 1206 - 1252.
35. Chunhua Ma (2016). A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Nursing research*, 31, 94 - 99.
36. Chunhua Ma et al (2013). Development and psychometric evaluation of the Treatment Adherence Questionnaire for Patients with Hypertension. *Journal Of Advanced Nursing*, 1402 - 1413.
37. Chunhua Ma et al (2013). Treatment adherence of Chinese patients with hypertension. *Nursing research*, 26, 225 - 231.
38. Polit D.F and Hungler B.P (1999). Principles and Methods (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. *Nursing Research*.
39. Fongwa MN et al (2008). Adherence treatment factors in hypertensive African American women. *Vascular Health and Risk Management*, 4, 157 - 166.
40. Kearney PM, Whelton MG, Reynolds KS et al (2005). Global burden of hypertension. *Lancet*, 362, 217 - 223.
41. Marilyn M et al (2012). The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14, 461 - 466.
42. Morisky DE et al (2008). Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*, 10(5), 348 - 354.
43. Pettey MC (2013). *Factors affecting hypertension treatment adherence among african americans*, B.S.N Harding University, University of Arkansas for Medical Sciences.

44. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA (2011). Association between Knowledge and Drug Adherence in Patients with Hypertension in Quetta, Pakistan. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 10(2), 125 -132.
45. Villalva CM et al (2016). Adherence to Treatment in Hypertension. *Advances in Internal Medicine*.
46. Wang Wenru et al (2014). Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart & Lung*, 43, 278 - 283.
47. William J. Elliott (2003). The Economic Impact of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 5, 4 -12.
48. Yun Gao, Gang Chen, Haoming Tian (2013). Prevalence of Hypertension in China, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>, Accessed 15/10/2016.
49. ZaeJin An, Nichol, Michael (2013). Multiple Medication Adherence and its Effect on Clinical Outcomes Among Patients With Comorbid Type 2 Diabetes and Hypertension. *Medical Care*, 10, 879 - 887.
50. Zimet GD et al (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30 - 41.

PHỤ LỤC 1

BỘ CÂU HỎI ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ NĂM 2017

Mã số người bệnh:

Ngày : / / 2017

A. THÔNG TIN CƠ BẢN

1. Xin bác cho biết tuổi của mình?(theo năm dương lịch):tuổi
2. Giới tính (ĐTV quan sát và ghi chép)
 1. Nam
 2. Nữ
3. Chiều cao của ĐTNC : (m) Cân nặng của ĐTNC: (Kg)
Điều tra viên tính BMI:
4. Xin bác cho biết trình độ học vấn của mình?
 1. Tiểu học
 2. Trung học cơ sở
 3. Phổ thông trung học
 4. Trên phổ thông trung học
5. Xin bác cho biết công việc/nghề nghiệp hiện tại là gì?
 1. Nông dân
 2. Cán bộ, công nhân, viên chức
 3. Lao động tự do
 4. Hưu trí
 5. Nghề khác (ghi rõ).....
6. Thu nhập trung bình của bác / tháng là khoảng bao nhiêu (đồng) ?
 1. Không có thu nhập
 2. < 3 triệu
 3. 3- 6 triệu
 4. > 6 triệu
7. Trong gia đình bác có ai mắc bệnh THA không ?
 1. Có
 2. Không

8. Thời gian bác phát hiện bệnh THA ?

1. < 1 năm
2. 1- 5 năm
3. >5 năm

9. Bệnh khác bác mắc kèm theo là ? (hỏi và tham khảo hồ sơ bệnh án)

.....

B. TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

Xin bác cho biết hành vi của bác sau khi phát hiện bị cao huyết áp với các câu sau đây bằng cách đánh dấu các cột tương ứng cho: thường xuyên (3 điểm), thi thoảng (2điểm), không bao giờ (1điểm).

Stt	Câu hỏi	Thường xuyên	Thi thoảng	Không bao giờ
B1	Bác có thường xuyên dùng thuốc đúng thời gian theo quy định ?			
B2	Bác có thường không tự tăng hoặc giảm lượng thuốc của mình?			
B3	Bác không bao giờ quên uống thuốc theo quy định?			
B4	Bác không tự ngừng uống thuốc theo quy định khi bác cảm thấy khỏe hơn?			
B5	Bác không tự ngừng uống thuốc theo quy định khi bác cảm thấy không khỏe?			
B6	Mức độ thường xuyên ăn giảm lượng muối của bác ?			
B7	Mức độ thường xuyên ăn giảm chất béo và mỡ động vật của bác?			
B8	Mức độ thường xuyên ăn giảm lượng đường và đồ ngọt của bác ?			

Stt	Câu hỏi	Thường xuyên	Thi thoảng	Không bao giờ
B9	Mức độ thường xuyên ăn giảm các thức ăn chế biến sẵn của bác ?			
B10	Mức độ thường xuyên ăn tăng các loại rau xanh của bác ?			
B11	Mức độ thường xuyên ăn tăng lượng trái cây tươi của bác ?			
B12	Mức độ thường xuyên uống giảm lượng cà phê ?			
B13	Mức độ bỏ uống rượu, bia?			
B14	Mức độ bỏ hút thuốc lá, thuốc lào ?			
B15	Bác có thường xuyên tập thể dục 5 lần trở lên mỗi tuần ?			
B16	Bác có thường xuyên tập thể dục nhiều hơn 30 phút mỗi lần?			
B17	Bác có thường xuyên theo dõi và kiểm soát cân nặng của mình ?			
B18	Bác có thường xuyên dành thời gian để nghỉ ngơi mỗi ngày ?			
B29	Bác có thường xuyên áp dụng các phương pháp để giảm căng thẳng?			
B20	Mức độ khám bệnh định kỳ của bác ?			
B21	Bác có thường đi khám bệnh khi có các triệu chứng không khỏe ?			
B22	Bác có thường xuyên đo huyết áp tại nhà không ?			

**C. KIẾN THỨC LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ
BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP**

(chọn 1 đáp án theo bác là đúng nhất)

1. Một người được coi là có tăng huyết áp nếu huyết áp tâm thu (HA tối đa) ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương (HA tối thiểu) lớn ≥ 90 mmHg ?
 1. Đúng
 2. Sai
2. Hầu hết mọi người có thể nhận biết được họ cảm thấy không được khỏe khi bị tăng huyết áp ?
 1. Đúng
 2. Sai
3. Tăng huyết áp không được kiểm soát có thể dẫn đến biến chứng nào dưới đây ?
 1. Ung thư phổi
 2. Suy thận
 3. Tăng Cholesterol
 4. Bệnh tiểu đường
4. Điều nào sau đây làm tăng nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp ?
 1. Uống trà mỗi ngày
 2. Uống cà phê sữa mỗi ngày
 3. Tập tạ
 4. Tăng cân nhiều
5. Người bị tăng huyết áp không cần dùng thuốc nếu họ tập thể dục thường xuyên?
 1. Đúng
 2. Sai
6. Nhận định nào sau đây về việc dùng thuốc hạ huyết áp là đúng ?
 1. Luôn uống thuốc huyết áp sau khi ăn no.
 2. Có thể uống nhiều loại thuốc điều trị huyết áp trong 1 ngày.
 3. Tốt nhất là uống thuốc huyết áp trước khi đi ngủ.
 4. Không nên uống thuốc huyết áp khi đã có uống rượu cùng ngày.

7. Một người đàn ông 60 tuổi bị tăng huyết áp và thừa cân. Mỗi ngày, ông uống một chai bia và 2 tách cà phê. Hầu như bữa nào ông cũng cho thêm bột canh vào thức ăn. Thay đổi nào sau đây, có khả năng giúp giảm huyết áp của ông nhất?

1. Giảm cân
2. Ngừng uống rượu
3. Chuyển sang cà phê sữa
4. Chuyển sang dùng muối biển

8. Thay đổi nào sau đây liên quan đến chế độ ăn có khả năng hạ huyết áp nhất?

1. Ăn nhiều trái cây, rau xanh và chế độ ăn giảm mặn.
2. Loại bỏ các thực phẩm cay.
3. Uống một ly rượu vang đỏ mỗi ngày.
4. Uống trà thảo dược mỗi ngày.

9. Nhận định nào sau đây về việc tập thể dục liên quan đến hạ huyết áp là đúng?

1. Những người phải đứng gần như cả ngày sẽ không thu được nhiều lợi ích từ việc tập thể dục.
2. Tập thể dục 30 phút mỗi ngày sẽ làm giảm huyết áp tốt hơn so với tập thể dục trong vòng 60 phút vào 3 ngày một tuần.
3. Những người bị huyết áp cao chỉ được tập thể dục tại nhà.
4. Khi tập thể dục, bác phải làm tăng nhịp tim của bác lên ít nhất 100 nhịp một phút để cải thiện huyết áp.

10. Một người đàn ông trình bày rằng: huyết áp của ông là 145/90 mmHg khi kiểm tra tại hiệu thuốc, là 140/90 mmHg tại phòng khám, và là 135/85 mmHg khi kiểm tra huyết áp tại nhà. Khẳng định nào sau đây là đúng?

1. Chỉ số huyết áp thay đổi như vậy là bình thường.
2. Chỉ số huyết áp cao nhất là đúng.
3. Chỉ số huyết áp thấp nhất là đúng.
4. Ông có thể yên tâm rằng huyết áp của ông là bình thường.

11. Khi đo huyết áp tại nhà, bác nên: ?

1. Đo vài lần, mỗi lần cách nhau 1 hoặc 2 phút và ghi chỉ số thấp nhất.

2. Đo vài lần, mỗi lần cách nhau 1 hoặc 2 phút và ghi chỉ số cao nhất.
3. Đo huyết áp ngay sau khi tập luyện và sau bữa ăn ít nhất 2 giờ.
4. Đo 2 lần, mỗi lần cách nhau 1 đến 2 phút, và ghi lại chỉ số trung bình.

D. HỖ TRỢ XÃ HỘI LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Mỗi câu hỏi có 5 sự lựa chọn: Khoanh "1" - rất không đồng ý, "2" - không đồng ý, "3" - không có ý kiến gì, "4" - đồng ý, "5" - rất đồng ý.

1	Nhân viên y tế luôn cung cấp cho bác kiến thức về chăm sóc, phòng bệnh...	1	2	3	4	5
2	Nhân viên y tế luôn lắng nghe các vấn đề của bác	1	2	3	4	5
3	Nhân viên y tế luôn động viên và quan tâm đến cảm nhận bác	1	2	3	4	5
4	Bác nhận được sự hỗ trợ về tinh thần từ gia đình khi bác cần	1	2	3	4	5
5	Bác nhận được sự hỗ trợ về kinh tế cho việc điều trị bệnh từ gia đình	1	2	3	4	5
6	Bác có thể chia sẻ với gia đình các vấn đề bác gặp phải	1	2	3	4	5
7	Gia đình bác luôn sẵn lòng giúp bác đưa ra các quyết định	1	2	3	4	5
8	Bạn bè bác luôn cố gắng giúp đỡ, động viên bác	1	2	3	4	5
9	Bác có thể trông cậy và chia sẻ với bạn bè khi có việc không hay xảy ra.	1	2	3	4	5

Xin chân thành cảm ơn sự tham gia của bác!

PHỤ LỤC 2

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

257 Hàn Thuyên - Vị Xuyên – Nam Định

Điện thoại: 03503649666; fax: 03503643669

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định mời ông (bà) tham gia vào nghiên cứu này. Trước khi ông (bà) quyết định có tham gia nghiên cứu này hay không, kính mời ông (bà) tìm hiểu các thông tin liên quan đến nghiên cứu. Mời ông (bà) vui lòng đọc kỹ những thông tin dưới đây và nếu ông (bà) muốn có thể thảo luận với những người khác. Ông (bà) có thể hỏi chúng tôi nếu không rõ hoặc muốn biết thêm thông tin. Ông (bà) hãy dành thời gian suy nghĩ trước khi đồng ý hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Cảm ơn ông (bà) đã đọc bản thông tin

Lý do thực hiện nghiên cứu này?

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch phổ biến và nguy hiểm, bệnh đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong cao với nhiều biến chứng nguy hiểm và việc không hoặc rất ít biểu hiện các triệu chứng ra ngoài, nên THA được mệnh danh là "kẻ giết người thầm lặng".

THA là bệnh mạn tính, đòi hỏi người bệnh phải kiên trì điều trị. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp giúp bệnh nhân luôn duy trì được mức huyết áp mục tiêu, hạn chế tối đa các biến chứng có thể xảy ra. Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị còn thấp.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

1. Khảo sát thực trạng tuân thủ điều trị THA của người bệnh ngoại trú.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị THA của người bệnh ngoại trú.

Những nguy cơ sẽ xảy ra cho tôi khi tham gia vào nghiên cứu này?

Không có bất kỳ nguy cơ, ảnh hưởng nào về sức khỏe và kinh tế đối với người tham gia vào nghiên cứu.

Lợi ích khi tham gia nghiên cứu?

Ông (bà) được cung cấp thông tin, tư vấn miễn phí về kiến thức, cách điều trị và phòng bệnh tăng huyết áp để hạn chế các biến chứng có thể xảy ra.

Tôi có thể rút ra khỏi nghiên cứu không?

Ông (bà) có toàn quyền tự do rút ra khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không bị phạt hay bị mất đi các lợi ích mà Ông (bà) sẽ được hưởng.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi từ chối tham gia hay thay đổi quyết định sau đó?

Điều này hoàn toàn được chấp nhận.

Bảo mật

Tất cả các thông tin về việc tham gia vào nghiên cứu của Ông/bà sẽ được bảo mật và sẽ không được tiết lộ với bất kỳ ai không có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho ông (bà).

Tôi có thể liên lạc với ai nếu có thắc mắc về nghiên cứu, về quyền lợi của tôi hoặc về những than phiền?

Nếu Ông (bà) có bất kỳ thắc mắc gì về nghiên cứu có thể liên hệ trực tiếp với nghiên cứu viên: Nguyễn Thị Thơm qua số điện thoại: 0986145246 hoặc qua email: nguyenthithom.cyq@moet.edu.vn

