

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

BỘ Y TẾ



TRƯƠNG THỊ THÙY DƯƠNG

**HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH TRUYỀN THÔNG
GIÁO DỤC DINH DƯỠNG NHẪM CẢI THIỆN MỘT SỐ
YẾU TỐ NGUY CƠ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG**

Chuyên ngành: Dinh dưỡng

Mã số: 62.72.03.03

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - NĂM 2016

Công trình được hoàn thành tại: Trường Đại học Y Hà Nội

Người hướng dẫn khoa học: 1. PGS.TS. Lê Thị Hương
2. PGS.TS. Lê Thị Tài

Phản biện 1: GS.TS. Lê Thị Hợp

Phản biện 2: PGS.TS. Phạm Văn Phú

Phản biện 3: PGS.TS. Tạ Mạnh Cường

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Trường
Hợp tại: Trường Đại học Y Hà Nội

Vào hồi: giờ ngày tháng năm 2016

Có thể tìm hiểu luận án tại các thư viện:

- Thư viện Quốc gia;
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội;
- Thư viện thông tin Y học Trung Ương.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh phổ biến trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2000 trên thế giới đã có khoảng 972 triệu người bị tăng huyết áp (chiếm 26,4% dân số), và có tới 7,5 triệu người tử vong do nguyên nhân trực tiếp là tăng huyết áp. Dự báo đến năm 2025 trên thế giới có khoảng 1,56 tỷ người bị tăng huyết áp (Whelton PK, 2004).

Nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam (2008) ở người từ 25 tuổi trở lên tại 8 tỉnh và thành phố của nước ta cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp đã tăng lên đến 25,1%, nghĩa là cứ 4 người lớn ở nước ta thì có 1 người bị tăng huyết áp. Theo điều tra quốc gia mới đây năm 2015 của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế ở người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi tại 63 tỉnh/thành phố cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 18,9%.

Tăng huyết áp nếu được phát hiện sớm thì việc kiểm soát sẽ rất có hiệu quả và hạn chế được các biến chứng nguy hiểm giảm nguy cơ tử vong và giảm gánh nặng bệnh tật cho bản thân, gia đình và toàn xã hội. Truyền thông giáo dục dinh dưỡng giúp người dân nâng cao kiến thức, thực hành từ đó thực hiện chế độ ăn hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực, góp phần quan trọng giảm các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Ở nước ta nghiên cứu về mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng chưa được chú trọng. Hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng cũng như tài liệu truyền thông về tăng huyết áp chưa được quan tâm đúng mức. Vì vậy, để góp phần cải thiện các yếu tố nguy cơ và hạn chế các biến chứng của tăng huyết áp tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

MỤC TIÊU:

1. *Mô tả thực trạng tăng huyết áp, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2013.*

2. *Đánh giá hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành.*

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Đề tài đã cung cấp số liệu về thực trạng THA ở người trưởng thành ≥ 18 tuổi ở hai xã thuộc huyện Bình Lục, Tỉnh Hà Nam bao gồm số liệu xác định tỷ lệ THA và các yếu tố nguy cơ của THA. Với tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành ≥ 18 tuổi là 24,4% và một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

bao gồm tuổi; giới; thừa cân, béo phì; sử dụng nhiều thực phẩm có nguy cơ gây THA; thói quen uống nhiều rượu/bia, hút thuốc lá và ít hoạt động thể lực...Đề tài cũng cung cấp một minh chứng về hiệu quả mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng về chế độ ăn uống hợp lý để phòng chống THA ở cộng đồng đã cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện kiến thức, thực hành của cộng đồng về phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về khái niệm THA, biết các dấu hiệu, hậu quả và nguy cơ của tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng. Tuân suất tiêu thụ các thực phẩm có nguy cơ gây tăng huyết áp ở xã can thiệp cũng giảm nhiều hơn so với trước can thiệp và so xã đối chứng. Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp cũng giảm xuống so với trước can thiệp và so với xã đối chứng.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án có 150 trang không kể phần phụ lục, gồm các phần sau:

- Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: 3 trang
- Chương 1. Tổng quan: 42 trang
- Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 25 trang
- Chương 3. Kết quả nghiên cứu: 45 trang
- Chương 4. Bàn luận: 31 trang
- Kết luận và khuyến nghị: 4 trang

Luận án có 107 tài liệu tham khảo, trong đó có 52 tài liệu tiếng Việt và 55 tiếng Anh. Luận án có 36 bảng, 1 bản đồ, 2 sơ đồ, 6 biểu đồ. Phần phụ lục gồm 22 phụ lục 46 trang.

Chương 1.TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tăng huyết áp và tình hình tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Khái niệm, phân loại và cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp

1.1.1.1. Khái niệm về huyết áp và tăng huyết áp

* Tăng huyết áp

Theo Tổ chức Y tế Thế giới và Hội Tăng huyết áp quốc tế (WHO-ISH) định nghĩa, tăng huyết áp là khi có huyết áp tâm thu lớn ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

1.1.1.2. Phân loại tăng huyết áp

Có nhiều cách phân loại nhưng cho đến nay, cách phân loại của WHO/ISH (2003) được sử dụng rộng rãi do tính thực tiễn và ứng dụng của nó.

Bảng 1.1. Phân loại huyết áp theo WHO/ISH (2003)

Khái niệm	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	70	và	< 80
HA bình thường	< 130	và	< 85
Tiền THA	130 - 139	và/hoặc	85 - 89
THA độ I	140 - 149	và/hoặc	90 - 99
THA độ II	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
THA độ III	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

Tại Việt Nam, theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam năm 2008 và trong hướng dẫn quản lý và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế năm 2010 đã đề nghị sử dụng phân độ HA theo WHO/ISH 2003 (bảng 1.1) cho những chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu liên quan đến THA.

1.1.3. Tình hình tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.1.3.1. Tình hình tăng huyết áp trên thế giới

THA là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trên thế giới và tốc độ gia tăng ngày một nhanh. Số người mắc THA tăng từ 600 triệu người năm 1980 đến 1 tỷ người năm 2008. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), THA là một trong sáu yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng tới phân bố gánh nặng bệnh tật toàn cầu.

1.1.3.2. Tình hình tăng huyết áp ở Việt Nam

Theo kết quả của Niên giám thống kê y tế qua các năm từ 2000 - 2013, số mắc THA trên 100000 dân tăng lên rõ rệt. Đặc biệt, năm 2010 có số mắc THA cao nhất (515,5/100000 dân).

1.1.4. Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

* *Nhóm yếu tố nguy cơ không thể thay đổi:* Tuổi, giới tính, chủng tộc, yếu tố di truyền.

Nhóm yếu tố này mặc dù không loại bỏ được nhưng nếu có hiểu biết đầy đủ về bệnh THA người dân có thể tăng cường thực hành các thói quen, lối sống có lợi để dự phòng THA và các biến chứng của THA.

* *Nhóm yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được (Nhóm này bao gồm những thói quen, lối sống, trạng thái tinh thần, vận động, việc làm... ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc, mức độ và biến chứng của THA):* Ăn mặn, hút thuốc lá, thuốc lào uống nhiều rượu, bia ít hoạt động thể lực (lối sống tĩnh tại), stress (căng thẳng, lo âu quá mức).

1.1.1.2. Các bệnh lý liên quan chặt chẽ tới tăng huyết áp: Tiền tăng huyết áp, thừa cân, béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

1.2. Vai trò của dinh dưỡng và một số biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở cộng đồng

1.2.1. Vai trò của dinh dưỡng với tăng huyết áp

Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh về mối liên quan giữa ăn uống không hợp lý với tăng huyết áp. Dinh dưỡng là một phần không thể thiếu trong điều trị bệnh tăng huyết áp.

Một số nghiên cứu về hiệu quả các probiotic trong một số thực phẩm có vai trò giảm huyết áp như: tăng cường sử dụng đậu tương để giảm cholesterol toàn phần trong huyết tương, giảm LDL-C và giảm huyết áp.

1.2.2. Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

Cải thiện chế độ ăn, thay đổi hành vi, lối sống, không hút thuốc lá, hạn chế uống rượu bia, tăng cường hoạt động thể lực, kiểm tra huyết áp thường xuyên, ngăn chặn và quản lý tốt bệnh đái tháo đường.

1.3. Mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng

1.3.1. Vai trò của truyền thông giáo dục dinh dưỡng trong phòng chống tăng huyết áp

Truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm chuyển tải những kiến thức về dinh dưỡng đến với cộng đồng, nâng cao thái độ, hành vi dinh dưỡng khoa học, tạo ra thói quen về dinh dưỡng an toàn và hợp lý tại cộng đồng, giúp đỡ và định hướng thực hành dinh dưỡng theo quan điểm thực tiễn, hiệu quả, khoa học nhằm đạt được sự an toàn, hợp lý về dinh dưỡng tại cộng đồng góp phần quan trọng trong phòng chống THA tại cộng đồng.

1.3.2. Mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Đề tài của chúng tôi áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông (The Strategic Communication Model) vào truyền thông giáo dục dinh dưỡng.

1.4. Một số nghiên cứu can thiệp áp dụng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng nhằm cải thiện các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.4.1. Một số nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu của tác giả Patience S (2012) nhằm thay đổi nhận thức và quản lý THA tại cộng đồng, tiến hành giáo dục dinh dưỡng cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên, đánh giá HA, nguy cơ bệnh tim... và được theo dõi lại trong vòng 4-6 tháng sau. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4-6 tháng sau, HA tâm thu của họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$; $n = 105$) so với lần đầu khám. Can thiệp đã nâng cao nhận thức và quản lý về THA của người cao tuổi.

1.4.2. Một số nghiên cứu tại Việt Nam

Nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) về nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Thái Nguyên và hiệu quả của nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý đã tiến hành điều tra cắt ngang trên đối tượng người dân độ tuổi 25 - 64 và thực hiện nghiên cứu bán thử nghiệm so sánh trước sau có đối chứng trên đối tượng độ tuổi 45 - 64 ở xã can thiệp (Huống Thượng) và xã đối chứng (Yên Đổ) từ tháng 3 năm 2009 đến tháng 1 năm 2010. Mô hình nghiên cứu sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý phòng chống các bệnh không lây nhiễm được áp dụng tại xã can thiệp trong nghiên cứu này và gồm các hoạt động: Truyền thông giáo dục sức khỏe, huy động sự tham gia và thúc đẩy hành động cộng đồng, quản lý các đối tượng có nguy cơ cao và nâng cao năng lực cho cán bộ y tế về kỹ năng truyền thông về phòng chống bệnh không lây nhiễm trong đó có tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ, kết quả cho thấy: Mô hình đã làm tăng cường hiểu biết của các đối tượng về bệnh không lây nhiễm, từ đó giúp thay đổi một số hành vi nguy cơ.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 7 năm 2015

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Xã An Lão và Đồn Xá, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng

Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã An Lão (xã can thiệp) và Đồn Xá (xã đối chứng) của huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam.

2.3.2. Đối tượng nghiên cứu định tính

- Tuyên huyện: Cán bộ y tế và đại diện cán bộ chính quyền và một số ban ngành của huyện.

- Tuyên xã: Cán bộ y tế xã/thôn và đại diện cán bộ chính quyền và một số ban ngành của xã tham gia, đại diện của người dân.

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo hai giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá kiến thức, thực hành và tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành.

- **Giai đoạn 2:** Nghiên cứu thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá dựa trên kết quả điều tra cắt ngang trước và sau can thiệp.

2.5. Mẫu nghiên cứu

2.5.1. Cỡ mẫu

2.5.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{P(1-P)}{d^2} \times de$$

Theo công thức trên chúng tôi tính được $n = 444$ cho một xã. Thực tế chúng tôi điều tra được ở xã Đồn Xá $n = 458$, xã An Lão $n = 551$.

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:

$$n = Z_{\alpha} \frac{\left(\frac{p_0 + p_1}{q_0 + q_1} \right)}{\left[Ln(1-\epsilon) \right]^2}$$

Cỡ mẫu can thiệp cộng đồng tính được là 540, thực tế chúng tôi điều tra được $n = 551$ ở xã can thiệp và $n = 548$ ở xã đối chứng.

2.5.1.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

- *Tuyến huyện*: 02 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với đại diện cán bộ y tế huyện và 01 cuộc với Ban chỉ đạo huyện. 02 cuộc phỏng vấn sâu: 01 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo ủy ban nhân dân huyện, 01 cuộc phỏng vấn sâu với giám đốc trung tâm y tế huyện.

- *Tuyến xã*: 04 cuộc thảo luận nhóm: 02 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế xã. 04 cuộc phỏng vấn sâu: 02 cuộc phỏng vấn sâu với phó chủ tịch UBND xã, 02 cuộc phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã.

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:

- *Tuyến huyện*: 02 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với đại diện cán bộ y tế huyện và 01 cuộc với Ban chỉ đạo huyện. 02 cuộc phỏng vấn sâu: 01 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo ủy ban nhân dân huyện, 01 cuộc phỏng vấn sâu với giám đốc trung tâm y tế huyện.

- *Tuyến xã*: 04 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với cán bộ y tế xã An Lão, 01 cuộc thảo luận nhóm với đại diện chính quyền và các ban ngành đoàn thể xã An Lão, 02 cuộc thảo luận nhóm với người dân. 02 cuộc phỏng vấn sâu: 01 cuộc phỏng vấn sâu với phó chủ tịch UBND xã An Lão, 01 cuộc phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã An Lão.

2.5.2. Kỹ thuật chọn mẫu

- Chọn xã nghiên cứu: Chọn chủ đích xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục bởi hai xã có một số đặc điểm tương đồng.

- Chọn hộ gia đình: Tại mỗi xã, từ danh sách các thôn của xã, chọn ngẫu nhiên 4 thôn cho nghiên cứu. Dựa vào số hộ gia đình của các thôn để tính số hộ gia đình cần điều tra ở mỗi thôn. Tại mỗi thôn chọn hộ gia đình đầu tiên theo phương pháp ngẫu nhiên đơn, hộ gia đình tiếp theo được chọn theo phương pháp công liền công cho đến khi đủ số hộ cần điều tra của thôn (400 hộ gia đình mỗi xã).

- Chọn đối tượng phỏng vấn: Đối tượng được chọn để thu thập thông tin về nhân khẩu học và tình trạng kinh tế xã hội của gia đình làngười có vai trò chính trong chăm sóc sức khỏe của gia đình. Tất cả các đối tượng khác trong hộ gia đình từ 18 tuổi trở lên có mặt tại hộ gia đình tại thời điểm nghiên cứu được phỏng vấn để thu thập thông tin về tình hình mắc tăng huyết áp, kiến thức, thực hành về bệnh tăng huyết áp, các thói quen ăn uống liên quan đến tăng huyết áp.

2.6. Nội dung, các biên số và chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Nội dung, các biên số và chỉ số cho nghiên cứu mô tả cắt ngang (Mục tiêu 1)

** Mô tả thông tin chung của đối tượng nghiên cứu gồm:*

- Nhóm biên số và chỉ số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ các nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn. Phỏng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập thông tin.

- Nhóm biên số và chỉ số nhân trắc: Cân nặng, chiều cao, BMI, vòng bụng, vòng hông, chỉ số VB/VM.

** Mô tả thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu gồm các biến số và chỉ số:*

- Số đo huyết áp: Trị số huyết áp tâm thu, tâm trương trung bình; tỷ lệ tăng huyết áp chung, loại tăng huyết áp và mức độ tăng huyết áp.

** Mô tả một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (Phỏng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập các thông tin về một số yếu tố nguy cơ) gồm các biến số và chỉ số:* Tỷ lệ hút thuốc lá; tỷ lệ uống rượu/bia; tỷ lệ ăn mặn; tỷ lệ thừa cân, béo phì; tỷ lệ ăn ít rau, củ, quả; tỷ lệ ít hoạt động thể lực.

** Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (phỏng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập các thông tin về kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp) gồm các biến số và chỉ số:*

- Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ biết số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp; tỷ lệ hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp; tỷ lệ hiểu biết về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp. Mức độ kiến thức phòng chống tăng huyết áp (dựa trên cơ sở tính điểm kiến thức phân ra làm 4 mức độ kiến thức kém, trung bình, khá, tốt).

- Thực hành ăn uống phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp. Mức độ phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp (dựa trên cơ sở tính điểm thực hành phân ra làm 4 mức độ thực hành kém, trung bình, khá, tốt); tần suất tiêu thụ một số thực phẩm là nguy cơ của tăng huyết áp. Lượng thực phẩm tiêu thụ trung bình/ ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp.

- Hoạt động thể lực: Tần suất hoạt động thể lực tối thiểu 30 phút/ngày. Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày.

** Xác định nhu cầu truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm giảm một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng:* Phân tích các thông tin thu thập được để xem các yếu tố nguy cơ tại địa bàn nghiên cứu là gì, thực trạng tăng huyết áp, kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ra như thế nào.

2.6.2. Nội dung, các biến số và chỉ số cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng (Mục tiêu 2)

** Hoạt động truyền thông giáo dục truyền thông:* Số buổi tập huấn nâng cao năng lực. Kỹ năng truyền thông về THA cho cán bộ y tế xã, thôn. Số buổi tư vấn trực tiếp tại hộ gia đình. Số lần phát thanh bài viết về phòng chống tăng huyết áp.

** Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng (thông tin được thu thập từ cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm bằng mẫu phiếu phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm):* Số lớp tập huấn nâng cao năng lực thực hiện mô hình truyền thông. Các nội dung phòng chống THA đã được truyền thông. Hoạt động của các tổ chức xã hội tham gia truyền thông phòng chống THA. Thay đổi về năng lực của cán bộ thực hiện mô hình TTGDDD.

** Sự thay đổi một số yếu tố nguy cơ sau can thiệp:*

So sánh sự thay đổi tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Sự thay đổi kiến thức, thực hành về phòng chống THA:*

So sánh sự thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ở mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Sự thay đổi chỉ số nhân trắc và huyết áp:* So sánh sự thay đổi chỉ số nhân trắc, chỉ số huyết áp trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Tính bền vững của mô hình TTGDDD (Thu thập thông tin từ cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm):* Khả năng duy trì các hoạt động của mô hình; Khả năng nhân rộng hoạt động của mô hình TTGDDD.

2.7. Các bước xây dựng mô hình và hoạt động của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại xã An Lão

2.7.1. Các bước xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Thành lập ban chỉ đạo phối hợp thực hiện đề tài nghiên cứu. Tạo nguồn nhân lực: Dựa trên mạng lưới hiện có bao gồm Ban chỉ đạo huyện, xã, cán bộ y tế xã, thôn; đại diện các Ban ngành của xã/thôn. Phân công trách nhiệm cho từng nhóm đối tượng với sự tham gia của chính quyền, các bên liên quan tại địa phương, đồng thời huy động mạng lưới cộng đồng tham gia. Xây dựng quy chế hoạt động.

2.7.2. Các hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp

* Chúng tôi áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông (The Strategic Communication Model) vào truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống THA như sau:

- Xác định lý do truyền thông.

- Đối tượng truyền thông: Cho toàn thể cộng đồng bao gồm cả đối tượng chưa mắc và đã mắc THA.

- Trên cơ sở áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông nêu trên chúng tôi thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống THA bao gồm các phương pháp truyền thông trực tiếp tại hộ gia đình và truyền thông gián tiếp bằng phát cuốn sách nhỏ và phát thanh trên loa truyền thanh của xã.

* Đánh giá sau can thiệp, khuyến nghị mở rộng mô hình ra các xã khác sau khi thực hiện TTGDDD: thời gian thực hiện từ 28/7 đến 10/8/2015.

2.8. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.8.6. Đánh giá kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

- Để đánh giá kiến thức, thực hành về THA của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi tiến hành chấm điểm cho các câu trả lời về kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không trả lời được 0 điểm. Sau đó tính tỷ lệ giữa tổng điểm đạt được của đối tượng về kiến thức/thực hành chia cho tổng điểm mong đợi và phân loại kiến thức/ thực hành theo các mức độ: Mức độ kém: tổng điểm về kiến thức/thực hành dưới 50% điểm mong đợi. Mức độ trung bình: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt từ 50% đến <70% điểm mong đợi. Mức độ khá: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt 70-<90% điểm mong đợi. Mức độ tốt: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt $\geq 90\%$ điểm mong đợi.

- Điểm mong đợi là: là số điểm mà nhóm nghiên cứu mong muốn người dân có thể đạt được để phòng ngừa bệnh tật. Điểm mong đợi về kiến thức và thực hành đối với THA dựa trên những khuyến cáo của Bộ Y Tế về biện pháp phòng chống THA.

2.8.7. Tiêu chuẩn đánh giá một số yếu tố nguy cơ

- Ăn nhiều chất béo: là người đó thường xuyên ăn đồ xào rán (sử dụng hàng ngày hoặc 3 - 6 lần/tuần).

- Ăn nhiều đường: là người đó thường xuyên ăn bánh kẹo ngọt hoặc uống các loại nước ngọt (sử dụng hàng ngày hoặc 3 - 6 lần/tuần).

- Ăn ít rau quả: khi lượng rau xanh, củ, quả ăn ít hơn 400 g/ngày.

- Ăn nhiều/tăng cường rau quả là lượng rau xanh, củ, quả ăn ≥ 400 g/ngày (400 g rau xanh, củ, quả tương đương với 5 đơn vị chuẩn).

- Có uống rượu/bia: Là trong 30 ngày qua, ngày nào cũng uống rượu/bia không kể số lượng.

- Uống nhiều rượu/bia: là uống nhiều rượu bia là nam giới uống quá 3 cốc chuẩn/ngày, nữ giới uống quá 2 cốc chuẩn/ngày

- Hút thuốc lá: Người được coi là có thói quen hút thuốc lá /thuốc lào (cả thụ động và chủ động) là người trong 30 ngày qua, ngày nào cũng hút hoặc hít phải khói thuốc lá/thuốc lào.

- Chế độ ăn mặn: là người ăn mặn hơn các thành viên khác trong gia đình.

- Chế độ ăn giảm muối: là người đó ăn nhạt hơn so với trước đây/trước thời điểm can thiệp.

- Tiêu thụ thực phẩm thường xuyên có nghĩa là thực phẩm đó được tiêu thụ hàng ngày và hàng tuần. Ít tiêu thụ thực phẩm có nghĩa là thực phẩm đó được tiêu thụ hàng tháng hoặc thỉnh thoảng/theo mùa. Tiêu thụ thực phẩm hàng tháng, thỉnh thoảng/theo mùa có nghĩa lần lượt là: có tuần sử dụng, có tuần không sử dụng thực phẩm đó; có tháng sử dụng, có tháng không sử dụng thực phẩm. Tiêu thụ thực phẩm hàng ngày, hàng tuần có nghĩa lần lượt là: thực phẩm đó ngày nào cũng được sử dụng; thực phẩm đó được sử dụng 3-6 lần/1 tuần; thực phẩm đó có tuần sử dụng, có tuần không sử dụng thực phẩm đó.

- Ít hoạt động thể lực: Có nghĩa là người đó không hoạt động thể lực dưới 30 phút/ngày và ≤ 3 ngày/tuần.

- Hoạt động thể lực thường xuyên: Có nghĩa là người đó hoạt động thể lực ít nhất 30 phút/ngày và từ ≥ 4 ngày/tuần.

- Thường xuyên tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp: có nghĩa là hàng ngày hoặc hàng tuần có tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp.

- Phân loại tình trạng kinh tế: Dựa vào kết quả phân loại tình trạng kinh tế của Ủy ban nhân dân xã, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2013.

2.8.9. *Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp*

- Hiệu quả thay đổi năng lực cán bộ tham gia mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng (TTGDDD).

- Khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động của mô hình TTGDDD.

- Đánh giá sự thay đổi tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp, sự thay đổi kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp so với trước can thiệp và so với xã đối chứng.

- Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp dựa trên sự thay đổi chỉ số nhân trắc và tỷ lệ THA của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp so với trước can thiệp và so với xã đối chứng.

- Hiệu quả can thiệp còn gọi là giá trị bảo vệ được tính bằng hiệu giữa chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp (CSHQ_{ct}) trừ đi chỉ số hiệu quả của nhóm chứng (CSHQ_{ch}):

$$HQCT (\%) = CSHQ_{ct} - CSHQ_{ch}$$

2.9. *Xử lý và phân tích số liệu*

2.9.1. *Số liệu định lượng*

Các thông tin thu thập được kiểm tra làm sạch số liệu thô và mã hóa. nhập trên phần mềm Epidata 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê thích hợp.

2.9.2. *Số liệu định tính*

Số liệu định tính được nhóm thành nhóm và phân tích theo phương pháp so sánh đối chiếu các nguồn thông tin khác nhau.

2.11. *Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu*

Đề tài luận án là một phần của đề tài Độc lập cấp nhà nước mã số ĐTĐL.2012-G/32, đề tài này đã được Hội đồng của Bộ Khoa học và công nghệ và Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt cho thực hiện(QĐ số 122/HĐĐĐ - ĐHYHN ngày 28 tháng 2 năm 2013.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. *Thực trạng tăng huyết áp, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam*

3.1.2. *Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam*

** Tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã*

Tỷ lệ tăng huyết áp của người trưởng thành chung 2 xã là 24,4%. Trong đó tỷ lệ tăng huyết áp ở xã đối chứng (28,0%) cao hơn xã can thiệp (21,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong 3 loại tăng huyết áp, tăng huyết áp tâm thu chiếm tỷ lệ cao nhất: chung hai xã 21,9%, xã đối chứng (25,3%) cao hơn xã can thiệp (19,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương: chung hai xã là 9,7%, xã đối chứng (9,8%) không có sự khác biệt với xã can thiệp (9,6%), $p > 0,05$. Tăng huyết áp độ I chiếm tỷ lệ cao nhất: chung hai xã là 16,9%, xã đối chứng 17,9% cao hơn xã can thiệp là 14,3%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng huyết áp độ III: chung hai xã là 2,5%, xã đối chứng là 2,2% không có sự khác biệt với xã can thiệp 2,4%, $p > 0,05$.

3.1.3. Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đôn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Bảng 3.4. Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã

Yếu tố nguy cơ	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Hút thuốc lá*	657	65,1	310	67,7	347	63,0	> 0,05
Uống rượu bia*	234	23,2	119	26,0	115	20,9	> 0,05
Ăn mặn*	230	22,8	108	23,6	122	22,1	> 0,05
Thừa cân, béo phì (BMI \geq 25)*	59	5,8	31	6,8	28	5,1	> 0,05
Ăn ít rau, củ, quả*	609	60,4	272	59,4	337	61,2	> 0,05
Ít hoạt động thể lực*	547	54,2	255	55,7	292	53,0	> 0,05

*Test χ^2

Nhận xét: Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở cả hai xã khá cao, trong đó yếu tố hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 65,1%, xã đối chứng là 67,7%, xã can thiệp là 63,0%), tiếp đến là yếu tố nguy cơ ăn ít rau, củ, quả (chung hai xã là 60,4%, xã đối chứng là 59,4%, xã can thiệp là 61,2%), tiếp đến là yếu tố ít hoạt động thể lực (chung hai xã là 54,2%, xã đối chứng là 55,7%, xã can thiệp là 53,0%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là yếu tố thừa cân, béo phì (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1%). Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

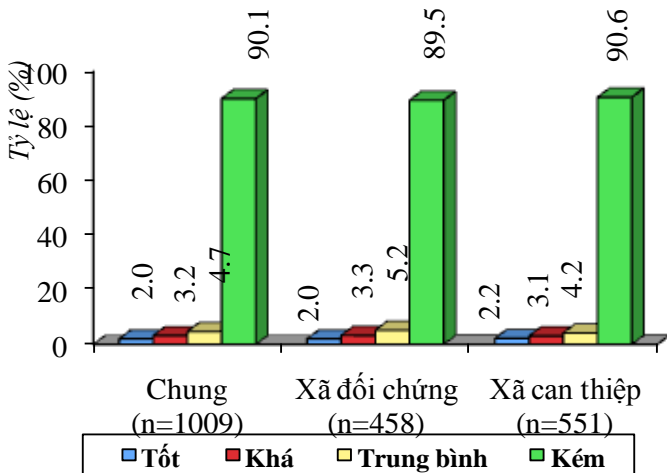
Bảng 3.8. Kiến thức về số đo huyết áp của bản thân về khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp	Chung (n = 1009)		Xã đôi chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Biết số đo huyết áp của bản thân	142	14,1	69	15,1	73	13,2	> 0,05
Hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp	151	15,0	78	17,0	73	13,2	> 0,05
Biết các dấu hiệu có thể có của tăng huyết áp							
Đau đầu	281	27,8	128	27,9	153	27,8	> 0,05
Hoa mắt/chóng mắt	476	47,2	220	48,0	256	46,5	> 0,05
Đau ngực	32	3,2	10	2,2	22	4,0	> 0,05
Con nóng mặt/đỏ mặt	285	28,2	129	28,1	156	28,3	> 0,05
Biết hậu quả của tăng huyết áp							
Đột quỵ não/Tai biến mạch máu não	393	39,0	193	42,1	200	36,3	> 0,05
Suy tim/bệnh tim mạch	111	11,0	50	10,9	61	11,1	> 0,05
Biến chứng mắt	16	1,6	8	1,7	8	1,5	> 0,05
Suy gan, suy thận	7	0,7	1	0,2	6	1,1	> 0,05
Tử vong	170	16,9	69	15,1	101	18,3	> 0,05

* χ^2 test

Nhận xét: Số đối tượng nghiên cứu biết số đo huyết áp của bản thân chiếm tỷ lệ rất thấp (chung hai xã là 14,1%, xã đôi chứng là 15,1% và xã can thiệp là 13,2%). Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp chiếm tỷ lệ thấp (chung hai xã là 15,0%, xã đôi chứng là 17,0%, xã can thiệp 13,2%). Trong các dấu hiệu của tăng huyết áp, số người biết dấu hiệu hoa mắt/chóng mắt chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 47,2%, xã đôi chứng là 48,0%, xã can thiệp là 46,5%), tiếp đến là dấu hiệu con nóng mặt/đỏ mặt (chung hai xã là 28,2%, xã đôi chứng là 28,1%, xã can thiệp là 28,3%) và đau đầu (chung hai xã là 27,8%, xã đôi chứng là 27,9%, xã can thiệp là 27,8%). Trong các hậu quả của tăng huyết áp, số người biết hậu quả đột quỵ não chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 39,0%, xã đôi chứng là 42,1%, xã can thiệp là 36,3%), thấp nhất là hậu quả gây suy gan, suy thận (chung hai xã là 0,7%, xã đôi chứng là 0,2%, xã can thiệp là 1,1%). Tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp của bản thân, hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp, biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp ở hai xã

đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết THA có thể dự phòng được chung hai xã 66,8%, xã đối chứng 76,2% và 59,0% ở xã can thiệp, trong đó, số người biết biện pháp ăn giảm chất béo chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 19,7%, xã đối chứng là 22,9%, xã can thiệp là 18,3%), thấp nhất là biện pháp tránh căng thẳng thần kinh (chung hai xã là 2,7%, xã đối chứng là 4,8%, xã can thiệp là 1,0%). Tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã đối chứng cao hơn so với xã can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.



Z test, $p > 0,05$

Biểu đồ 3.3. Mức độ kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về phòng chống tăng huyết áp ở hai xã

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đạt mức khá (chung hai xã là 3,2%, xã đối chứng là 3,3%, xã can thiệp là 3,1%) và tốt (chung hai xã là 2,0%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 2,2%) chiếm rất thấp. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém chiếm đa số (chung hai xã là 90,1%, xã đối chứng là 89,5%, xã can thiệp là 90,6%).

Bảng 3.13. Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm có nguy cơ với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Tên thực phẩm	Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p	Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
	Ăn thường xuyên (hàng ngày, hàng tuần)					Ít hoặc không ăn				
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%	
Dầu, bơ/mỡ động vật*	378	82,5	502	91,1	<0,001	80	17,5	49	8,9	< 0,001
Thịt và các chế phẩm*	420	91,7	521	94,6	> 0,05	38	8,3	30	5,4	> 0,05
Thức ăn xào, rán*	317	69,2	450	81,7	<0,001	141	30,8	101	18,3	< 0,001
Các món kho mặn*	276	60,3	301	54,6	> 0,05	182	39,7	250	45,4	> 0,05
Các loại phủ tạng động vật*	101	22,1	118	21,4	> 0,05	357	77,9	433	78,6	> 0,05
Đường và đồ ngọt*	113	24,7	206	37,4	<0,001	345	75,3	345	62,6	< 0,001

* χ^2 test

Nhận xét: Số đối tượng nghiên cứu ăn thường xuyên các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao ở cả hai xã đối chứng và xã can thiệp, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thực phẩm thịt và các chế phẩm (91,7% ở xã đối chứng và 94,6% ở xã can thiệp), tiếp đến là nhóm thực phẩm dầu, bơ/mỡ động vật (82,5% ở xã đối chứng và 91,1% ở xã can thiệp), nhóm thức ăn xào, rán (69,2% ở xã đối chứng và 81,7% ở xã can thiệp) và nhóm các loại phủ tạng động vật chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,1% ở xã đối chứng tương đương với xã can thiệp 21,4%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ăn thường xuyên các loại thịt và các chế phẩm, các món kho mặn và các loại phủ tạng động vật ở hai xã tương đương nhau. Tuy nhiên tỷ lệ ăn thường xuyên các loại dầu, bơ/ mỡ động vật, thức ăn xào rán và đường/ đồ ngọt của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp cao hơn xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

3.2.1. Kết quả xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại địa bàn can thiệp cụ thể là: Thành lập được Ban chỉ đạo tuyến huyện, tuyến xã dựa trên nguồn lực sẵn có.

3.2.2. Kết quả triển khai mô hình

3.2.2.3. Kết quả đào tạo cán bộ

Những người tham gia được đào tạo nâng cao kiến thức về phòng chống THA, kỹ năng về truyền thông giáo dục dinh dưỡng, kỹ năng tư vấn sức khỏe nhằm cải thiện các yếu tố nguy cơ THA cho người dân tại cộng đồng.

3.2.2.4. Kết quả thực hiện truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Các ý kiến từ các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm đều cho rằng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng là phù hợp và được người dân chấp nhận.

3.2.2.5. Kết quả khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động truyền thông

Sau can thiệp, các ý kiến của đối tượng nghiên cứu đều cho rằng hoạt động truyền thông cần được duy trì và nhân rộng.

3.2.3. Hiệu quả cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng xã An Lão của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

*** Sự thay đổi về kiến thức số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu**

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp của bản thân ở hai xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuy nhiên sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên ở cả hai xã nhưng xã can thiệp (21,4%) tăng nhiều hơn xã đối chứng (16,4%) và tăng lên so với trước can thiệp (13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 27,0%. Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp và biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau. Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp và biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp tăng lên không đáng kể so với trước can thiệp. Tại xã can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp sau can thiệp (58,3%) cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp (13,2%) và so với xã đối chứng (18,3%). Hiệu quả can thiệp (HQCT) đạt 335,2%. Tỷ lệ đối tượng biết các dấu hiệu của tăng huyết áp ở xã can thiệp cao hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt từ 21,6% - 893,4% tùy theo từng dấu hiệu của tăng huyết áp. Tỷ lệ đối tượng biết hậu quả của tăng huyết áp ở xã can thiệp cao hơn rõ rệt so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. HQCT đạt từ 22,7% - 255,1% tùy theo từng dấu hiệu tăng huyết áp.

Bảng 3.20. Sự thay đổi kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp

Khả năng phòng bệnh và biện pháp dự phòng	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được	349	76,2	382	83,4	325	59,0	504	91,5	<0,001	<0,001	45,7
Biết các biện pháp dự phòng											
Ăn giảm chất béo*	105	22,9	114	24,9	94	18,3	417	75,7	<0,05	<0,001	304,9
Ăn giảm muối*	74	16,2	90	19,7	23	4,5	393	71,3	<0,05	<0,001	146,3
Ăn giảm đường*	37	8,1	41	9,0	15	2,9	232	42,1	<0,05	<0,001	134,6
Tăng cường rau /quả*	68	14,8	74	16,2	45	8,8	434	78,8	<0,05	<0,001	786,0
Không uống rượu bia*	95	20,7	97	21,2	51	9,9	439	79,7	<0,05	<0,001	702,6
Không hút thuốc lá*	46	10,0	49	10,7	22	4,3	395	71,7	<0,05	<0,001	156,4
Giảm cân nặng*	24	5,2	27	5,9	14	2,7	282	51,2	<0,05	<0,001	178,3
Tránh căng thẳng thần kinh*	22	4,8	25	5,5	5	1,0	212	38,5	<0,001	<0,001	373,5
Tăng cường thể dục thể thao*	75	16,4	84	18,3	55	10,7	374	67,9	<0,05	<0,001	523,0

* χ^2 test

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã đối chứng cao hơn so với xã can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Tuy nhiên sau một năm, tỷ lệ này tăng lên không đáng kể so với trước can thiệp. Sau can thiệp,

tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã can thiệp (91,5%) tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp (59,0%). Sau can thiệp, tỷ lệ này ở xã can thiệp cũng tăng cao hơn hẳn so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. HQCT đạt từ 45,7% - 786,0% tùy theo từng biện pháp dự phòng tăng huyết áp.

Bảng 3.26. Sự thay đổi về tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã

Yếu tố nguy cơ	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=458)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Hút thuốc lá*	310	67,7	246	53,7	347	63,0	145	26,3	>0,05	<0,001	37,6
Uống rượu bia*	119	26,0	86	18,8	115	20,9	80	14,5	>0,05	>0,05	2,9
Ăn mặn*	108	23,6	97	21,2	122	22,1	62	11,3	>0,05	<0,001	38,7
Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25)*	31	6,8	29	6,3	28	5,1	18	3,3	>0,05	<0,05	27,9
Ăn ít rau, củ, quả*	272	59,4	243	53,1	337	61,2	167	30,3	> 0,05	<0,001	39,9
Ít hoạt động thể lực	255	55,7	201	43,9	292	53,0	146	22,9	>0,05	<0,001	35,6

* χ^2 test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau can thiệp, tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn ít rau, củ, quả; ít hoạt động thể lực; ăn mặn và thừa cân; béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT với yếu tố rau, củ, quả đạt cao nhất 39,9%, yếu tố uống rượu/bia đạt HQCT thấp nhất (2,9%), $p > 0,05$. Sau can thiệp số đối tượng nghiên cứu ăn các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp ở xã can thiệp giảm nhiều hơn so với xã đối chứng, trong đó giảm nhiều nhất là nhóm thức ăn dầu, bơ, mỡ động vật (77,0% ở xã can thiệp so với 97,8% ở xã đối chứng), tiếp đến là nhóm thức ăn kho mặn (54,1% ở xã can thiệp so với 31,1% ở xã đối chứng).

Bảng 3.29. Lượng tiêu thụ một số thực phẩm trung bình trong một ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Tên thực phẩm		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Trái cây (g/ngày)*	Trước can thiệp	150,4 ± 108,4	149,3 ± 194,1	> 0,05
	Sau can thiệp	192,6 ± 149,2	315,1 ± 149,2	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Rau xanh (g/ngày)*	Trước can thiệp	334,3 ± 215,8	322,3 ± 208,3	> 0,05
	Sau can thiệp	343,9 ± 177,0	381,01 ± 194,2	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Củ quả làm rau (g/ngày)*	Trước can thiệp	138,3 ± 186,1	97,3 ± 140,0	> 0,05
	Sau can thiệp	119,6 ± 245,9	145,3 ± 106,9	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

*Mann - Whitney U test

Nhận xét: Trước can thiệp, không có sự khác biệt về lượng tiêu thụ trái cây, rau xanh, củ quả làm rau giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$). Sau can thiệp, lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp ở xã can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, trong đó lượng thực phẩm tăng nhiều nhất là rau xanh ($381,01 \pm 194,2$ trước can thiệp so với $322,3 \pm 208,3$ sau can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.35. Sự thay đổi về tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Tình hình mắc tăng huyết áp		Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
		Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Có THA*		128	27,9	130	28,4	118	21,4	106	19,2	<0,05	< 0,05	12,1
Loại THA*	THA tâm thu	116	25,3	107	23,4	105	19,1	96	17,4	<0,05	< 0,05	1,4
	THA tâm trương	57	12,4	55	12,0	66	12,0	66	12,0	>0,05	> 0,05	- 3,2
	THA tâm thu và tâm trương	45	9,8	43	9,4	53	9,6	47	8,5	>0,05	> 0,05	7,4
Độ THA*	THA độ I	92	20,1	92	20,1	79	14,3	78	14,2	<0,05	< 0,05	0,7
	THA độ II	24	5,2	28	6,1	26	4,7	17	3,1	>0,05	< 0,05	16,7
	THA độ III	12	2,6	10	2,2	13	2,4	11	2,0	>0,05	> 0,05	1,3

* χ^2 test

Nhận xét: Trước can thiệp tỷ lệ tăng huyết áp tâm trương và tâm thu, tăng huyết áp độ II, III tương đương nhau giữa hai xã đối chứng và xã can thiệp. Tỷ lệ tăng huyết áp chung ở xã đối chứng (27,9%) cao hơn xã can thiệp (21,4%), tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu ở xã đối chứng (25,3%) cao hơn xã can thiệp (19,1%) và tỷ lệ tăng huyết áp độ I ở xã đối chứng (20,1%) cao hơn xã can thiệp (14,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau can thiệp, tỷ lệ tăng huyết áp chung ở xã đối chứng tăng lên 0,5% so với trước can thiệp (27,9% trước can thiệp so với 28,4% sau can thiệp). Trong khi sau can thiệp, tỷ lệ THA ở xã can thiệp lại giảm 2,2% (từ 21,4% trước can thiệp giảm xuống 19,2% sau can thiệp). Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai xã sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; HQCT đạt 12,1%. Tỷ lệ THA tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và tâm trương đều giảm so với trước can thiệp ở cả hai nhóm đối chứng và can thiệp nhưng không nhiều. Sau can thiệp, ở xã can thiệp: Tỷ lệ THA độ I, độ III giảm so với trước can thiệp nhưng không đáng kể. Tỷ lệ THA độ II giảm nhiều nhất (giảm 1,6% so với trước can thiệp) và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (giảm 0,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, hiệu quả can thiệp đạt 16,7%.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tăng huyết áp, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống

4.1.2. Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Tỷ lệ tăng huyết áp của người trưởng thành chung 2 xã theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 là 24,4%, kết quả này cao hơn các kết quả nghiên cứu của các tác giả Lại Đức Trường (2011) và Trần Thị Mai Hoa (2014). Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả điều tra của Viện Tim mạch Trung Ương (2008) và kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Hà (2015).

4.1.3. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục

Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở cả hai xã khá cao, trong đó nguy cơ ăn ít rau quả (< 400 g/ngày) chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 89,5%, xã đối chứng 89,7% và xã can thiệp 89,3%) (bảng 3.3). Kết quả điều tra STEPS (2010) cũng cho thấy, có tới 80,4% số người trưởng thành ăn ít rau và trái cây, trong đó tỷ lệ ăn ít rau và trái cây ở nữ giới và nam giới tương đương nhau. Theo kết quả tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng (2010), cho thấy mức tiêu thụ rau và trái cây trung bình khoảng 250g/người/ngày. Kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ ăn đủ lượng rau củ hàng ngày theo khuyến cáo chỉ đạt 29,0% ở nam và 22,4% ở nữ. Tỷ lệ ăn mặn chung hai xã là 22,8%, xã đối chứng là 23,6%, xã can thiệp là 22,1% (bảng 3.4). Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ tim mạch. WHO khuyến cáo không nên ăn quá 5 gam muối/ngày để phòng chống các bệnh tim mạch. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của đối tượng nghiên cứu trong kết quả của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các yếu tố nguy cơ của THA (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1% (bảng 3.4). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011), tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người trưởng thành 25 -64 tuổi là 16,5%.

4.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

**** Sự thay đổi kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu:***

Sau một năm can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp tăng lên ở cả hai xã nhưng xã can thiệp (21,4%) tăng nhiều hơn xã đối chứng (16,4%) và tăng lên so với trước can thiệp (13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 27,0% (bảng 3.16). Như vậy sau một năm can thiệp, đối tượng nghiên cứu đã có ý thức quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe của bản thân. Cần đến cơ sở y tế để kiểm tra sức khỏe và chỉ số huyết áp đồng thời kết hợp với việc theo dõi huyết áp tại nhà bằng cách đo huyết áp.

Tại xã can thiệp, tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt (17,6% và 15,4%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,1% và 2,2%) và so với xã đối chứng (4,1% và 3,3%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt là 443,5% và 535,0%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 90,6% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống 85,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 3.22). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008).

Sau can thiệp, tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn mặn và thừa cân; béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt lần lượt là 27,9%, 37,6% và 41,6%. Riêng tỷ lệ uống rượu/bia ở xã can thiệp có giảm hơn so với trước can thiệp và giảm hơn xã đối chứng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, hiệu quả can thiệp chỉ đạt 2,9% (bảng 3.26). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại hai xã của huyện Đông Hồ, Thái Nguyên.

Tỷ lệ THA độ II giảm nhiều nhất: sau can thiệp xã can thiệp giảm 1,6% so với trước can thiệp và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (giảm 0,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, hiệu quả can thiệp đạt 16,7%. Tỷ lệ THA độ I, III ở xã can thiệp giảm so với trước can thiệp nhưng không đáng kể (bảng 3.35). Kết quả này cho thấy đã có sự dịch chuyển mức độ tăng huyết áp từ mức độ nặng về mức độ trung bình. Tỷ lệ tăng huyết áp độ I có giảm nhưng không nhiều, có thể giải thích rằng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã giúp kiểm soát tỷ lệ THA mức độ nặng và duy trì ở mức độ nhẹ, phòng chống được biến chứng của THA. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008), Lại Đức Trường (2011) và Nguyễn Kim Kế (2013) về sự dịch chuyển THA từ mức độ nặng sang mức độ nhẹ hơn.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đôn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

1.1. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ

- Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã tương đối cao chung hai xã chiếm 24,4%, xã đối chứng chiếm 27,9% cao hơn xã can thiệp 21,4%.

- Tỷ lệ một số các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu khá cao, trong đó yếu tố hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 65,1%, xã đối chứng là 67,7%, xã can thiệp là 63,0%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là yếu tố thừa cân, béo phì (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ các yếu tố nguy cơ giữa hai xã.

1.2. Kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp

- Đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung phòng chống tăng huyết áp đạt mức khá và tốt (chung hai xã là 3,2%, xã đối chứng là 3,3% tương đương với xã can thiệp là 3,1%)

- Tàn suất tiêu thụ thực phẩm có nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao ở cả xã đối chứng và can thiệp trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thực phẩm thịt và các chế phẩm (91,7% ở xã đối chứng thấp hơn 94,6% ở xã can thiệp), nhóm các loại phụ tạng động vật chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,1% ở xã đối chứng tương đương với xã can thiệp 21,4%).

2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá và tốt (17,6% và 15,4%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,1% và 2,2%) và so với xã đối chứng (4,1% và 3,3%).

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 90,6% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống 85,6%), $p < 0,001$.

- Tuân suất tiêu thụ các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp ở xã can thiệp giảm nhiều hơn so với trước can thiệp và xã đối chứng, trong đó

giảm nhiều nhất là nhóm thức ăn dầu, bơ, mỡ động vật (từ 91,1% trước can thiệp xuống còn 77,0 % ở xã can thiệp).

- Lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp ở xã can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, trong đó lượng thực phẩm tăng nhiều nhất là rau xanh ($381,01 \pm 194,2$ trước can thiệp so với $322,3 \pm 208,3$ sau can thiệp), $p < 0,05$.

- Thời gian hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) bằng hình thức làm việc nhà, chạy, đi bộ, đạp xe ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và tăng hơn rõ rệt so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt lần lượt là 40,0%, 44,3%, 45,8%, 157,1%.

- Tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn mặn và thừa cân, béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt lần lượt là 27,9%, 37,6% và 41,6%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng (TTGDDD) trên các phương tiện thông tin đại chúng về các yếu tố nguy cơ, hậu quả của tăng huyết áp đến sức khỏe và biện pháp phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng.

2. Chính quyền UBND xã An Lão cần tiếp tục chỉ đạo, tăng cường sự phối hợp các ban ngành, đoàn thể để duy trì và phát triển các kết quả can thiệp đã đạt được tại xã.

3. Cán bộ y tế xã An Lão cần tiếp tục lồng ghép thực hiện các hoạt động TTGDDD nhằm tăng cường kiểm soát bệnh tăng huyết áp.

4. Trung tâm y tế huyện Bình Lục cần có kế hoạch tiếp tục hỗ trợ trạm y tế xã trong việc duy trì hoạt động TTGDDD tại xã An Lão và mở rộng hoạt động TTGDDD sang các xã khác trong huyện Bình Lục.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2014), “Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 88(3), tr. 143 - 150.
2. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2015), “Thực trạng kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân tại hai xã thuộc huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV*, số 6 (166), tr.174 - 181.
3. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2016), “Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành, số 6(1013)*, tr.115 - 117.