

9. Hye JK (2017). A study on the Knowledge, Attitude, and Activity for Patient Safety Management of Nursing Students in One Area. *The Journal of Korean Nursing*, 1( 2), 71 - 79.

10. Jae WH and Yang SK (2015). The Safety Management Activity of Nurses which Nursing Students Perceived during Clinical Practice. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(25),1-6.

11. Jamehl LD, Swapna C, Kathryn EC et al (2014). Utilizing a Meals on Wheels Program to Teach Falls Risk Assessment to Medical Students. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35, 409–420.

12. Jeong HP and Myong HP (2014). Knowledge, Attitude, and Confidence on Patient Safety of Undergraduate Nursing Students. *J Korean Acad Soc Nurs*, 20(1), 5-14.

13. Kim MH, Hye - WJ, Mi YC (2015).

Study on the Knowledge and Attitudes of Falls and Awareness of Fall Risk Factors among Nursing Student. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(S1), 74-80.

14. Shobha S (2005). Prevention of Falls in Older Patients. *American Family Physician*, 72(1), 81-88.

15. Susan KP (2016). *Program to Improve Knowledge and Skills to Prevent Falls in the community Dwelling Older Adult Population*, Doctoral Theses, University of Arkansas Fayetteville.

16. Wong C, Recktenwald A, Jones M et al (2011). The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(2), 81-87.

17. World Health Organization (2007). *Who Global report on falls Prevention in older Age*. World Health Organization, Geneva.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ LỐI SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG TRỊ NĂM 2019

Lê Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>, Vũ Văn Thành<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Cao đẳng Y tế Quảng Trị,

<sup>2</sup> Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành lối sống của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Điều tra cắt ngang được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2019 với sự tham gia của 107 người bệnh tăng huyết áp. Phiếu điều tra

STEPS cho Việt Nam 2015 được sử dụng để thu thập số liệu. **Kết quả:** Trong tổng số 107 người bệnh có 55,1% là nam giới. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về lối sống kiểm soát tăng huyết áp là 67,3%; tỷ lệ người bệnh thực hành đạt về hoạt động thể lực là 49,5%, tỷ lệ người bệnh thực hành đạt về chế độ nghỉ ngơi là 35,5%. **Kết luận:** Thực trạng kiến thức và thực hành về lối sống kiểm soát tăng huyết áp của người bệnh còn hạn chế. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của tăng cường giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, kiến thức và thực hành, lối sống

Người chịu trách nhiệm: Lê Thị Thanh Huyền

Email: huyendove@gmail.com

Ngày phản biện: 08/10/2019

Ngày duyệt bài: 14/10/2019

Ngày xuất bản: 22/10/2019

**KNOWLEDGE AND PRACTICE OF LIFESTYLE AMONG  
OUT-PATIENTS WITH HYPERTENSION MANAGED  
AT QUANG TRI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2019**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the current knowledge and practice of lifestyle among out-patients with hypertension managed at Quang Tri Provincial General Hospital in 2019. **Method:** A cross-sectional survey was conducted from March to May of the year 2019 with the participation of 107 hypertensive patients. The Vietnam national STEPS questionnaire was used for data collecting. **Results:** Among 107 patients, the male patients accounted for 55.1%. The percentage of patients who had right knowledge of lifestyle regarding hypertension control was 67.3%; The percentage of patients who had their physical activities appropriate for hypertension control was 49.5%, the percentage of patients who had their resting regimen appropriate for hypertension control was 35.5%. **Conclusion:** The knowledge and practice of lifestyle regarding hypertension control of hypertensive outpatients participated the study were limited. The study results show a necessary of patient education.

**Keywords:** Hypertension, knowledge and practice, lifestyle

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến thường gặp và hiện vẫn đang là mối quan tâm hàng đầu về sức khỏe của con người. Theo thống kê năm 2014 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tỷ lệ người từ 18 tuổi trở lên bị tăng huyết áp chiếm khoảng 22,3% dân số thế giới [12]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp cũng ngày một gia tăng. Theo thống kê năm 2015 của Hội Tim mạch học Việt Nam trên 5.454 người trưởng thành ( $\geq 25$  tuổi) trong quần thể 44 triệu người tại 8

tỉnh thành trên toàn quốc, kết quả cho thấy 47,3% người Việt Nam (20,8 triệu người) bị tăng huyết áp. Với tỷ lệ mắc bệnh cao và biến chứng nặng nề, tăng huyết áp tạo ra một gánh nặng bệnh tật không nhỏ. Tại Mỹ, tăng huyết áp tiêu tốn khoảng 46,4 tỷ USD mỗi năm [10], con số này tại Trung Quốc là 231,7 triệu USD [7], tại Việt Nam chi phí điều trị trực tiếp tăng huyết áp trung bình khoảng 65 USD/người [11].

Kiểm soát hoàn toàn bệnh tăng huyết áp vẫn còn là một thách thức lớn đối với ngành y tế. Các trường hợp người bệnh tăng huyết áp được điều trị với các thuốc kiểm soát huyết áp khác nhau nhưng không đạt huyết áp mục tiêu vẫn tồn tại. Theo các khuyến cáo về điều trị tăng huyết áp của các tổ chức, tiêu chuẩn vàng trong điều trị tăng huyết áp bao gồm dùng thuốc và điều chỉnh lối sống [8],[9]. Thay đổi lối sống là một phần không thể thiếu trong điều trị được khuyến cáo để ngăn ngừa các biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống. Theo khuyến cáo của Hiệp hội tăng huyết áp Châu Âu năm 2013, thay đổi lối sống là một phần quan trọng đối với điều trị cũng như dự phòng tăng huyết áp, là biện pháp an toàn và có hiệu quả giúp làm chậm và phòng ngừa tăng huyết áp ở người chưa bị tăng huyết áp, giúp làm chậm và phòng dùng thuốc ở tăng huyết áp độ I, giúp làm giảm huyết áp ở người tăng huyết áp đang điều trị thuốc, giảm liều và tác dụng phụ của thuốc. Bên cạnh hiệu quả hạ huyết áp, thay đổi lối sống còn giúp kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh khác [9].

Tại Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu về tăng huyết áp tập trung vào thực trạng, các yếu tố nguy cơ và tuân thủ điều trị. Trong đó, tuân thủ điều trị chủ yếu là các nghiên

cứu về tuân thủ dùng thuốc hoặc lồng ghép vào những nghiên cứu về quản lý người bệnh tăng huyết áp. Một vài nghiên cứu cũng bắt đầu quan tâm đến các khuyến cáo khác như tuân thủ chế độ ăn, tuân thủ luyện tập Tuy nhiên, các nghiên cứu về thay đổi lối sống ở người bệnh tăng huyết áp chưa được đề cập nhiều. Với mục đích tìm hiểu kiến thức và thực hành về lối sống kiểm soát tăng huyết áp; từ đó, xác định thực trạng và đưa ra các khuyến nghị phù hợp, khả thi giúp người bệnh kiểm soát huyết áp và hạn chế các biến chứng của bệnh; chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành lối sống ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2019.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên đang được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2019, có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

### 2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2019, đồng ý tham gia nghiên cứu, có khả năng trả lời phỏng vấn và tham gia hoạt động giáo dục sức khỏe.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có diễn biến bệnh nặng lên phải vào điều trị nội trú; không tham gia đầy đủ các lần đánh giá; đã tham gia hoạt động của chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe khác về tăng huyết áp.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ người bệnh tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên điều trị ngoại trú đến tái khám tại phòng khám Nội tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2019.

**Cỡ mẫu thực tế:** Trong thời gian 3 tháng chúng tôi lựa chọn được 107 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Bộ công cụ được xây dựng dựa trên Hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2010 và Bộ phiếu điều tra STEPS Việt Nam 2015. Bộ công cụ sau khi xây dựng đã được tiến hành điều tra thử trên 30 người bệnh nằm trong tiêu chuẩn chọn mẫu không nằm trong mẫu nghiên cứu, được kiểm định độ tin cậy với hệ số tin cậy cronbach's alpha cho thang đo kiến thức về thay đổi lối sống kiểm soát huyết áp là 0,809; hệ số tin cậy cronbach's alpha cho thang đo thực hành thay đổi lối sống kiểm soát huyết áp là 0,73.

Phương pháp thu thập số liệu: Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ công cụ chuẩn bị trước.

### 2.5. Phương pháp đánh giá

Đánh giá kiến thức của đối tượng về lối sống kiểm soát huyết áp: gồm 11 câu hỏi có kiến thức liên quan đến chế độ ăn, hút thuốc, hạn chế uống rượu bia, hoạt động thể lực và chế độ nghỉ ngơi. Mỗi câu hỏi được đánh giá theo từng ý đúng, mỗi ý đúng được 1 điểm. Tổng điểm của phần này là 17 điểm. Người bệnh được đánh giá là có kiến thức đúng khi  $\geq 9$  điểm.

Đánh giá thực hành của đối tượng về lối sống kiểm soát huyết áp: theo 5 nội dung

thực hành về lối sống kiểm soát tăng huyết áp. Mỗi nội dung gồm các câu hỏi, với mỗi câu trả lời đúng được gán 1 điểm. Đối tượng được coi là thực hành đạt về từng nội dung thực hành nếu có tổng điểm trong câu hỏi > 50% tổng số điểm.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình; sử dụng các bảng và biểu đồ để mô tả các số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

**2.7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện sau khi đề cương nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đề cương và Hội đồng đạo đức nghiên cứu của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và nhận được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị.

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên sự tự nguyện của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin thu được từ đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu**

Tổng số có 107 người bệnh tăng huyết áp tham gia nghiên cứu. Nam giới chiếm 55,1%, nữ giới chiếm 44,9%. Độ tuổi trung bình của ĐTNC  $70,87 \pm 11,10$ , nhóm tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 48,6%. Gần 1/2 ĐTNC đã nghỉ hưu chiếm 43%, số còn lại đa số đều làm nông dân hoặc nội trợ. Trình độ học vấn của ĐTNC nhiều nhất là tiểu học 32,7% và thấp nhất là trung cấp chuyên nghiệp trở lên 13,2%. Đa số ĐTNC đều sống cùng người thân 94,4%. ĐTNC có kinh tế bình thường 87,9% và 13,1% có kinh tế nghèo hoặc cận nghèo.

**3.2. Thực trạng kiến thức và thực hành về lối sống để kiểm soát tăng huyết áp của người bệnh tham gia nghiên cứu**

**3.2.1. Thực trạng kiến thức của người bệnh về lối sống để kiểm soát tăng huyết áp**

**Bảng 3.1. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về lối sống để kiểm soát tăng huyết áp (n=107)**

Nội dung kiến thức		Trả lời đúng	
		SL	TL %
<b>Chế độ ăn</b>	Chế độ ăn người bệnh THA nên ăn:		
	Ăn hạn chế muối	90	84,1
	Ăn tăng rau củ quả	53	49,5
	Ăn hạn chế chất béo	34	31,8
<b>Hút thuốc lá/ thuốc láo</b>	Hút thuốc lá có làm tăng huyết áp	57	53,3
	Người bệnh THA có cần bỏ thuốc	76	71,0
<b>Uống rượu/ bia</b>	Uống rượu, bia có làm tăng huyết áp	86	80,4
	Người bệnh THA cần hạn chế uống rượu, bia	90	84,1
	Lượng rượu, bia tối đa được phép uống	7	6,5
<b>Hoạt động thể lực</b>	Hoạt động thể lực thường xuyên giúp kiểm soát được huyết áp	75	70,1
	Người bệnh THA hoạt động thể lực hợp lý:		
	30 – 60 phút/ngày	49	45,8
	Tập luyện vừa phải	89	83,2
	Ít nhất 5 lần/tuần	20	18,7
<b>Chế độ nghỉ ngơi</b>	Lo lắng, căng thẳng và mất ngủ có làm THA	96	89,7
	Khi cơ thể nhiễm lạnh đột ngột có thể làm THA	68	63,6
<b>Điểm kiến thức chung về lối sống kiểm soát tăng huyết áp:</b>			
<b>Đạt: 67,3%</b>			
<b>Không đạt: 32,7%</b>			

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về chế độ ăn hạn chế chất béo chỉ đạt 31,8%. Có 53,3% có kiến thức đúng về hút thuốc lá làm tăng huyết áp. Chỉ có 6,5% người bệnh biết về ngưỡng rượu, bia được phép uống và 18,7% có trả lời đúng về hoạt động thể lực hợp lý ít nhất 5 lần/tuần.

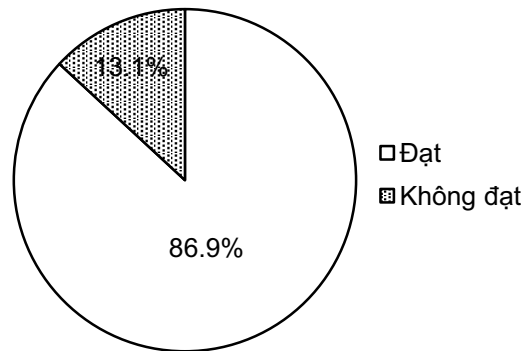
Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về lối sống kiểm soát THA của ĐTNC đạt là 67,3%, không đạt 32,7%.

**3.2.2. Thực trạng thực hành lối sống của người bệnh để kiểm soát tăng huyết áp**

**Bảng 3.2. Thực trạng thực hành về chế độ ăn để kiểm soát tăng huyết áp (n=107)**

Nội dung thực hành	SL	TL %
<b>Ăn mặn:</b>		
Có	27	25,2
Không	80	74,8
<b>Ăn số lượng rau/quả trong 1 ngày:</b>		
Đủ	50	46,7
Thiếu	57	53,3
<b>Ăn dầu mỡ:</b>		
Hợp lý	93	86,9
Không hợp lý	14	13,1
<b>Kết quả chung thực hành chế độ ăn:</b>		
Đạt	50	53,3
Không đạt	57	46,7

Tỷ lệ người bệnh có thói quen ăn mặn chiếm 25,2%. Có 46,7% người bệnh cho biết họ ăn đủ lượng rau quả theo khuyến cáo của WHO là ăn ít nhất 5 suất rau/trái cây. Có 13,1% người bệnh còn ăn dầu, mỡ không hợp lý. Tỷ lệ người bệnh đạt chung thực hành về chế độ ăn là 53,3% và tỷ lệ không đạt là 46,7%.



**Biểu đồ 3.1. Thực trạng thực hành không hút thuốc lá/thuốc lào của người bệnh (n=107)**

Về tuân thủ chung không hút thuốc lá được đánh giá theo khuyến cáo của Bộ y tế. Theo đó người bệnh có hút thuốc dù bất kỳ loại thuốc nào được coi là không đạt, đạt là khi người bệnh không hút thuốc. Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ ĐTNC không hút thuốc lá/ thuốc lào đạt 86,9%.

**Bảng 3.3. Thực trạng thực hành hạn chế uống rượu/bia (n=107)**

Nội dung thực hành	SL	TL %
<b>Hiện tại có uống rượu/bia:</b>		
Có	34	31,8
Không	73	68,2
<b>Mức độ uống rượu bia theo quy định:</b>		
Uống trong mức cho phép	18	16,8
Uống nhiều	16	15,0
Không uống	73	68,2
<b>Thực hành hạn chế uống rượu/bia:</b>		
Đạt	91	85,0
Không đạt	16	15,0

Người bệnh thực hành hạn chế uống rượu/bia đạt khi chưa bao giờ uống rượu/bia hoặc có uống nhưng hiện đã dừng hoặc còn uống nhưng trong ngưỡng cho phép. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số ĐTNC không uống rượu/bia hoặc uống trong mức cho phép chiếm 85%.

**Bảng 3.4. Thực trạng thực hành hoạt động thể lực để kiểm soát tăng huyết áp (n=107)**

Nội dung thực hành	SL	TL %	
<b>Hoạt động thể lực liên quan đến công việc hàng ngày:</b>	Đạt	3	2,8
	Không đạt	104	97,2
<b>Hoạt động thể lực liên quan đến đi bộ/đi xe đạp mỗi ngày:</b>	Đạt	6	5,6
	Không đạt	101	94,4
<b>Hoạt động thể lực liên quan đến tập thể dục thể thao:</b>	Đạt	37	34,6
	Không đạt	70	65,4
<b>Thực hành hoạt động thể lực chung:</b>	Đạt	53	49,5
	Không đạt	54	50,5

Tỷ lệ người bệnh hoạt động thể lực đạt cao nhất là hoạt động tập thể dục thể thao 34,6%, hoạt động thể lực liên quan đến công việc và đi lại hàng ngày chỉ đạt 2,8% và 5,6%. Đánh giá hoạt động thể lực của ĐTNC đạt khi có hoạt động thể lực ở một trong ba phạm vi trên. Kết quả gần ½ ĐTNC thực hành hoạt động thể lực đạt.

**Bảng 3.5. Thực trạng thực hành chế độ nghỉ ngơi (n=107)**

Nội dung thực hành	SL	TL %	
<b>Gặp vấn đề về giấc ngủ:</b>	Thường xuyên	30	28,0
	Thỉnh thoảng	27	25,2
	Hiếm khi	24	22,4
	Không bao giờ	26	24,3
<b>Gặp vấn đề về lo lắng, căng thẳng:</b>	Thường xuyên	8	7,5
	Thỉnh thoảng	27	25,2
	Hiếm khi	32	29,9
	Không bao giờ	40	37,4
<b>Sử dụng các biện pháp giữ ấm cơ thể tránh bị lạnh đột ngột:</b>	Có	104	97,2
	Không	3	2,8
<b>Thực hành chế độ nghỉ ngơi:</b>	Đạt	38	35,5
	Không đạt	69	64,5

Tỷ lệ người bệnh gặp vấn đề về giấc ngủ 53,2%, tỷ lệ ĐTNC thường lo lắng căng thẳng 32,7%, đa số người bệnh chú ý các biện pháp giữ ấm cơ thể để tránh lạnh đột ngột 97,2%. Đánh giá chung thực hành chế độ nghỉ ngơi đạt khi ĐTNC không gặp vấn đề giấc ngủ, không bị lo lắng căng thẳng và thực hiện các biện pháp để tránh lạnh đột ngột. Theo cách đánh giá đó kết quả thực hành chung về chế độ nghỉ ngơi chỉ đạt tỷ lệ 35,5%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Thực trạng kiến thức về lối sống kiểm soát tăng huyết áp

Theo kết quả của bảng 3.1 cho thấy kiến thức về chế độ ăn giảm muối của ĐTNC khá cao (84,1%) tuy nhiên kiến thức về chế độ ăn tăng rau quả và hạn chế chất béo còn hạn chế (49,5%; 31,8%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Long (2012) kiến thức về chế độ không ăn mặn, ăn nhiều hoa quả, ăn ít mỡ động vật lần lượt là 67%; 16,8%; 7% [3]. Lý do của sự khác biệt này là do ĐTNC của chúng tôi là người bệnh THA điều trị ngoại trú còn của tác giả Trần Văn Long nghiên cứu tại cộng đồng nên có thể ĐTNC của chúng tôi có sự hiểu biết về chế độ ăn tốt hơn.

Về kiến thức liên quan đến hút thuốc lá/thuốc lào và bệnh THA, có 53,3% đối tượng trả lời hút thuốc lá/thuốc lào làm THA. Kết quả này tương đương với kết quả của Nguyễn Minh Phương và Đào Thị Lan với các tỷ lệ tương ứng là 53,2% và 46,3% [2],[4]. Kết quả này cho thấy gần ½ ĐTNC còn chưa có kiến thức về tác hại của hút thuốc lá đối với bệnh THA.

Kết quả cũng cho thấy có 84,1% ĐTNC có kiến thức đúng về nên hạn chế uống rượu bia khi bị bệnh THA. So với một số nghiên cứu kết quả này có tỷ lệ cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Lan là 53,1% [2] và nhóm tác giả Nguyễn Thị Thủy, Lê Khắc Đức 63,7% [6]. Tỷ lệ ĐTNC biết cần hạn chế uống rượu/bia khi bị bệnh THA là khá cao tuy nhiên ngưỡng rượu/bia cần hạn chế theo khuyến cáo của Bộ y tế thì chỉ có 6,5% người bệnh biết đến. Vì vậy, đây là một nội dung cần được tư vấn để người bệnh hiểu biết và trong một số trường hợp người bệnh có thể điều chỉnh khi thực hành.

Về kiến thức đạt liên quan đến hoạt động thể lực trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,1% ĐTNC cho rằng hoạt động thể lực

có thể kiểm soát được huyết áp. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đào Thị Lan ít hoạt động thể lực làm THA 81,8% [2] nhưng cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Văn Long có 62,9% NB biết rằng hoạt động thể lực có thể phòng bệnh THA [3]. Có sự khác biệt như vậy là do ở 3 nghiên cứu tham chiếu 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 hoạt động thể lực và bệnh tăng huyết áp cao hơn nghiên cứu của Trần Văn Long.

Có 89,7% ĐTNC có kiến thức về khi bị lo lắng, căng thẳng và mất ngủ có thể làm THA. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Lan căng thẳng làm THA 84,3% [2]. Điều này cho thấy, phần lớn người bệnh đều nhận thức tốt về ảnh hưởng của lo lắng, căng thẳng đến bệnh tăng huyết áp.

### 4.2. Thực trạng thực hành về lối sống kiểm soát tăng huyết áp

#### 4.2.1. Thực trạng thực hành về chế độ ăn

Thực hành chế độ ăn là một phần quan trọng trong kiểm soát huyết áp đó là thực hiện một chế độ ăn nhạt hạn chế muối natri, hạn chế thức ăn có nhiều dầu mỡ và ăn tăng rau xanh, hoa quả tươi. Tuy nhiên, do tập quán ăn uống lâu đời của người Việt thường thích ăn các thức ăn như mắm muối, dưa cà hoặc thường thêm mắm muối hoặc chấm thêm muối khi ăn. Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số sống chung với gia đình (94,4%) và mọi sinh hoạt hàng ngày đặc biệt là hành vi ăn uống của người bệnh phụ thuộc nhiều vào thói quen, sở thích của từng gia đình cho nên có một chế độ ăn riêng phù hợp cho NB THA là điều khó thực hiện, đòi hỏi NB phải có sự quyết tâm cao và nhận được hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.2 cho thấy có 74,8% ĐTNC ăn nhạt, 46,7% ăn đủ số lượng rau/quả trong một ngày, 86,9%

ăn dầu mỡ hợp lý. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt so với một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương tỷ lệ người bệnh ăn nhạt 55,2%; ăn nhiều rau xanh hoa quả tươi; 71,6% ăn ít chất béo, hạn chế mỡ động vật 65,4% [4]. Thực tiễn cho thấy, ở người bệnh THA còn tồn tại hành vi ăn nhiều muối. Để người bệnh có thể cải thiện hành vi ăn giảm muối, nên tác động đến kiến thức cho người bệnh, thay đổi những thói quen dùng nhiều gia vị, biết tránh những thực phẩm nhiều muối, giúp người bệnh ý thức được hàm lượng muối có trong từng thực phẩm, đặc biệt cần tăng cường sự hỗ trợ của gia đình để cùng với người bệnh thực hiện được chế độ ăn giảm muối hiệu quả.

Kết quả nghiên cứu về thực hành chế độ ăn giảm chất béo của chúng tôi có 13,1% đối tượng vẫn có chế độ ăn chất béo không hợp lý. Để người bệnh tuân thủ một chế độ ăn uống hoặc hấp thụ rất cần sự cố vấn, động viên từ những người liên quan đặc biệt là các thành viên trong gia đình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh thực hiện một chế độ ăn đạt khi thực hiện chế độ ăn nhạt, ăn tăng rau củ quả và ăn hạn chế dầu mỡ. Theo cách đánh giá đó kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy có 53,3% ĐTNC đạt về thực hành chế độ ăn. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Văn Kiệp và cộng sự tuân thủ chế độ ăn 56,5% [1]. Từ kết quả trên, chúng tôi nhận thấy vai trò của điều dưỡng trong công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh phải chú ý đến giáo dục cho người bệnh, người nhà người bệnh để có thể giúp người bệnh nhận thức rõ hơn trong thực hiện một chế độ ăn phù hợp, góp phần tăng thêm hiệu quả điều trị thuốc và hạn chế được những biến chứng do THA gây ra.

#### **4.2.2. Thực trạng thực hành không hút thuốc lá/thuốc lào**

Trong tuần vừa qua ĐTNC không hút thuốc lá/thuốc lào là tuân thủ ngược lại có

hút dù chỉ một điếu với bất kỳ loại thuốc nào được coi là không tuân thủ. Theo đó kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 86,9% ĐTNC không hút thuốc lá/thuốc lào. Tỷ lệ người bệnh không hút thuốc lá/thuốc lào trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Minh Phương tỷ lệ không hút thuốc lá, thuốc lào 72% [4]; nghiên cứu của Ngô Văn Kiệp và cộng sự là 42% [1]. Nhưng kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đào Thị Lan tỷ lệ bỏ hút thuốc lá theo hướng dẫn là 95,1% [2]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm ĐTNC trong các nghiên cứu khác nhau về giới tính, trình độ học vấn và nhận thức về tác hại của thuốc lá đối với bệnh tăng huyết áp.

#### **4.2.3. Thực trạng thực hành hạn chế uống rượu/bia**

Theo khuyến nghị hạn chế uống rượu/bia được đánh giá dựa trên lượng rượu/bia tối đa được phép uống ngày nhiều nhất và trong cả tuần quy ra cốc chuẩn. Theo đó những NB được coi là thực hành đạt khi uống ngày nhiều nhất dưới 3 cốc chuẩn (nam) dưới 2 cốc chuẩn (nữ) và tổng cộng uống ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), 9 cốc chuẩn/tuần (nữ).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khá cao (85%) NB không uống rượu/bia hoặc uống điều độ. Kết quả trên có thể giải thích bởi kiến thức của NB về hạn chế uống rượu/bia và bệnh THA có tỷ lệ cao tương đương 84,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đào Thị Lan tỷ lệ ĐTNC hạn chế uống rượu/bia là 86,3% [2]. Tuy nhiên kết quả trong nghiên cứu này có cao hơn so với các nghiên cứu khác, cụ thể: Tác giả Nguyễn Thị Thủy cùng cộng sự tỷ lệ NB THA đang điều trị ngoại trú có hạn chế uống rượu, bia 60,6% [6]. Sự khác biệt này có thể là do khác nhau về tuổi, tập quán sinh hoạt, đặc điểm vùng miền và tiêu chuẩn chọn mẫu trong nghiên cứu.



#### 4.2.4. Thực trạng thực hành hoạt động thể lực

Hoạt động thể lực đầy đủ đã được chứng minh là có nhiều tác dụng cho sức khỏe và có một vai trò trực tiếp trong việc giảm huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 49,5% NB thực hành hoạt động thể lực đạt mức độ vừa phải, thời gian 30-60 phút/ngày và  $\geq 5$  ngày/tuần.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy NB tăng cường luyện tập thể lực 42,5% [6] và tác giả Trịnh Thị Phương Thảo tỷ lệ người trưởng thành mắc THA luyện tập là 54,2% [5]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Ngô Văn Kiệt và CS tuân thủ luyện tập thể dục 29,5% [1]. Sự khác biệt trên là do sự khác biệt về đối tượng, địa điểm nghiên cứu và cách đánh giá. Tiêu chí đánh giá của chúng tôi hoạt động thể lực không chỉ NB cần phải tập thể dục, hoạt động trong công việc hàng ngày và hoạt động đi lại mà còn phải có thời gian tập từ 30 - 60 phút mỗi lần và mức độ tập vừa phải, ít nhất 5 lần/tuần vì thời gian tập ít quá hoặc quá nhiều hoặc mức độ tập quá nhẹ hoặc quá nặng đều không có tác động tích cực.

#### 4.2.5. Thực trạng thực hành về chế độ nghỉ ngơi

Chế độ nghỉ ngơi đạt khi người bệnh có chế độ nghỉ ngơi hợp lý, đúng giờ giấc, không thức khuya, tránh căng thẳng và chú ý các biện pháp giữ ấm cơ thể tránh bị lạnh đột ngột. Theo đó kết quả nghiên cứu tại bảng 3.15 cho thấy có 35,5% NB có chế độ nghỉ ngơi hợp lý. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Phương chế độ nghỉ ngơi hợp lý của NB là 46,8%, tránh căng thẳng lo âu 62% [4]. Thời tiết lạnh là yếu tố rất bất lợi đối với người mắc bệnh tăng huyết áp, vì nhiệt độ thấp khiến các mao mạch co lại, huyết áp đột ngột tăng cao, dễ gây các biến chứng, đặc biệt là tai biến mạch máu não, đột quỵ...

Vì vậy, việc chú ý giữ ấm cơ thể đối với NB THA là điều quan trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 97,2% ĐTNC đã chú ý thực hiện tốt điều này.

### 5. KẾT LUẬN

Thực trạng kiến thức và thực hành về lối sống ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Quảng Trị năm 2019 còn một số hạn chế:

- Tỷ lệ kiến thức đúng về lối sống kiểm soát tăng huyết áp là 67,3%; trong đó, tỷ lệ kiến thức đúng về chế độ ăn tăng rau quả và ăn hạn chế chất béo lành mạnh là 46,7% và 31,8%.

- Tỷ lệ thực hành đạt về lối sống kiểm soát tăng huyết áp là 53,3%; trong đó, thực hành hoạt động thể lực đạt là 49,5%, thực hành chế độ nghỉ ngơi hợp lý đạt là 35,5%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Văn Kiệt, Nguyễn Quốc Dương và Lâm Vĩnh Niên (2017). Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Tiểu Cần, tỉnh Trà Vinh năm 2017. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 21(5), tr. 55-60.
2. Đào Thị Lan và Đặng Văn Chính (2014). Kiến thức, thái độ và việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Dương Minh Châu, tỉnh Tây Ninh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 18(6), tr. 177-185.
3. Trần Văn Long (2012). *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp 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, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. Nguyễn Minh Phương và Vũ Xuân Phú (2011). Thực trạng kiến thức về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường ở thành phố Hà Nội năm 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, (7), tr. 25-28.

5. Trịnh Thị Phương Thảo và Nguyễn Văn Cư (2012). Hành vi nguy cơ ở người mắc bệnh tăng huyết áp tại quận 5, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 16(4), tr. 35.
6. Nguyễn Thị Thủy và Lê Khắc Đức (2017). Khảo sát kiến thức về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2017. *Tạp chí Y-Dược học quân sự*, (1), tr. 29-35.
7. Cai Le., Shu Zhankun., Dong Jun, et al (2012). The economic burden of hypertension in rural south-west China. *Tropical Medicine and International Health*, (17)12, p. 1544–1551.
8. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), p. 12-52.
9. ESH/ESC (2013). Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 34, p. 2159-2219.
10. He Wan, Muenchrath M. N., Kowal P.R. (2012). Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007-2010, US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.
11. Nguyen Thi Phuong Lan., Nguyen Thi Bach Yen and Nguyen Thanh Trung (2014). Direct costs of hypertensive patients admitted to hospital in Vietnam- a bottom-up micro-costing analysis. *BMC health services research*, 14, p.514.
12. World Health Organization (2015). Risk factors. *World health statistics 2015*. World health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data p.105.