

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP TẠI NAM ĐỊNH

Vũ Thị Thúy Mai¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ hoạt động thể chất ở người cao tuổi tăng huyết áp và xác định một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất ở người cao tuổi tăng huyết áp năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 352 người cao tuổi tăng huyết áp được lựa chọn ngẫu nhiên từ 9 xã/phường của 03 huyện/thành phố của tỉnh Nam Định tham gia nghiên cứu. Các thang đo được sử dụng gồm: Thang đo đánh giá hoạt động thể chất của Tổ chức Y tế Thế giới; Thang đo nhận thức về rào cản hoạt động thể chất; Thang đo đánh giá mức độ tự tin trong hoạt động thể chất; Thang đo sự hỗ trợ xã hội. **Kết quả:** 100% đối tượng trong nghiên cứu có tham gia ít nhất 01 hoạt động thể chất; 47,7% đối tượng có mức độ hoạt động thể chất đủ theo khuyến cáo. Những người chưa nhận thức được

các rào cản trong hoạt động thể chất thì mức độ hoạt động thể chất chỉ bằng 0,4 lần so với người đã nhận thức được; những người có sự hỗ trợ của gia đình sẽ có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 2,5 lần so với những người không có hoặc nhận được rất ít sự hỗ trợ từ gia đình; những người ở nông thôn có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 6,5 lần so với những người ở thành thị; những người từ 60-70 tuổi có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 1,9 lần so với những người >70 tuổi. **Kết luận:** Mức độ hoạt động của người cao tuổi tăng huyết áp còn thấp so với khuyến cáo. Các can thiệp cần giúp người cao tuổi tăng huyết áp nhận thức và ứng phó với các rào cản trong hoạt động thể lực.

Từ khóa: Hoạt động thể chất, người cao tuổi, tăng huyết áp

CURRENT PHYSICAL ACTIVITIES AND RELATED FACTORS AMONG ELDERLY HYPERTENSIVES IN NAM DINH PROVINCE

ABSTRACT

Objective: To describe the physical activity level of elderly hypertensive persons and to identify related factors during the year 2020. **Method:** 352 elderly people with hypertension were selected in 9 communes/wards of 03 districts/cities of Nam Dinh province to participate in the study. The scales used include:

The World Health Organization's physical activity rating scale; Perception scale of physical activity barrier; Scale to assess the level of confidence in physical activity; Social support scale. **Results:** 100% of the subjects participated in at least, had participated in one of physical activities; 47.7% of subjects had an adequate level of recommended physical activity. Those who were not aware of the barriers to physical activity had only 0.4 times the level of physical activity compared to those who were aware; those with family support were 2.5 times more physically active than those with little or no family support; people

Người chỉ trách nhiệm: Vũ Thị Thúy Mai
 Email : vuthuymai@ndun.edu.vn
 Ngày phản biện: 7/6/2021
 Ngày duyệt bài: 11/6/2021
 Ngày xuất bản: 28/6/2021

*in rural areas have a physical activity level 6.5 times higher than those in urban areas; people aged 60-70 had a physical activity level 1.9 times higher than those aged >70 years. **Conclusion:** The activity level of the elderly with high blood pressure is still low. Interventions need to help patients recognize barriers and ways to deal with them, thereby increasing time to participate in physical activities.*

Keywords: Physical activity, the elderly, hypertension

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già không phải là bệnh, nhưng nó tạo điều kiện cho các quá trình bệnh lý phát triển. Người cao tuổi (NCT) thường mắc các bệnh mạn tính và cũng thường mắc nhiều bệnh cùng một lúc như tăng huyết áp (THA), tim mạch, đái tháo đường, xương khớp... THA là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh tật và tử vong ở NCT, THA chiếm ít nhất 45% ca tử vong liên quan đến bệnh tim và 51% tử vong liên quan đến đột quy. Tỷ lệ mắc THA tiếp tục gia tăng và ước tính sẽ tăng lên 60% vào năm 2025. Phòng ngừa ban đầu THA đã trở thành một thách thức sức khỏe cộng đồng toàn cầu [1]. Để duy trì và nâng cao sức khỏe cho NCT, trước hết phải làm chậm lại quá trình lão hóa bằng nhiều biện pháp như: Chế độ dinh dưỡng, chế độ lao động, chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi hợp lý... và quan trọng hơn hết là cần phải có một chế độ hoạt động vận động phù hợp.

Hoạt động thể chất (HĐTC) được định nghĩa là bất kỳ vận động cơ thể nào được tạo ra bởi cơ xương cần chi tiêu năng lượng [2]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra những người tham gia HĐTC với cường độ cao hoặc vừa phải có tỷ lệ mắc THA thấp (chỉ 27,5%) trong khi tỷ lệ này ở nhóm ít HĐTC hoặc ở cường độ thấp, có tỷ lệ cao hơn (khoảng 53,2% [3]). Đã có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về hoạt động

thể chất của NCT nói chung và người THA nói riêng (đa số đều nghiên cứu trên các đối tượng điều trị nội trú tại các cơ sở y tế). Kết quả cho thấy tỷ lệ người THA có thực hiện các hoạt động thể chất phù hợp, tích cực và đủ theo quy định là chưa cao (dao động từ 30-40%). Một số yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả này là do người THA thiếu kiến thức về HĐTC, họ gặp nhiều rào cản khi HĐTC, họ cảm thấy thiếu tự tin khi tham gia HĐTC và thiếu sự hỗ trợ của xã hội [4, 5, 6].

Nam Định là một tỉnh thuộc vùng đồng bằng sông Hồng, với dân số khoảng 1,9 triệu người (trong đó NCT chiếm khoảng 14%). Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nam Định, THA là một trong hai trong bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong số các bệnh không truyền nhiễm trên địa bàn tỉnh. Tại Nam Định hiện chưa có các nghiên cứu đánh giá được thời gian, tần suất, khối lượng, cường độ của HĐTC và một số yếu tố liên quan đến HĐTC ở người cao tuổi THA tại cộng đồng. Do đó mục tiêu của nghiên cứu này là (i) Mô tả mức độ hoạt động thể chất ở người cao tuổi tăng huyết áp và (ii) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Nam Định.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người có tuổi từ 60-80 tuổi, được chẩn đoán mắc THA tối thiểu 6 tháng được quản lý THA ngoại trú tại Trạm y tế xã; giai đoạn bệnh ở độ I, II; có khả năng giao tiếp bình thường; có khả năng đi lại, di chuyển bình thường và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả các đối tượng đều nhận thư mời tham gia nghiên cứu và được giải thích chi tiết về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu cũng như quyền lợi khi tham gia. Thông tin cá nhân của đối tượng được ẩn danh, đối

tượng chỉ được chọn vào nghiên cứu sau khi đã ký vào phiếu chấp thuận đồng ý. Nghiên cứu được tiến hành từ 01/2020 - 11/2020 trên địa bàn các xã/phường thuộc tỉnh Nam Định.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

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

Trong đó: n là số lượng người cao tuổi THA. $Z_{(1-\alpha/2)}$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α , trong nghiên cứu này lấy $\alpha = 0,05$ với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. p: tỷ lệ người cao tuổi THA, theo nghiên cứu trước chọn $p=0,33$ (Theo tác giả Vũ Thị Thanh Huyền năm 2013), d: mức độ chính xác tương đối, trong nghiên cứu lấy $d=0,05$. Thay vào công thức trên tính được $n=331$ người. Ước tính có 3% đối tượng có thể từ chối tham gia, do đó cỡ mẫu cần thiết lấy tròn là 350 người cao tuổi THA.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

Giai đoạn 1- chọn huyện: tỉnh Nam Định gồm 09 huyện và 01 thành phố (sau đây gọi chung là huyện). Chọn chọn chủ đích Thành phố Nam Định và ngẫu nhiên 2 trong số 9 huyện còn lại. Kết quả 02 huyện được chọn là Vụ Bản và Nam Trực.

Giai đoạn 2 - chọn xã/phường (sau đây gọi chung là xã): sử dụng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên. Bước 1 lập danh sách các xã/phường của mỗi huyện/thành phố. Bước 2 bốc thăm ngẫu nhiên chọn 03 xã tại mỗi huyện/thành phố. Tổng số có 09 xã/phường được chọn.

Giai đoạn 3 - chọn người cao tuổi THA: lập danh sách toàn bộ người cao tuổi THA

được quản lý tại các trạm y tế xã chọn. Chọn mỗi xã 39 người. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn tại mỗi xã bằng phần mềm SPSS thông qua lệnh Select Case/Random sample of cases. Thực tế đã có 352 người cao tuổi THA của 09 xã tại 03 huyện tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin: Bảng hỏi về thông tin nhân khẩu học: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân... Thang đo đánh giá hoạt động thể chất của Tổ chức Y tế thế giới (Global Physical Activity Questionnaire-WHO 2002) thu thập các thông tin về hoạt động thể chất gồm 4 phần: Hoạt động tại nơi làm việc; hoạt động đi lại; hoạt động giải trí; hoạt động tĩnh tại. Thang đo nhận thức về rào cản HĐTTC (The Exercise Barriers Scales- EBS) của Pender và cộng sự [7] gồm 14 câu hỏi đánh giá theo thang Likert 4 điểm: 1= hoàn toàn không đồng ý, 2= không đồng ý, 3= đồng ý, 4= hoàn toàn đồng ý. Thang đo đánh giá mức độ tự tin trong HĐTTC (The Exercise Self – Efficacy Scale ESES) của Bandura và cộng sự [8], thang đo có 18 câu hỏi được chia thành 03 mức: không thể thực hiện được, thực hiện ở mức trung bình, thực hiện ở mức tốt. Thang đo sự hỗ trợ xã hội (Social Support Questionnaire (SSQ)) của Sarason, Irwin G và các cộng sự [9], thang đo chia thành 02 phần: hỗ trợ từ gia đình (10 câu hỏi); hỗ trợ từ bạn/hàng xóm (12 câu hỏi), mỗi câu hỏi đánh giá theo thang Likert 5 điểm từ không đến rất thường xuyên nhận được sự hỗ trợ. Các thang đo đều được chuyển ngữ theo hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới, được kiểm định độ tin cậy bằng hệ số Cronbach Alpha trước khi đưa vào sử dụng.

Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp người cao tuổi bằng các thang đo để tìm hiểu thông tin về thực trạng HĐTTC, nhận thức về các rào cản trong

HĐTC, nhận sức về sự tự tin và sự hỗ trợ xã hội.

2.6. Tiêu chí đánh giá

- Đơn vị hoạt động thể chất được sử dụng là MET-phút/tuần. Tổng cường độ hoạt động thể chất MET-phút/tuần = [(P2 * P3 * 8) + (P5 * P6 * 4) + (P8 * P9 * 4) + (P11 * P12 * 8) + (P14 * P15 * 4)]. Trong đó “P” là các câu hỏi về hoạt động thể chất. Phân loại hoạt động thể chất thành 02 nhóm: đạt và chưa đạt với ngưỡng điểm là 600 MET-phút/tuần.

- Nhận thức về rào cản được chia thành 02 nhóm: chưa nhận thức được rào cản (điểm trung bình thang đo từ 1-2) và nhận thức được rào cản (điểm trung bình thang đo >2). 2 được chọn làm điểm cắt vì 1-2 là các lựa chọn rất không và không đồng ý về các rào cản [7].

- Mức độ tự tin được chia thành 02 nhóm: chưa tự tin (điểm trung bình thang đo từ 1-2) và tự tin (điểm trung bình thang đo >2). 2 được chọn làm điểm cắt vì 1-2 là các lựa chọn không thể thực hiện được và thực hiện được hoạt động thể chất ở mức độ thấp [8].

- Sự hỗ trợ xã hội được chia thành 02 mức: chưa nhận/rất ít nhận được sự hỗ trợ (điểm trung bình thang đo từ 1-3) và nhận được nhiều hỗ trợ (điểm trung bình thang đo >3). 3 được chọn làm điểm cắt vì 1-3 là các lựa chọn không, hiếm khi và rất ít nhận được hỗ trợ.

2.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Quản lý, xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi được thu thập và làm sạch và nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20 trước khi đưa vào phân tích. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm và bảng tóm tắt biến số, sử dụng mô hình hồi quy logistic để tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng hoạt động thể chất với các biến số độc lập.

3. KẾT QUẢ

3.1. Một số thông tin chung về đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=352)

Nội dung thông tin		SL	TL %
Nhóm tuổi	60-70 tuổi	214	60,8
	71-80 tuổi	138	39,2
Giới tính	Nam	191	54,3
	Nữ	161	45,7
Nơi cư trú	Nông thôn	234	66,5
	Thành thị	118	33,5
Trình độ học vấn	Tiểu học	171	48,6
	Trung học cơ sở	87	24,7
	Trung học phổ thông	71	20,2
	Khác	23	0,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	9	2,6
	Vợ/chồng đã mất	84	23,9
	Sống cùng vợ/chồng	256	72,7
	Ly dị/ly thân	3	0,9
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	176	50
	Hưu trí	84	23,9
	Buôn bán/kinh doanh	58	16,5
	Khác	44	9,7
Thời gian được phát hiện bệnh	1-5 năm	211	59,9
	6-10 năm	123	34,9
	>10 năm	18	5,1

3.2. Thực trạng hoạt động thể chất

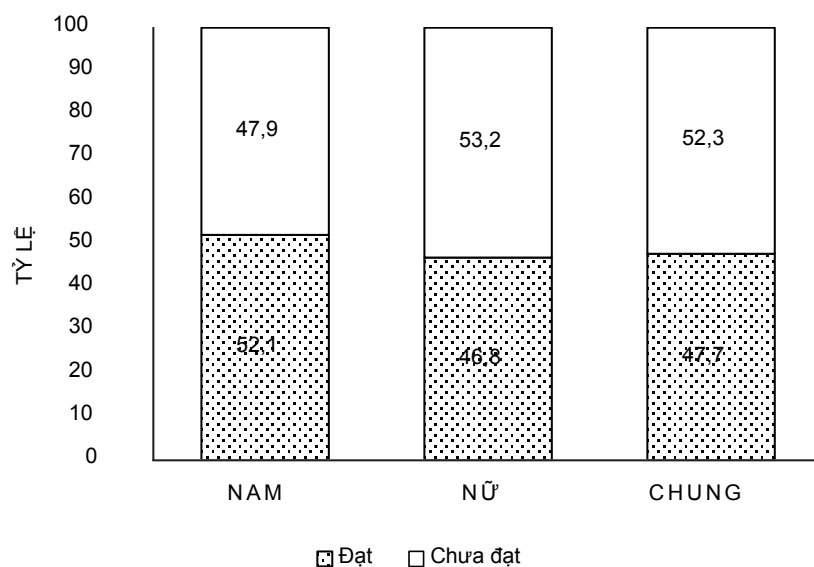
Bảng 2. Loại hình hoạt động thể chất của đối tượng nghiên cứu (n=352)

Loại hình hoạt động thể chất	SL	TL %
Lao động với cường độ cao	87	24,7
Lao động với cường độ trung bình	152	43,2
Di chuyển để đến nơi làm việc	168	47,7
Tập thể dục cường độ cao	48	13,6
Tập thể dục cường độ trung bình	352	100

100% đối tượng tham gia ít nhất 1 loại hình hoạt động thể chất, trong đó tập thể dục cường độ trung bình là cao nhất, thấp nhất là lao động với cường độ cao.

Bảng 3. Thống kê mô tả tình trạng hoạt động thể chất của đối tượng (MET-phút/tuần)

Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch	Trung vị
120	5844,7	1218,3	1097,1	880



Biểu đồ 1. Phân loại tình trạng hoạt động thể chất của đối tượng nghiên cứu (n=352)

Tỷ lệ đối tượng có hoạt động thể chất đạt yêu cầu chiếm 47,7%; sự khác biệt giữa nam và nữ trong hoạt động thể chất không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic mô tả một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Đặc tính	OR	95% CI	p
Nhận thức về rào cản	Có	1	-	-
	Chưa có	0,4	0,2-0,7	0,03
Hỗ trợ của gia đình	Không	1	-	-
	Có	2,5	1,4-4,6	0,01
Địa điểm sinh sống	Thành thị	1	-	-
	Nông thôn	6,5	3,8-11,1	< 0,001
Nhóm tuổi	>70	1	-	-
	60-70	1,9	1,2-3,4	0,012

Giá trị p của kiểm định Omnibus test < 0,001 (các biến đưa vào mô hình là hoàn toàn phù hợp, mô hình có ý nghĩa thống kê)
 Giá trị p của kiểm định Hosmer and Lemeshow Test = 0,506 (cho thấy sự phù hợp của mô hình)

Sau khi kiểm soát các yếu tố nhiễu bằng mô hình hồi quy logistic, kết quả cho thấy những người chưa nhận thức được các rào cản trong hoạt động thể chất thì mức độ hoạt động thể chất chỉ bằng 0,4 lần so với người đã nhận thức được; những ai có sự hỗ trợ của gia đình sẽ có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 2,5 lần so với những ai không có hoặc nhận được rất ít sự hỗ trợ từ gia đình; những người sống ở khu vực

nông thôn có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 6,5 lần so với những đối tượng sống ở thành thị; những người từ 60-70 tuổi có mức độ hoạt động thể chất cao hơn 1,9 lần so với những người >70 tuổi.

Bảng 5. Tỷ lệ dự đoán đúng của mô hình hồi quy

Giá trị quan sát	Giá trị dự đoán có hoạt động thể chất đủ hay không		
	Không	Có	% dự đoán đúng
Không	216	23	90,4
Có	60	53	46,9
Tổng % dự đoán đúng			76,4

Kết quả từ bảng trên cho thấy xác suất dự đoán đúng về mức độ hoạt động thể chất của đối tượng nghiên cứu dựa vào 03 biến độc lập đạt 76,4%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng hoạt động thể chất

Nghiên cứu này nhằm xác định mức độ hoạt động thể chất và các yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất ở người cao tuổi THA tại cộng đồng của tỉnh Nam Định. Hoạt động thể chất đóng một vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa và quản lý THA [10], [11]. Hoạt động thể chất được coi là một phương tiện tự nhiên, rẻ tiền, khả thi và hiệu quả để kiểm soát bệnh tăng huyết áp và là một biện pháp lối sống chính cần thiết để giảm huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp. Fagard và Cornelissen khi nghiên cứu về tác dụng của hoạt động thể chất với kiểm soát huyết áp đã đi đến kết luận tập thể dục có thể được coi là liệu pháp nền tảng để phòng ngừa, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp [12]. HĐTC là

một thành phần quan trọng của liệu pháp lối sống để phòng ngừa và điều trị tăng huyết áp. Một số nghiên cứu đã chứng minh một cách nhất quán tác dụng có lợi của HĐTC đối với bệnh tăng huyết áp thông qua tác động tới giảm cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương với mức giảm 5–7 mmHg ở những người bị THA [13]. Việc giảm huyết áp khi hoạt động thể chất được cho là do sức cản mạch ngoại vi suy giảm, có thể là do phản ứng cấu trúc và tế bào thần kinh với giảm hoạt động thần kinh giao cảm và tăng đường kính lòng động mạch, tương ứng [13]. Các cơ chế được đề xuất khác để giảm huyết áp bao gồm những thay đổi thuận lợi trong stress oxy hóa, viêm, chức năng nội mô, khối lượng cơ thể, hoạt động của hệ renin-angiotensin, hoạt động phó giao cảm, chức năng thận và độ nhạy insulin [14].

Bất chấp sự tồn tại của các bằng chứng khẳng định lợi ích của HĐTC trong việc phòng ngừa bệnh tật nói chung và kiểm soát huyết áp nói riêng, vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ người bệnh THA chưa hoạt động thể chất đủ theo khuyến cáo. Kết quả nghiên cứu trên người cao tuổi THA tại Nam Định một lần nữa khẳng định sự tồn tại của vấn đề trên. Mặc dù 100% đối tượng đều báo cáo có các tham gia các hoạt động thể lực, tuy nhiên tỷ lệ đối tượng có cường độ HĐTC đủ theo yêu cầu chỉ chiếm 47,7%. Kết quả tương tự cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh và cộng sự trên các người bệnh THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định theo đó tỷ lệ đối tượng có mức độ HĐTC đạt yêu cầu chỉ chiếm 50,8% [15]. Một nghiên cứu gần đây tại Nam Phi thậm chí cho kết quả tỷ lệ người THA có hoạt động thể lực đủ chỉ đạt 39,1% [16]. Các kết quả tương đồng về vấn đề này cũng đã được báo cáo trong

những nghiên cứu trước đây [10], [11], [12], [13]. Như vậy kết quả nghiên cứu tại Nam Định đặt trong mối tương quan với kết quả của các nghiên cứu vừa liệt kê nhất quán với quan điểm cho rằng tình trạng người bệnh THA chưa hoạt động thể chất đủ theo khuyến cáo là rất phổ biến. Các chương trình giáo dục và các biện pháp can thiệp để tăng cường HĐTC nên được tăng cường thực hiện trên nhóm người THA.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể chất

Có nhiều yếu tố đã được chỉ ra là có liên quan đến hoạt động thể chất của người THA, với việc sử dụng mô hình hồi quy logistic, nghiên cứu này đã phát hiện thấy rằng có 04 yếu tố có tác động đến tình trạng HĐTC của người cao tuổi THA tại Nam Định: Nhận thức về rào cản, hỗ trợ của gia đình, địa điểm sinh sống và tuổi. Kết quả này có nhiều điểm tương đồng so với các nghiên cứu trước đây về vấn đề này [4, 5, 6].

Những người chưa nhận thức được rằng họ sẽ gặp các rào cản, các khó khăn khi thực hiện các hoạt động thể chất có mức độ HĐTC chỉ bằng 0,4 lần so với những người nhận thức được. Điều này gợi ý rằng, các chương trình can thiệp, truyền thông cần chỉ rõ cho người cao tuổi THA về những thách thức, rào cản khi họ thực hiện các HĐTC và cách vượt qua các rào cản, trở ngại này. Vì theo mô hình niềm tin sức khỏe, khi có thái độ tích cực đối với một vấn đề thì khả năng thay đổi về hành vi của con người sẽ cao hơn.

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng phát hiện ra vai trò của hỗ trợ gia đình đối với tình trạng HĐTC của người cao tuổi THA. Theo đó những người nhận được sự hỗ trợ từ gia đình có mức độ hoạt động thể chất đạt yêu cầu cao hơn

gấp 2,5 lần so với những người không nhận được sự hỗ trợ này. Kết quả tương đồng cũng đã được tác giả Nguyễn Hồng Trang và cộng sự báo cáo trong nghiên cứu về HĐTC trên người bệnh THA tại một xã của Hà Nội [5]. Gia đình là một mắt xích không thể thiếu trong điều trị THA, sự quan tâm, chăm sóc, khuyến khích từ các thành viên trong gia đình sẽ giúp hình thành cũng như duy trì cảm xúc và hành vi tích cực vốn rất quan trọng để đạt mục tiêu điều trị nói chung và khuyến khích người bệnh THA tăng cường HĐTC nói riêng.

Địa điểm sinh sống cũng là một trong các yếu tố dẫn đến sự khác biệt về tình trạng HĐTC ở người cao tuổi THA được phát hiện trong nghiên cứu này. Theo đó những người sống ở vùng nông thôn có mức độ hoạt động thể chất cao hơn hẳn so với những người sống ở vùng thành thị. Một số yếu tố có thể lý giải cho thực trạng này bao gồm: (i) Sự khác biệt về nghề nghiệp, đa số những người sống ở vùng nông thôn có nghề nghiệp chính là làm nông nghiệp, còn những người ở thành thị là nghỉ hưu hoặc buôn bán. (ii) Sự khác biệt về tuổi và thời gian bị bệnh: tuổi trung bình của các đối tượng ở vùng nông thôn trong nghiên cứu này thấp hơn và thời gian được phát bệnh sớm hơn so với các đối tượng ở vùng thành thị. Kết quả này cho thấy, các chương trình can thiệp tăng cường HĐTC ở người bệnh THA cần được quan tâm hơn ở các khu vực đô thị.

Các nghiên cứu về hoạt động thể chất cho thấy rằng hoạt động thể chất giảm dần theo tuổi, người từ 60 tuổi trở lên ít hoạt động thể chất do sức khỏe kém và chấn thương [10], [11], [12], [13]. Nghiên cứu hiện tại cho thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa hoạt động thể chất và tuổi tác ($p=0,012$). Những người từ 60-70 tuổi có

cường độ HĐTC đạt yêu cầu cao hơn gấp 1,9 lần so với những người từ 71-80 tuổi. Điều này có thể là do phần lớn người cao tuổi có thể mắc các bệnh đi kèm cao hơn, dẫn đến có thể hạn chế việc tham gia hoạt động thể chất của họ. Do đó, khuyến khích người lớn tuổi tiếp tục hoặc mở rộng vai trò của họ ở nhà và các hoạt động thời gian giải trí có thể giúp ngăn ngừa giảm huyết áp. Mặt khác, các giai đoạn thay đổi thái độ đối với hành vi tập thể dục, công việc đồng áng, việc làm và thu nhập hộ gia đình cũng đã được chứng minh có liên quan đến HĐTC ở người THA. Những yếu tố này cần được xem xét khi thúc đẩy HĐTC ở người lớn tuổi nói chung và người cao tuổi THA nói riêng.

Đây là một nghiên cứu cắt ngang, khiến cho việc xác định nguyên nhân và kết quả là không thể; do đó, chỉ có các mức độ liên quan được mô tả nhưng không có quan hệ nhân quả. Thông tin đưa ra là chủ quan vì tất cả dữ liệu đều được các đối tượng tự báo cáo. Mức độ hoạt động thể chất tự báo cáo dựa trên những gì người tham gia có thể nhớ lại tại thời điểm trả lời bảng câu hỏi nghiên cứu; do đó, nó dễ bị phóng đại và hoặc nói quá.

5. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát cho thấy mức độ hoạt động thể lực ở người cao tuổi tăng huyết áp trong phạm vi nghiên cứu còn thấp với 47,7% đối tượng có mức độ hoạt động thể chất đủ theo khuyến cáo. Các yếu tố có liên quan đến hoạt động thể chất được tìm thấy gồm: nhận thức về rào cản, hỗ trợ của gia đình, địa điểm sinh sống và tuổi. Các lý do liên quan đến sức khỏe được phát hiện là động lực chính đối với hoạt động thể chất và khía cạnh này có thể được sử dụng hiệu quả khi thúc đẩy hoạt động thể chất ở người bệnh tăng huyết áp và các bệnh mạn tính khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2019), *Hypertension*, truy cập ngày 30/9/2020, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. World Health Organization (2020), *Physical activity*, truy cập ngày 30/9/2020, tại trang web https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1.
3. Y. You et al. (2018), "Hypertension and physical activity in middle-aged and older adults in China", *Sci Rep.* 8(1), page. 16098.
4. Vũ Thị Thanh Huyền và Nguyễn Hồng Trang (2015), "Thực trạng hoạt động thể lực của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Trường Yên, huyện Chương Mỹ, Hà Nội năm 2013", *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 9(1), tr. 78-85.
5. Nguyễn Hồng Trang, Hà Trần Hưng và Vũ Thị Thanh Huyền (2015), "Một số rào cản trong hoạt động thể lực ở bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Trường Yên, huyện Chương Mỹ, Hà Nội", *Tạp chí Y dược học Quân sự.* 5, tr. 29-35.
6. A. Adeniyi et al. (2012), "Comparative influence of self-efficacy, social support and perceived barriers on low physical activity development in patients with type 2 diabetes, hypertension or stroke", *Ethiop J Health Sci.* 22(2), page. 113-9.
7. K. R. Sechrist, S. N. Walker and N. J. Pender (1987), "Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/barriers scale", *Res Nurs Health.* 10(6), page. 357-65.
8. Albert Bandura (1977), "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review.* 84(2), page. 191-215.
9. Irwin G. Sarason và các cộng sự. (1987), "A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications", *Journal of Social and Personal Relationships.* 4(4), tr. 497-510.
10. Alexandra S. Ghadieh and Basem Saab (2015), "Evidence for exercise training in the management of hypertension in adults", *Canadian family physician Medecin de famille canadien.* 61(3), page. 233-239.
11. Sheila M. Hegde and Scott D. Solomon (2015), "Influence of Physical Activity on Hypertension and Cardiac Structure and Function", *Current hypertension reports.* 17(10), page. 77-77.
12. R. H. Fagard and V. A. Cornelissen (2007), "Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients", *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 14(1), page. 12-7.
13. Veronique Cornelissen and Neil Smart (2013), "Exercise Training for Blood Pressure: A Systematic Review and Meta-analysis", *Journal of the American Heart Association.* 2, page. e004473.
14. Keith M. Diaz and Daichi Shimbo (2013), "Physical activity and the prevention of hypertension", *Current hypertension reports.* 15(6), page. 659-668.
15. Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh và các cộng sự. (2020), "Thực trạng hoạt động thể lực của người bệnh đái tháo đường tuýp II điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định", *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 3(5), tr. 183-190.
16. Shannon Mbambo, Boikhutso Tlou và Thembelihle Dlungwane (2019), "Factors associated with physical activity amongst patients with hypertension in two community health centres in uMgungundlovu health district, KwaZulu-Natal, 2018", *South African Family Practice.* 61.