

all patients with COPD use the correct inhalation flow with all inhalers and does training help?, *The potential of a 2Tone Trainer to help patients use their metered-dose inhalers*. Vol. 131, pp. 1776-1782.

8. Borgstrom L et al. (1994). Lung deposition of budesonide inhaled via Turbuhaler: a comparison with terbutaline sulphate in normal subjects, *Respir. J.* 7, pp. 1.

9. C. S. and et al, (2011). Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.

10. M. Molimard and et al, (2014). Assessment of Handling of Inhaler Devices

in Real Life: An Observational Study in 3811 Patients in Primary Care, *journal of aerosol*, 16 (3).

11. Organization Who, (2018). The top 10 causes of death, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, accept 24/9/2019.12] Lewis S. et al. (2014), *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*, United State of America: Elsevier Mosby, pp. 610-630.

12. Lewis S. et al. (2014). *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*, United m of America: Elsevier Mosby, pp. 610-630.

## ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI TUÂN THỦ MỘT SỐ BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP KHÔNG DÙNG THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Bùi Chí Anh Minh<sup>1</sup>, Ngô Huy Hoàng<sup>1</sup>, Trần Thị Hồng Hạnh<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Minh Phượng<sup>1</sup>, Mai Thị Yến<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng, thay đổi hành vi thực hành một số biện pháp kiểm soát huyết áp không dùng thuốc sau can thiệp giáo dục sức khỏe ở người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh tăng huyết áp trên 40 tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước và sau 8 tuần thực hiện với 118 người bệnh bằng bộ câu hỏi có

sẵn về một số biện pháp kiểm soát huyết áp không dùng thuốc như hạn chế rượu bia, sử dụng thuốc lá/ thuốc lào, chế độ thể dục thể thao, chế độ theo dõi huyết áp. **Kết quả:** Thực trạng tuân thủ không hút thuốc lá/ thuốc lào 93,2%, tuân thủ hạn chế rượu bia 89,8%, tuân thủ tập thể dục thể thao 39,8%, tuân thủ theo dõi huyết áp 8,5%. Sau can thiệp các tuân thủ đều có sự cải thiện cụ thể tuân thủ không hút thuốc 94,9%, tuân thủ hạn chế rượu bia 96,6%, tuân thủ tập thể dục thể thao 54,2%, tuân thủ theo dõi huyết áp 39,8%. **Kết luận:** Thực trạng về tuân thủ một số biện pháp kiểm soát huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú còn thấp và có cải thiện về hành vi thực hành sau can thiệp.

**Từ khóa:** Người bệnh, tăng huyết áp, tuân thủ điều trị

Người chịu trách nhiệm: Bùi Chí Anh Minh  
Email: minhbmnoihdd@gmail.com  
Ngày phản biện: 09/6/2020  
Ngày duyệt bài: 15/6/2020  
Ngày xuất bản: 29/6/2020

**EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION INTERVENTION ON ADHERENCE TO NON - PHARMACOLOGICAL TREATMENT AMONG PATIENTS WITH HYPERTENSIVE AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL**

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe the situation, change practice the behavior of some measures to control non-pharmacological blood pressure after health education intervention in hypertensive patients on outpatient treatment at Nam Dinh General Hospital in 2016. **Method:** The subjects of the study were patients with hypertension over 40 years old who were outpatient treatment at Nam Dinh General Hospital. The 8-week pre-and post intervention study was conducted with 118 patients using available questionnaires about a number of non-pharmacological measures of blood pressure control such as alcohol restriction, tobacco/pipe tobacco use, Sports mode, blood pressure monitoring

**mode. Results:** The status of non-smoking/ pipe tobacco compliance 93,2%, alcohol and alcohol restriction 89,8%, exercise and exercise 39,8%, blood pressure monitoring 8,5%. After the intervention, the compliance with non-smoking compliance improved 94,9%, alcohol restriction 96,6%, exercise and exercise 54,2%, follow-up blood pressure 39,8%. **Conclusion:** The status of adherence to some one solution control blood pressure in patients with outpatient hypertension is low and there is an improvement in practical behavior after the intervention.

**Keywords:** Patient, hypertension, adherence

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp (THA) là 1 trong 8 nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu. Theo ước tính của WHO hàng năm có 9,4 triệu người tử vong do THA [12] và đáng chú ý là gần 80% các ca tử vong do bệnh tim mạch tập trung ở các nước có thu nhập thấp [11] trong đó có Việt Nam. Điều đó phản ánh thực tế tỷ lệ tăng huyết áp ngày càng tăng lên, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp và trung bình, ước tính có 31,1% người trưởng thành (1,39 tỷ) trên toàn thế giới bị tăng huyết áp trong năm 2010 [8] và dự kiến năm 2025 khoảng 1,56 tỷ người THA và phần lớn gặp ở người có độ tuổi từ 50 trở lên [11]. Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Trần Thiện Thuận và cộng sự năm 2005 tỉ lệ THA độ tuổi từ 25 đến 65 ở thành phố Hồ Chí Minh là 26,52% [6], nhưng tỷ lệ người biết mình

bị mắc THA còn thấp đồng thời kéo theo tỷ lệ được điều trị và kiểm soát HA cũng thấp [9]. Do đó kiểm soát huyết áp (HA) là điều rất cần thiết, theo một nghiên cứu tại Anh năm 2016 cho thấy hiệu quả về kiểm soát huyết áp không dùng thuốc có nhóm chứng cụ thể huyết áp tâm thu ở người có thay đổi lối sống giảm 2,7mmHg, tâm trương 2,6mmHg [7], vậy để kiểm soát tốt HA ngoài việc dùng thuốc cần kết hợp với thay đổi lối sống như chế độ ăn hạn chế muối natri, hạn chế thực phẩm có nhiều cholesterol, hạn chế uống rượu/bia, không hút thuốc lá /thuốc lá, tập thể dục mức độ vừa phải khoảng 30 - 60 phút mỗi ngày và cần đo huyết áp hàng ngày[2]. Tuy nhiên thực trạng cho các nghiên cứu phần lớn tập trung vào tuân thủ dùng thuốc, chỉ có ít nghiên cứu tuân thủ liên quan đến thay đổi lối sống như

nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2011) trên 250 người bệnh THA tuổi từ 25-60 ở 4 phường cho thấy tỷ tuân thủ thực hiện chế độ ăn, tập thể dục uống thuốc, đo huyết áp. Trong đó: Tuân thủ uống thuốc đầy đủ là 45,6%, tuân thủ chế độ ăn đạt 36% [3]. Việc kiểm soát tốt THA ngoài việc dùng thuốc thì người bệnh cần kết hợp các biện pháp thay đổi lối sống phù hợp mới giúp phòng ngừa các biến cố tim mạch hiệu quả mặc dù vậy nhưng hiện nay lại rất có ít các nghiên cứu can thiệp nhằm nâng cao được hành vi thực hành tập chung vào các biện pháp kiểm soát HA thay đổi lối sống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

*Mô tả thực trạng, thay đổi hành vi thực hành một số biện pháp kiểm soát huyết áp không dùng thuốc trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe ở người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016.*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- *Đối tượng nghiên cứu:* Tiến hành với 118 người bệnh tuổi từ 40 được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tăng huyết áp  $\geq$  1 tháng loại trừ các trường hợp THA phối hợp các bệnh hoặc có biến chứng nặng, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian: Nghiên cứu thực hiện trong thời gian từ tháng 06 đến tháng 10 năm 2016.

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- *Thiết kế nghiên cứu:* Can thiệp một nhóm có so sánh trước sau.

- *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thống kê tỷ lệ % và giá trị trung bình để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp.

### **2.4. Phương pháp thu thập số liệu**

Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập số liệu trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe sử dụng bộ công cụ đánh giá chia làm 3 giai đoạn với thời gian dự kiến cho tư vấn giáo dục sức khỏe là 30 phút, lần phỏng vấn giai đoạn 2 khoảng 10 phút cho mỗi bệnh nhân.

- Giai đoạn 1 (T1): Lựa chọn NB đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu tiến hành phỏng vấn thu thập số liệu trước can thiệp (giáo dục sức khỏe)

- Giai đoạn 2: Tiến hành can thiệp tư vấn giáo dục sức khỏe nhóm 5 – 7 người bệnh tại phòng 209B Khoa Khám bệnh bằng nội dung được xây dựng sẵn theo chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống bệnh THA, có kèm theo hình ảnh, tờ rơi về kiểm soát huyết áp.

- Giai đoạn 3 (T2): Tiến hành đánh giá lần 2 phỏng vấn lại sau can thiệp (giáo dục sức khỏe) 8 tuần bằng bộ câu hỏi trước can thiệp.

Nghiên cứu của chúng tôi đã được nghiên cứu thử trên 20 người bệnh trước khi lấy số liệu thực tế và đã chỉnh sửa bộ công cụ đo lường cho phù hợp.

### **2.5. Công cụ nghiên cứu**

Bảng câu hỏi 4 phần được thiết kế để đánh giá hành vi về tuân thủ một số biện pháp như hút thuốc, hạn chế rượu/bia, tập luyện thể dục thể thao, theo dõi huyết áp, bộ câu hỏi xây dựng dựa trên khuyến cáo Bộ Y tế được chuyên gia góp ý chỉnh sửa và đã thử nghiệm trước khi áp dụng tiến hành nghiên cứu.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Kết quả tuân thủ không hút thuốc lá/ thuốc lào.

**Bảng 3.1: Tuân thủ không hút thuốc lá/ thuốc lào trước và sau can thiệp (n=118).**

Nội dung tuân thủ không hút thuốc	Trước CT		Sau CT 8 tuần	
	SL	TL %	SL	TL %
<b>Ông/Bà có từng hút các loại thuốc lá/ thuốc lào bao giờ chưa?</b>				
Chưa bao giờ hút	73	61,8	73	61,8
Đã từng hút nhưng hiện đã dừng	37	31,4	39	33,1
Hiện tại vẫn hút	8	6,8	6	5,1
<b>Kết quả tuân thủ không hút thuốc</b>				
Tuân thủ	110	93,2	112	94,9
Không tuân thủ	8	6,8	6	5,1
p (t-test)	p > 0,05			

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ về không hút thuốc đạt cao ở ngay cả khi chưa can thiệp với tỷ lệ 93,2%, sau can thiệp mặc dù đã có thêm người bệnh dừng thuốc đạt tỷ lệ 94,9%.

#### 3.2. Kết quả tuân thủ hạn chế rượu/bia.

**Bảng 3.2. Tuân thủ hạn chế rượu/bia trước và sau can thiệp (n=118).**

Nội dung tuân thủ hạn chế rượu/bia	Trước CT		Sau CT 8 tuần	
	SL	TL %	SL	TL %
<b>Ông/Bà có từng uống rượu hay không?</b>				
Không	102	86,4	99	83,9
Có	16	14,6	19	17,1
<b>Hiện nay Ông/Bà uống loại nào? Bao nhiêu?</b>				
Bia	5	4,2	5	4,2
Rượu mạnh	13	11,9	9	7,6
Rượu vang	2	1,7	2	1,7
Uống cả bia và rượu mạnh	1	0,8	0	0
Lượng bia trung bình	312 ml		284,4 ml	
Lượng rượu mạnh trung bình	181,5 ml		108,6 ml	
Lượng rượu vang trung bình	105 ml		60 ml	
<b>Kết quả tuân thủ hạn chế rượu/bia</b>				
Tuân thủ	106	89,8	114	96,6
Không tuân thủ	12	10,2	4	3,4
p (t-test)	p < 0,05			

Tỷ lệ người bệnh không uống rượu cũng tương đối cao ở trước can thiệp đạt 86,4%, có uống đạt 14,6%, tuy nhiên dựa vào lượng rượu trung bình mỗi người bệnh được uống nên có thay đổi tỷ lệ trong tuân thủ đạt là 89,8% trước can thiệp và đạt 96,6% sau can thiệp. Bảng này cũng cho thấy người bệnh rất nghiêm túc thực hiện tuân thủ về hạn chế rượu bia chỉ có 3,4% không tuân thủ sau can thiệp.

**3.3. Kết quả tuân thủ thể dục, thể thao.**

**Bảng 3.3. Kết quả tuân thủ tập thể dục, thể thao trước và sau can thiệp (n=118).**

Nội dung tuân thủ tập thể dục/thể thao	Trước CT		Sau CT 8 tuần	
	SL	TL %	SL	TL %
<b>Tập thể dục/thể thao 30-60 phút</b>				
Có	103	87,3	107	90,7
Không	15	12,7	11	9,3
<b>Loại hình thể dục/thể thao</b>				
Mức độ nhẹ	47	39,8	25	21,2
Mức độ vừa phải	54	45,8	82	69,5
Mức độ nặng	2	1,7	0	0
<b>Kết quả tuân thủ tập thể dục/thể thao</b>				
Tuân thủ	47	39,8	64	54,2
Không tuân thủ	71	60,2	54	45,8
p (t-test)	p < 0,01			

Bảng tuân thủ thể dục, thể thao cho thấy hầu hết người bệnh có tập theo đúng thời gian khuyến cáo nhưng lại có một số ít người bệnh tập theo mức độ khuyến cáo của Bộ Y tế vì vậy làm cho tỷ lệ tuân thủ thể dục thể thao không cao chỉ đạt 39,8% trước can thiệp, mặc dù sau can thiệp có cải thiện nhưng cũng chưa được cao 54,2%.

**3.4. Kết quả tuân thủ chế độ đo huyết áp.**

**Bảng 3.4. Kết quả tuân thủ đo huyết áp trước và sau can thiệp (n=118).**

Nội dung tuân thủ đo huyết áp	Trước CT		Sau CT 8 tuần	
	SL	TL %	SL	TL %
<b>Có đo huyết áp hay không</b>				
Có	106	89,8	110	93,2
Không	12	10,2	8	6,8
<b>Mức độ thường xuyên đo HA</b>				
Thường xuyên (≥4 lần/tuần)	47	39,8	58	49,2
Thỉnh thoảng (2-3 lần/tuần)	43	36,4	37	31,4
Hiếm khi (1 lần/tuần)	16	13,6	15	12,7
<b>Mức độ thường xuyên ghi số đo HA</b>				
Thường xuyên (≥4 lần/tuần)	12	10,2	47	41,5
Thỉnh thoảng (2-3 lần/tuần)	8	6,8	10	8,5
Hiếm khi (1 lần/tuần)	4	3,4	12	10,2
Không bao giờ	94	79,7	49	39,8
<b>Kết quả chung tuân thủ đo huyết áp</b>				
Tuân thủ	10	8,5	47	39,8
Không tuân thủ	108	91,5	71	60,2
p (t-test)	p < 0,001			

Bảng về chế độ theo dõi huyết áp cho ta thấy tỷ lệ đo huyết áp đạt 89,8%, tuy nhiên để theo dõi thường xuyên thì lại không cao chỉ đạt 39,8% trước can thiệp, khiến tỷ lệ tuân thủ theo dõi huyết áp ở người bệnh đạt tỷ lệ rất thấp chỉ 8,5% trước can thiệp và tăng lên sau can thiệp với tỷ lệ 39,8%.

#### 4. BÀN LUẬN

Cách đánh giá tuân thủ không hút thuốc lá thuốc lào là trong tuần vừa qua đối tượng không hút bất kỳ điều thuốc lá/thuốc lào nào dù chỉ một điếu với bất kỳ loại thuốc nào cũng là không tuân thủ. Theo đó tỷ lệ tuân thủ không hút thuốc trước can thiệp tương đối cao (93,2%) tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Long năm 2012 91,8%, sau can thiệp nghiên cứu của chúng tôi là 94,9% của Trần Văn Long là 94,5%, nhưng tỷ lệ trước can thiệp của chúng tôi cao hẳn so với nghiên cứu của Uzun S. (83%) [10] của Nguyễn Minh Phương (72%) [3]. Trên thực tế nghiên cứu của Uzun S. đã lồng ghép cả không uống rượu/bia và không hút thuốc để đánh giá chung về hành vi còn nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương được tiến hành trên cộng đồng nên các đặc trưng của nhóm nghiên cứu khác với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt trước và sau can thiệp về tuân thủ hút thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Người bệnh được coi là tuân thủ hạn chế uống rượu/bia khi uống <90 ml rượu mạnh, <990 ml bia, <360 ml rượu vang đối với nam, <60 ml rượu mạnh, <660 ml bia, <240 ml rượu vang đối với nữ. Theo cách đánh giá này thì tỷ lệ tuân thủ hạn chế uống rượu/bia trước và sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao đạt lần lượt 89,8% và 96,6% cao hẳn so với các nghiên cứu khác. Điều này một phần là do NB nữ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao (51,7%) họ là những người bình thường vốn đã không uống hoặc rất ít một phần khác có thể là do các nghiên cứu khác chỉ đưa vào những đối tượng

không uống rượu/bia để tính tỷ lệ tuân thủ như nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương đưa ra tỷ lệ 66,4% [3] nhưng là nhóm đối tượng không uống rượu/bia nghiên cứu của Uzun S. đưa ra tỷ lệ chung cho cả hành vi không uống rượu/bia và không hút thuốc lá là 83% [10]. Như vậy các nghiên cứu trước đây đưa ra tỷ lệ tuân thủ thấp hơn thực tế vì những người THA chỉ cần hạn chế uống rượu/bia dưới ngưỡng quy định mà không cần phải bỏ hẳn rượu/bia. Chính vì thế tỷ lệ sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi cải thiện ít nhưng tỷ lệ đạt về tuân thủ cao 96,6% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tuân thủ tập thể dục/thể thao là tập thể dục đều đặn ở mức độ vừa phải (như đi bộ nhanh) khoảng 30-60 phút mỗi ngày còn lại là không tuân thủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi trước can thiệp chỉ có 39,8% đối tượng nghiên cứu là tuân thủ tập thể dục/thể thao. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu trước do tiêu chuẩn đánh giá của chúng tôi bao gồm cả mức độ thường xuyên và thời gian cũng như cường độ tập còn những nghiên cứu này mới chỉ quan tâm đến có tập thể dục thường xuyên hay không mà chưa quan tâm đến thời gian tập cũng như mức độ tập. Tỷ lệ có tập thể dục thường xuyên theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương năm 2011 là 62,8% [3] của Uzun S. năm 2008 là 31% [10], của Trần Văn Long năm 2012 đánh giá đối tượng nghiên cứu có hoạt động thể lực hay không là 60,4%, có thể dục thể thao hay không là 50,3% [5]. Sau can thiệp tỷ lệ tuân thủ thể dục thể thao trong nghiên cứu của chúng tôi tăng lên là 54,2% khác biệt với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Long năm 2012 sau can thiệp của nhóm can thiệp là 58,7% đối tượng có tập thể dục thể thao [5].

Cách đánh giá là tuân thủ đo huyết áp khi hàng ngày đo và ghi lại số đo huyết áp. Trong thực hành điều trị thì kiểm tra huyết

áp cũng rất quan trọng nhằm đảm bảo huyết áp của người bệnh được kiểm soát. Người bệnh THA cần theo dõi chỉ số huyết áp hàng ngày hoặc có khi là nhiều lần trong ngày khi cần thiết. Trên thực tế việc đo và ghi lại số đo huyết áp thường xuyên còn rất thấp, cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 8,5% đối tượng là đo và ghi lại số đo huyết áp thường xuyên ở thời điểm trước can thiệp điều này khi được hỏi về lý do tại sao thì phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu đều trả lời là không cần thiết vì máy đo huyết áp điện tử có thể lưu được chỉ số trong 15 ngày, ngoài ra cũng còn lý do là có ghi thì đưa cho bác sỹ cũng thường ít khi có thời gian xem vì vậy tỷ lệ tuân thủ đo huyết áp của chúng tôi rất thấp. Thấp hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu khác điều này chủ yếu do các nghiên cứu chỉ mới quan tâm đến có đo huyết áp hay không như nghiên cứu của Trần Thị Quỳnh Anh và Phan Kim Huỳnh năm 2016 đưa ra tỷ lệ có đo huyết áp thường xuyên hay không 89,4% [4], có đo huyết áp định kỳ hay không của Nguyễn Minh Phương năm 2011 là 34% [3], của Uzun S. là 63% [10], của Trần Văn Long năm 2012 trong nhóm can thiệp có kiểm tra huyết áp hay không cho tỷ lệ là 70,4% [5]. Tỷ lệ tuân thủ sau can thiệp 8 tuần của chúng tôi có cải thiện đáng kể với 39,8% đối tượng đã đo và ghi lại thường xuyên, vẫn thấp hơn nhiều kết quả nghiên cứu của Trần Văn Long năm 2012 với tỷ lệ sau can thiệp trong nhóm can thiệp có kiểm tra huyết áp là 70,6%. Nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp 8 tuần với  $p < 0,001$  khác với nghiên cứu của Trần Văn Long trước và sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điều này có thể lý giải là do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện nên có kiến thức tốt hơn nhưng chưa thực hành tốt về hành vi vì vậy khi được tư vấn đối tượng nghiên cứu đã có sự cải thiện về hành vi thực hành đo huyết áp của mình tốt hơn. Mặc dù vậy nhưng trong

nghiên cứu của chúng tôi thì phần lớn các đối tượng vẫn không thực hành tốt đo huyết áp và ghi lại số đo huyết áp thường xuyên chỉ đạt sau tư vấn là 39,8% vì vậy cần phải tư vấn, nhắc nhở cho đối tượng biết tầm quan trọng việc đo và ghi lại số đo cũng như hướng dẫn cho họ cách tự đo huyết áp cho mình thường xuyên hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ chế độ hạn chế rượu/bia trước can thiệp là 89,8% sau là 96,6%, chế độ thể dục thể thao trước can thiệp là 39,8% sau là 54,2%, chế độ đo huyết áp định kì trước can thiệp là 8,5% sau là 39,8%.

Chỉ có duy nhất việc tuân thủ hút thuốc trước và sau có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Với tỷ lệ trước can thiệp là 93,2% sau là 94,9%.

Thực hành hành vi tuân thủ một số biện pháp kiểm soát huyết áp không dùng thuốc ở người bệnh tham gia nghiên cứu còn hạn chế và đã có những thay đổi tích cực sau khi tham gia chương trình giáo dục sức khỏe của nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy can thiệp giáo dục giúp tăng cường hiểu biết cho người bệnh và từ đó giúp thay đổi về thực hành hành vi tuân thủ điều trị cho người bệnh tăng huyết nhằm cải thiện tốt hơn về kiểm soát huyết áp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012). Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của một số bệnh không lây nhiễm tại 8 tỉnh/thành phố của Việt Nam. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Hà Nội.
2. Cục quản lý và khám chữa bệnh (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế năm 2010.
3. Nguyễn Minh Phương (2011). Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng và các yếu tố liên quan của người bệnh 25-60 tuổi ở 4 phường thành

phổ Hà Nội, luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học y tế công cộng, Hà Nội.

4. Trần Thị Quỳnh Anh, Phan Kim Huỳnh (2016). Thực trạng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thành phố Mỹ Tho, Tiền Giang. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 20 (5), tr. 154-158.

5. Trần Văn Long (2012). Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử 3 nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 - 2012, luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường đại học y tế công cộng, Hà Nội.

6. Trần Thiện Thuận, Nguyễn Đỗ Nguyên (2007). Một số đặc điểm dịch tễ bệnh tăng huyết áp ở người lớn tại cộng đồng đồng dân cư TP. HCM năm 2005. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 11(1), tr. 136.

7. Laatikainen T, Nissinen A, Kastarinen M, Jula A, Tuomilehto J. Blood Pressure, Sodium Intake, and Hypertension Control: Lessons From the North Karelia Project. *Global Heart*. 2016;11(2):191–199.

8. Mills, K.T. Stefanescu, A. & He,

J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* **16**, 223–237.

9. PT Son, Quang NN, Viet NL, Khai PG, Wall S, Weinehall L, Bonita R and Byass P (2012), “Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey”, *J Hum Hypertens*, Volume 26(4), p.268-280.

10. Uzun S. & et al. (2009). The assessment of adherence of hypertension individuals to treatment and lifestyle change recommendations, *Anadolu Kardiyol Derg*, p. 102-109.

11. Wan He, Mark N. Muenchrath and Paul Kowal (2012). *Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries, 2007–2010*, International Population Reports, U.S. Census Bureau, Washington.

12. World Health Organization (2013), “*World Health Day: A global brief on hypertension*. Silent killer, global public health crisis”, *World Health Organization*, p. 1-36.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC DỰ PHÒNG TỔN THƯƠNG DO VẬT SẮC NHỌN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

Nguyễn Hải Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Anh<sup>1a</sup>, Phạm Thị Thu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

### TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kiến thức dự phòng và tổn thương do vật sắc nhọn của sinh viên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả được thực hiện với 300 sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy khóa 11, 12, 13 - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 11% sinh viên điều dưỡng biết đến cả 6 nguyên nhân dẫn đến tổn thương do vật sắc nhọn; 33% sinh viên

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Phương Anh

Email: panhdun97@gmail.com

Ngày phản biện: 12/6/2020

Ngày duyệt bài: 19/6/2020

Ngày xuất bản: 29/6/2020