

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN BẮC BÌNH, TỈNH BÌNH THUẬN

Huỳnh Vương¹, Trương Quang Đạt²

¹Cử nhân y tế công cộng, Trung tâm y tế huyện Bắc Bình

Email: vuongtonghop@gmail.com

²Trường Cao đẳng Y tế Bình Định

TÓM TẮT

Nghiên cứu xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố liên quan nhằm đóng góp những thông tin ban đầu làm cơ sở đề xuất các kiến nghị trong công tác điều trị, chăm sóc và quản lý người THA, nâng cao chất lượng cuộc sống của họ nói riêng và trong cộng đồng nói chung. Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 467 người tăng huyết áp tại Bắc Bình, Bình Thuận, năm 2023. Sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF. Phân tích các yếu tố liên quan bằng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến. Kết quả: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo lĩnh vực sức khỏe thể chất, tâm thần, quan hệ xã hội và môi trường sống lần lượt là: 52,52; 49,96; 57,57 và 54,79. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp: Tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế hộ gia đình, hôn nhân, có người cùng sống chung, bệnh mạn tính kèm theo, thời gian phát hiện tăng huyết áp, độ tăng huyết áp, tiền sử gia đình có người tăng huyết áp, hài lòng với dịch vụ điều trị và tham gia hoạt động xã hội. Kết luận: Chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp tại Bắc Bình ở mức trung bình và cần được quan tâm cải thiện.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; WHOQOL-BREF; Bắc Bình; Tăng huyết áp.

ABSTRACT

The study aims to determine the average quality of life of individuals with hypertension and various related factors, contributing initial information as a basis for proposing recommendations in the treatment, care, and management of hypertensive individuals, thereby improving their quality of life specifically and in the community in general. Method: A cross-sectional analysis was conducted on 467 individuals with hypertension in Bac Binh, Binh Thuan, in 2023, using the WHOQOL-BREF tool. The analysis of related factors was done using a multivariate linear regression model. Results: The average quality of life scores in the domains of physical health, mental health, social relationships, and environment were 52.52, 49.96, 57.57, and 54.79, respectively. Factors related to the quality of life of individuals with hypertension include age, education, occupation, household economics, marital status, living with others, chronic comorbidities, duration since hypertension diagnosis, degree of hypertension, family history of hypertension, satisfaction with treatment services, and participation in social activities. Conclusion: The quality of life of individuals with hypertension in Bac Binh is at an average level and needs attention for improvement.

Keywords: Quality of Life; WHOQOL-BREF; Bac Binh; Hypertension.

1. GIỚI THIỆU

Tỷ lệ tăng huyết áp trong dân số Việt Nam là 21,1% (khoảng tin cậy 95%: 18,5% – 23,7%) dựa trên 10 nghiên cứu và 18,4% (khoảng tin cậy 95%: 15,2% – 21,8%) dựa trên 3 cuộc điều tra quốc gia [1]. Tăng huyết áp (THA) gây ra sự thay đổi đáng kể cuộc sống của một người, mang đến cho họ nhiều thử thách phải được xử lý. Cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS) là phần không thể thiếu trong điều trị THA. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu phát hiện CLCS của người THA giảm rõ rệt do bị ảnh hưởng của nhiều yếu tố như các đặc điểm dân số, bệnh lý và sự tham gia các hoạt động xã hội [2→7].

Tổ chức y tế thế giới (TCYTGG) định nghĩa Chất lượng cuộc sống (CLCS) là nhận thức của một cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh văn hóa và các hệ thống giá trị mà họ sống và liên quan đến các mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ [8]. Chất lượng cuộc sống đang dành được sự quan tâm rất lớn của các nhà nghiên cứu trên toàn thế giới, đồng thời có nhiều bộ công cụ được xây dựng để đo lường CLCS của người THA. Một trong những số đó là bộ công cụ đánh giá CLCS rút gọn của TCYTGG (WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life Brief Version) phát triển từ năm 1991 với mục đích đo lường CLCS trên 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất (SKTC), sức khỏe tâm thần (SKTT), quan hệ xã hội (QHXX) và môi trường sống (MTS) [8]. Bộ công cụ này đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu về CLCS ở người THA trên thế giới [3], [4] và tại Việt Nam [2], [5], [7]. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu liên quan đến CLCS của người THA tại Bình Thuận.

Bắc Bình là một huyện nằm ở phía bắc của tỉnh Bình Thuận, đang thực hiện quản lý các bệnh không lây nhiễm trong

đó có THA. Theo báo cáo năm 2022, Bắc Bình có hơn 3.000 người THA đang được quản lý, và số người bệnh được phát hiện tích lũy ngày càng gia tăng [9]. Mặt khác những biến đổi xã hội ở địa phương đã mang lại những thuận lợi đối với những người THA, tuy nhiên CLCS của người bệnh vẫn chưa được quan tâm. Do đó đo lường CLCS và tìm ra một số yếu tố liên quan của người THA là rất cần thiết. Vậy CLCS của người THA tại huyện Bắc Bình năm 2023 như thế nào và những yếu tố nào liên quan đến là những câu hỏi quan trọng cần được giải đáp. Bằng cách sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF, nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp tại huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận năm 2023 và một số yếu tố liên quan. Với mong muốn đóng góp những thông tin ban đầu làm cơ sở đề xuất, kiến nghị có giá trị trong công tác điều trị, chăm sóc và quản lý người THA nhằm nâng cao CLCS của họ nói riêng và trong cộng đồng nói chung.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Quần thể đích: Người từ 18 tuổi trở lên THA hiện đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận.

Tiêu chuẩn chọn: Người THA có tên trong danh sách quản lý bệnh THA tại huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận tính đến 31/12/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh bị bệnh nặng, mù bẩm sinh, hạn chế giao tiếp hoặc không thể trả lời bộ câu hỏi như câm, điếc, có vấn đề về tâm thần; thời gian phát hiện THA dưới 3 tháng tính tại thời điểm được chẩn đoán cho tới thời điểm thu thập số liệu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Tháng 2/2023 đến tháng 8/2023.

Địa điểm: Huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả có so sánh.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một trung bình và kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên chùm:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 S^2}{d^2} x DE$$

Trong đó: n: cỡ mẫu; α : Xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$);

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị từ phân bố chuẩn với $\alpha = 0,05$ nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

s: Độ lệch chuẩn = 14,94 (Theo kết quả nghiên cứu của Duy Thị Hoa tại huyện Bến Lức, tỉnh Long An, năm 2013) [2];

d: Sai số tuyệt đối, chọn bằng 2; DE: Hệ số thiết kế mẫu, chọn bằng 2.

Thay vào công thức, $n = 429$. Dự kiến tỷ lệ đáp ứng 90%, cỡ mẫu cần điều tra là $n = 429/0,9 \approx 477$ người THA. Đã điều tra được 467 người. 10 người không đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu (2 người bệnh nặng, 5 người hạn chế giao tiếp, 3 người có vấn đề về tâm thần).

Phương pháp chọn mẫu:

Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên chùm, gồm các bước sau:

(1) Bước 1: Xây dựng khung mẫu các chùm là danh sách 18 xã, thị trấn (gọi tắt là xã) của huyện Bắc Bình.

(2) Bước 2: Chọn ngẫu nhiên 3 xã Hòa Thắng, Phan Sơn và Thị trấn Chợ Lầu.

(3) Bước 3: Xác định cỡ mẫu người THA mỗi xã = $477/3 = 159$.

(4) Bước 4: Lấy danh sách người THA được quản lý tại 3 xã được chọn tính đến 31/12/2022. Mỗi người trong danh sách được gán 1 số định danh từ 1 đến hết danh sách.

(5) Bước 5: Chọn ngẫu nhiên 159 người THA trong danh sách thông qua phần mềm Stata 17.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu và các biến số chính

- Phương pháp thu thập số liệu:

Bộ công cụ thu thập số liệu gồm thông tin chung về người THA và bộ công cụ WHOQOL-BREF đánh giá CLCS của người THA gồm 26 câu hỏi, trong đó 24 câu hỏi đánh giá về 4 lĩnh vực: (1) SKTC có 7 câu, (2) SKTT có 6 câu, (3) QHXXH có 3 câu, (4) MTS có 8 câu và 2 câu hỏi đánh giá tổng thể về CLCS và sự hài lòng về sức khỏe.

Người thu thập số liệu gồm 3 người từ Khoa kiểm soát dịch bệnh Trung tâm y tế Bắc Bình, được tập huấn về cách thu thập. Cuộc phỏng vấn được tiến hành như một cuộc thăm hỏi sức khỏe, từ thông tin chung đến thông tin về người bệnh. Phỏng vấn kết hợp đối chiếu sổ khám bệnh, danh sách quản lý/phiếu khám sàng lọc của người THA nhằm thu thập thông tin về các bệnh kèm theo, phân độ huyết áp, chỉ định dùng thuốc điều trị THA, tiền sử gia đình THA (nếu có).

- Các nhóm biến số chính:

Thông tin chung về người THA: Các yếu tố về nhân khẩu học (bao gồm kinh tế, xã hội); yếu tố bệnh (bao gồm dịch vụ y tế) và sự tham gia hoạt động xã hội.

Chất lượng cuộc sống: Gồm biến số đánh giá chung CLCS và hài lòng về sức khỏe; CLCS lĩnh vực SKTC, SKTT, QHXXH và MTS.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, làm sạch trước khi nhập vào phần mềm Excel, sau đó chuyển sang phần mềm Stata 17 để phân tích thống kê. Hệ số Cronbach alpha của bộ công cụ đo lường CLCS chung 4 lĩnh vực và từng lĩnh vực từ tính được từ 0,70 đến 0,91.

Các câu hỏi từ Q3 đến Q26 của bộ công cụ WHOQOL-BREF được mã hóa điểm, tính điểm và chuyển sang WHOQOL-BREF với thang điểm 100

theo hướng dẫn của TCYTTG [3].

Phân tích thống kê mô tả đối với biến định tính: Tính số lượng (SL), tỷ lệ %; đối với biến định lượng: Tính độ tập trung (trung bình (TB), trung vị và độ phân tán (độ lệch chuẩn (ĐLC), biên độ). Phân tích thống kê suy luận cho từng lĩnh vực sức khỏe: Tính 95%CI của các TB điểm CLCS và các yếu tố liên quan. Tất cả các biến độc lập sau khi phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, bắt đầu bằng mô hình đầy đủ khi xét mối liên quan với điểm CLCS có giá trị $p > 0,2$ thì rút khỏi mô hình. Các điều kiện

của hồi quy tuyến tính đa biến được kiểm tra và thỏa mãn bằng cách thực hiện quy trình chẩn đoán hồi quy. Mức ý nghĩa thống kê là $\alpha = 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Trà Vinh số 178/GCT-HĐĐĐ ngày 25/5/2023. Nghiên cứu được sự chấp thuận của lãnh đạo Trung tâm y tế Bắc Bình.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (n = 467)

Các biến số		SL	%
Tuổi	TB $\pm$ ĐLC: 63,10 $\pm$ 11,70 Trung vị: 63,00; Nhỏ nhất: 34; Lớn nhất: 91		
Giới tính	Nam	229	49,04
	Nữ	238	50,96
Học vấn	Từ trung học phổ thông trở lên	433	92,72
	Từ trung học cơ sở trở xuống	34	7,28
Nghề nghiệp	Làm nông/làm biển	68	14,56
	Công chức/viên chức	195	41,76
	Khác (Công nhân/tiểu thủ công/hưu trí/khác)	204	43,68
Nguồn thu nhập chính	Từ gia đình, người thân	163	34,90
	Từ công việc hiện tại	231	49,47
	Từ lương hưu, trợ cấp	73	15,63
Kinh tế hộ gia đình	Nghèo (gồm cận nghèo)	54	11,56
	Khác	413	88,44
Tình trạng hôn nhân	Đang có vợ/chồng	349	74,73
	Khác (Độc thân, góa, ly dị/ly thân)	118	25,27
Số người sống trong hộ gia đình	Chỉ 1 mình	51	10,92
	Có người thân (vợ/chồng, con cháu...)	416	89,08

Nghiên cứu hiện tại là cắt ngang có phân tích. Loại thiết kế này thường

sử dụng để đánh giá CLCS của người THA [2], [4→6]. Với phương pháp chọn mẫu xác suất và cỡ mẫu đủ lớn ($n = 467$) nên mẫu đại diện cho quần thể người THA tại huyện Bắc Bình.

Bảng 1 cho thấy người THA có tuổi TB là 63,1 và trung vị là 63,0 trong đó tuổi thấp nhất là 34 và cao nhất là 91; phân bố tuổi phù hợp với đặc điểm tuổi của người THA [10]. Nữ bị THA chiếm 50,96%, tương đồng với phân bố giới tính của người THA trong nghiên cứu tại Bến Lức [2], tại Bệnh viện Nguyễn Thi Phương [5], tại Ethiopia [3], tại Indonesia [4]. Tại Bến Cầu – Tây Ninh ghi nhận người THA là nam nhiều hơn nữ [6]. Hầu hết người THA có học vấn từ lớp 10 trở lên (92,72%); gần một nửa (41,76%) là cán bộ hoặc viên chức; 14,56% làm nông (bao gồm làm ruộng,

rừng và biển) và số còn lại là hưu trí và các ngành nghề khác. Nghiên cứu tại Bến Lức có 60% người THA có trình độ học vấn dưới cấp 2 [2]; còn tại Bến Cầu chỉ có 12,3% người THA có học vấn từ cấp 3 trở lên [6].

Có đến hơn 1/3 người THA có nguồn thu nhập là từ gia đình/ người thân (34,9%); tỷ lệ này là khá cao, có thể tuổi của người THA cao giải thích một phần tỷ lệ này. Trong số này có 11,56% thuộc hộ nghèo (gồm cận nghèo). Người THA đang có vợ hoặc chồng là 74,73%; đang sống chung với người thân là 89,08%. Đây là các đặc điểm nhân khẩu học mà các nghiên cứu về CLCS của người THA thường thu thập và được xem xét là các đặc điểm có ảnh hưởng đến CLCS [2], [3], [5].

Bảng 2. Đặc điểm bệnh và tham gia hoạt động xã hội của mẫu nghiên cứu ($n = 467$)

Các biến số		SL (người)	%
Bệnh kèm theo	Không	61	13,06
	Một bệnh kèm	339	72,59
	Hai – ba bệnh kèm	67	14,35
Thời gian phát hiện THA	< 1 năm	54	11,56
	Từ 1 đến dưới 5 năm	168	35,97
	Từ 5 đến dưới 10 năm	177	37,91
	Từ 10 năm trở lên	68	14,56
Phân độ THA	Độ 1	361	77,30
	Độ 2-3	106	27,70
Tiền sử gia đình THA	Có	256	54,82
	Không (Không có/Không biết)	211	45,18
Điều trị THA	1 loại thuốc	411	88,01
	≥ 2 loại thuốc	56	11,99
Sự hài lòng với dịch vụ điều trị	Chưa hài lòng	94	20,13
	Hài lòng	373	79,87
Tham gia hoạt động xã hội	Ít khi tham gia	144	30,84
	Thỉnh thoảng	279	59,74
	Thường xuyên	44	9,42

Bảng 2 cho thấy chỉ có 13,06% người THA không có bệnh kèm; có 1

bệnh kèm chiếm 72,59% và từ 2 đến 3 bệnh kèm đến 14,35%. Tỷ lệ mắc các bệnh kèm của người THA tại Bắc Bình là khá cao, nhưng có thể chưa thực sự phản ánh đầy đủ vì số liệu này có được thông qua việc phỏng vấn và đối chiếu với sổ khám bệnh của người THA. Có 11,56% người THA mới phát hiện trong vòng 1 năm và 14,56% từ 10 năm trở lên, cho thấy người THA phát hiện mới và từ 1 đến 5 năm là khá cao (gần 50%) cũng phản ánh kết quả của chương trình quản lý THA và tỷ lệ phát sinh của bệnh này trong cộng đồng. Nghiên cứu ghi nhận có 77,3% người THA độ 1 và độ 2 - 3 là 27,7%; tương thích với thời gian phát hiện bệnh. Nghiên cứu ghi nhận có 54,82% người THA báo cáo gia đình có người THA, có thể chưa phản ánh đầy đủ tiền sử THA của người thân trong gia đình (vì chỉ điều tra qua phỏng vấn) nhưng cũng phản ánh yếu tố gia đình của THA trong cộng đồng. Nghiên cứu tại Bến Lức ghi nhận có 41,4% người bệnh có tiền sử gia đình THA và hầu hết người tham gia nghiên cứu (73,5%) đã

được chẩn đoán phát hiện bệnh từ 1 năm trở lên [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận có 54,7% có tiền sử gia đình bị THA chiếm 54,7%; thời gian phát hiện THA từ 10 năm trở lên chiếm cao nhất là 35,4%, tiếp đến là từ 1 đến dưới 5 năm chiếm 34,6% [5]. Các thông tin này cũng góp phần quan trọng vào công tác quản lý các THA tại địa phương.

Kết quả cho thấy 88,01% người THA được chỉ định dùng 01 loại thuốc và 11,99% được chỉ định sử dụng 2 loại thuốc trở lên. Tỷ lệ này phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý và chỉ định của thầy thuốc. Có đến 79,87% người THA được hỏi tại Bắc Bình cảm thấy hài lòng về dịch vụ điều trị tại địa phương. Theo chúng tôi, tỷ lệ này tại Bắc Bình là khá cao nhưng tỷ lệ người dân hài lòng với dịch vụ y tế biến thiên giữa các đối tượng và các địa điểm nghiên cứu. Chỉ có 9,42% người THA tham gia hoạt động xã hội thường xuyên; 59,74% thỉnh thoảng có tham gia và 30,84% ít khi tham gia hoạt động xã hội.

Bảng 3. Tóm tắt điểm chất lượng cuộc sống chung và theo các lĩnh vực sức khỏe theo WHOQOL-BREF của người tăng huyết áp (n = 467)

Lĩnh vực	Điểm quy đổi thang đo WHOQOL-BREF						p
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung vị	TB	ĐLC	95%CI	
SKTC	14,29	82,14	50,00	52,52	11,52	51,47-53,56	0,0001(*)
SKTT	16,67	79,17	50,00	49,96	9,27	49,12-50,81	
QHXN	8,33	100,00	50,00	57,57	12,83	56,40-58,73	
MTS	15,63	90,63	53,13	54,79	9,92	53,89-55,69	

Ghi chú: (): Sử dụng test Kruskal–Wallis.*

Bảng 3 cho thấy điểm trung bình CLCS ở các lĩnh vực SKTC, SKTT,

QHXH và MTS của người THA tại Bắc Bình năm 2023 khá biến thiên, thấp nhất

là 8,33 điểm, cao nhất là 100 điểm. Điểm trung vị ở 4 lĩnh vực sức khỏe dao động từ 50,00 điểm đến 53,13 điểm và điểm TB dao động từ 49,96 điểm đến 57,57 điểm. Hai số đo độ tập trung thống kê mô tả các điểm CLCS theo từng lĩnh vực xấp xỉ 50 điểm, xấp xỉ trung bình. Có một nét chung và rõ ràng nhất từ nghiên cứu tại Bắc Bình với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới rằng sự xuất hiện THA ảnh hưởng đáng kể đến sự suy giảm CLCS của người bệnh [2→5]. Điểm trung bình CLCS của lĩnh vực SKTC, SKTT, QHXXH và MTS lần lượt là: 52,52; 49,96; 57,57 và 54,79 và 95%CI điểm TB lần lượt là: 51,47-53,56; 49,12 - 50,81; 56,40 - 58,73 và 53,89 - 55,69, cho thấy có sự khác biệt về CLCS của 4 lĩnh vực sức khỏe, trong đó lĩnh vực QHXXH có điểm TB cao nhất và SKTT có điểm TB thấp nhất ($p < 0,05$ thông qua so sánh ước lượng khoảng).

Điểm TB $\pm$ ĐLC lĩnh vực SKTC tại Bắc Bình là $52,52 \pm 11,52$ thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bến Lức với điểm TB $\pm$ ĐLC: $54,73 \pm 14,94$ với $p < 0,05$ [0], tương đồng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương với điểm TB $\pm$ ĐLC: $54,0 \pm 14,4$ với $p > 0,05$ [5]; cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Ethiopia [4] với điểm TB $\pm$ ĐLC là $42,93 \pm 18,86$ với $p < 0,05$. Điểm TB $\pm$ ĐLC lĩnh vực SKTT tại Bắc Bình là $49,96 \pm 9,27$ thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương với điểm TB $\pm$ ĐLC: $57,5 \pm 12,2$ với $p < 0,05$ [5], tương đồng với nghiên cứu tại Bến Lức với điểm TB $\pm$

ĐLC: $49,42 \pm 12,73$ [2], tại Ethiopia với điểm TB $\pm$ ĐLC là $51,78 \pm 20,40$ với $p > 0,05$ [0]. Điểm TB $\pm$ ĐLC lĩnh vực QHXXH tại Bắc Bình là $57,57 \pm 12,83$; cao nhất trong 4 lĩnh vực sức khỏe, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bến Lức với điểm TB $\pm$ ĐLC: $64,12 \pm 14,06$ [2]; cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương với điểm TB $\pm$ ĐLC: $54,5 \pm 12,5$ [5] và tương đồng với kết quả nghiên cứu tại Ethiopia với điểm TB $\pm$ ĐLC là $57,31 \pm 20,20$ với $p > 0,05$ [3]. Người THA ở bệnh viện rõ ràng không thể có CLCS về QHXXH như những người THA ở nhà, ở cộng đồng. Vì thế việc chăm sóc người THA tại các bệnh viện cần được quan tâm. Điểm CLCS lĩnh vực MTS tại Bắc Bình cao đứng hàng thứ 2 trong 4 lĩnh vực sức khỏe, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bến Lức với điểm TB $\pm$ ĐLC: $59,52 \pm 10,39$ [2] với $p < 0,05$; tương đồng so với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương với điểm TB $\pm$ ĐLC: $55,6 \pm 9,7$ [0] với $p > 0,05$; cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Ethiopia [3] với điểm TB $\pm$ ĐLC là $48,15 \pm 16,26$ với $p < 0,05$.

So sánh sự khác biệt hoặc tương đồng điểm CLCS theo từng lĩnh vực sức khỏe của người THA của một số nghiên cứu trong và ngoài nước có sử dụng cùng bộ công cụ WHOQOL-BREF – 100 cơ bản mang tính liệt kê, giải thích sự khác biệt hay tương đồng có thể có nhiều sai số văn hóa (cultural bias) do quan niệm CLCS không đồng nhất giữa những cá nhân ở các bối cảnh văn hóa khác nhau (WHO, 1996) [8].

Bảng 4. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến liên quan đến điểm chất lượng cuộc sống lĩnh vực sức khỏe thể chất và tinh thần của người tăng huyết áp (n = 467)

Biến số		Sức khỏe thể chất		Sức khỏe tâm thần	
		β	95%CI(β)	β	95%CI(β)
Tuổi (biến liên tục)		-0,10	-0,21; 0,009	-0,06	-0,14; 0,02
Nghề nghiệp	Làm nông/biển (*)				
	Cán bộ/viên chức	4,37**	1,29-7,46	6,34**	3,95;8,72
	Khác	3,18*	0,19; 6,16	3,07*	0,65; 5,49
Nguồn thu nhập	Người thân (*)				
	Công việc hiện tại	-2,52	-5,39; 0,35		
	Lương hưu, trợ cấp	-2,20	-4,95; 0,55	-2,02	-4,32; 0,27
Kinh tế gia đình	Nghèo (*)				
	Khác	10,45**	7,95; 13,75	6,78**	4,38; 9,18
Hôn nhân	Khác (*)				
	Đang có vợ/ chồng	4,14**	1,38; 6,90	2,36*	0,04; 4,67
Số người sống chung	Chỉ 1 mình (*)				
	Có người thân	-5,65**	-9,29; -2,02	-2,87	-5,88; 0,14
Bệnh kèm theo	Không (*)				
	Một bệnh kèm	-3,29*	-6,05; -0,53	-1,87	-4,21; 0,47
	2 – 3 bệnh kèm	-5,55**	-9,32; -1,78	-3,41*	-6,55; -0,26
Thời gian phát hiện THA	Dưới 1 năm (*)				
	5 đến < 10 năm	-4,54**	-6,56; -2,50		
	10 năm trở lên	-9,23**	-12,24; -6,21		
Phân độ THA	Độ 1 (*)				
	Độ 2-3	-3,11**	-5,27; -0,95	-1,99*	-3,82; -0,16
Tiền sử gia đình	THA (*)				
	Không THA			1,71*	0,19; 3,24
Dịch vụ điều trị	Chưa hài lòng (*)				
	Hài lòng			3,32**	1,45; 5,19
Tham gia hoạt động xã hội	Ít khi (*)				
	Thỉnh thoảng	2,25*	0,27; 4,23	5,68**	4,00; 7,35
	Thường xuyên	5,11**	1,80; 8,42	8,40**	5,62; 11,19

Ghi chú: (*): Nhóm so sánh; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$;

Tóm tắt mô hình từ output từ phần mềm Stata 17 đối với SKTC: *Số quan sát: n= 467; F (15, 451) = 16,78; P > F* = 0,0000; *R-squared* = 0,3581; *Root MSE* = 9,3805.

Tóm tắt mô hình từ output từ phần mềm Stata 17 đối với SKTT: $Số\ quan\ sát: n = 467; F(15, 452) = 13,31; P > F = 0,0000; R-squared = 0,2920; Root\ MSE = 7,922$

Bảng 5. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến liên quan đến điểm chất lượng cuộc sống lĩnh vực quan hệ xã hội và môi trường sống của người tăng huyết áp (n = 467)

Biến số		Quan hệ xã hội		Môi trường sống	
		β	95%CI(β)	β	95%CI(β)
Tuổi (biến liên tục)		0,16*	0,03; 0,28		
Học vấn	$\leq$ lớp 9 (*)				
	> lớp 9	-4,71*	-9,36; -0,06	-4,79**	-8,05; -1,54
Nghề nghiệp	Làm nông/biển (*)				
	Viên chức			2,03*	0,20-3,86
Nguồn thu nhập	Người thân (*)				
	Nghề hiện tại	2,50	-0,28; 5,28		
	Lương hưu, trợ cấp			-1,66	-4,09; 0,78
Kinh tế gia đình	Nghèo (*)				
	Khác			7,12**	4,51; 9,23
Hôn nhân	Khác (*)				
	Đang có vợ/ chồng	-3,88*	-7,43; -0,33	1,45	-0,49; 3,38
Số người sống chung	Chỉ 1 mình (*)				
	Có người thân	5,13*	0,48; 9,79		
Bệnh kèm theo	Không (*)				
	Một bệnh kèm			2,09*	0,32; 3,85
Thời gian phát hiện THA	Dưới 1 năm (*)				
	5 đến < 10 năm			-4,31**	-6,14; -2,48
	10 năm trở lên	-1,90	-4,28; 0,47	-4,78**	-7,38; -2,17
Phân độ THA	Độ 1 (*)				
	Độ 2-3	-6,26**	-9,74; -2,79	-2,69**	-4,60; -0,77
Tiền sử gia đình	THA				
	Không THA	-2,22	-4,53; 0,09	-2,87**	-4,52; -1,22
Điều trị THA	1 loại thuốc (*)				
	≥ 2 loại thuốc	1,58	-0,64; 3,81		
Dịch vụ điều trị	Chưa hài lòng (*)				
	Hài lòng			2,85**	0,87; 4,83
Tham gia hoạt động xã hội	Ít khi (*)				
	Thỉnh thoảng	3,15*	0,62; 5,68	2,64**	0,85; 4,43
	Thường xuyên	8,27**	3,84; 12,70	7,20**	4,10; 10,30

Ghi chú: (*): Nhóm so sánh. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$;

Tóm tắt mô hình output từ phần mềm Stata 17 đối với QHXX: *Số quan sát*: $n = 467$; $F(10, 455) = 4,79$; $P > F = 0,0000$; $R\text{-squared} = 0,1039$; $Root\ MSE = 12,294$.

Tóm tắt mô hình từ output từ phần mềm Stata 17 đối với MTS: *Số quan sát*: $n = 467$; $F(13, 453) = 13,84$; $P > F = 0,0000$; $R\text{-squared} = 0,2843$; $Root\ MSE = 8,5141$.

Đối với lĩnh vực QHXX, tuổi càng lớn ghi nhận liên quan tích cực đến CLCS (Bảng 5). Khác với một số nghiên cứu trong nước [5], [6] và ngoài nước [3] ghi nhận tuổi càng cao tác động tiêu cực đến CLCS. Tại Bến Lức ghi nhận tuổi không liên quan đến CLCS của người THA [2]. Giới tính không liên quan đến điểm CLCS trên cả 4 lĩnh vực sức khỏe; tương đồng với một số kết quả nghiên cứu tại Bến Cầu - Việt Nam [6], tại Ethiopia [3]; nhưng khác với Bến Lức [2], Bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận giới tính liên quan đến điểm CLCS [5]. Người có học vấn dưới trung học phổ thông có điểm CLCS cao hơn so với nhóm người còn lại ($p < 0,05$) đối với lĩnh vực QHXX và MTS (Bảng 5), sự liên quan này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu tại Bến Lức [2].

Nghề nghiệp, nguồn thu nhập và kinh tế là những biến nền tảng, chúng phản ánh gián tiếp kinh tế xã hội nhưng mỗi biến sẽ tác động khác nhau đến tâm lý người THA. Nghề nghiệp liên quan đến CLCS lĩnh vực SKTT và MTS (Bảng 4 và Bảng 5) tại Bắc Bình, cũng được tìm thấy trong nghiên cứu tại Bến Lức [0]. Nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương [5], tại Bến Cầu 5 chưa ghi nhận sự liên quan này. Nguồn thu nhập không liên quan đến điểm

CLCS cả 4 lĩnh vực sức khỏe. Người THA không thuộc diện hộ nghèo, cận nghèo có điểm CLCS lĩnh vực SKTC, SKTT và MTS tăng lần lượt 10,45; 6,78 và 7,12 điểm ($p < 0,05$). Kinh tế là một biến số quan trọng tác động lớn đến tâm lý của con người; vì vậy, các chương trình can thiệp về CLCS của người THA cần ưu tiên cho các nhóm người thuộc hộ nghèo, cận nghèo.

Điểm CLCS của các lĩnh vực SKTC, SKTT và QHXX (trừ lĩnh vực MTS) tăng lên ở những người đang có vợ hoặc chồng ($p < 0,05$); liên quan tương tự cũng được tìm thấy tại Bến Lức [2] và Bến Cầu [6]. Người THA có người sống chung liên quan tích cực đến điểm CLCS lĩnh vực QHXX (Bảng 5). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vi Hằng (2019) không ghi nhận có sự liên quan này [5]. Tuy nhiên, về đặc điểm tâm sinh lý của con người nếu khi sống một mình dễ dẫn đến các bất lợi về SKTT và SKTC và sau đó là sức khỏe chung của con người nhất là khi mắc các bệnh mạn tính như THA.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận điểm CLCS của người THA bị ảnh hưởng tiêu cực khi có thêm các bệnh mạn tính đi kèm [2→6]. Tương đồng với các nghiên cứu trên, Bảng 4 và Bảng 5 cho thấy có sự liên quan điểm CLCS các lĩnh vực sức khỏe (trừ QHXX) với số bệnh mạn tính đi kèm ($p < 0,05$). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ dừng lại ở số bệnh kèm mà chưa phân tích chi tiết từng loại bệnh. Tăng huyết áp là bệnh mạn tính có thời gian tiềm ẩn kéo dài vì thế thời gian phát hiện và quản lý THA phụ thuộc vào hành vi sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Cho thấy khuynh hướng điểm CLCS của người THA giảm đi khi có

thời gian phát hiện bị THA tăng lên ở các lĩnh vực SKTC và MTS ($p < 0,05$), khuynh hướng này cũng tìm thấy tại nghiên cứu ở huyện Bình Chánh [7]. Độ huyết áp từ 2-3 có khuynh hướng làm giảm điểm CLCS ở cả 4 lĩnh vực sức khỏe ($p < 0,05$); tương đồng với kết quả nghiên cứu Lê Trường Vĩnh Phúc (2018) [6]. Nghiên cứu hiện tại ghi nhận có sự liên quan giữa điểm CLCS với tiền sử gia đình về THA ở lĩnh vực SKTT và MTS (Bảng 4 và Bảng 5). Điểm CLCS có tăng thêm ở người bệnh không có tiền sử gia đình THA ($p < 0,05$); tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tấn Thuận (2018) [7]. Các nghiên cứu của Duy Thị Hoa (2014) [2], Nguyễn Thị Vi Hằng (2019) [5] chưa ghi nhận có sự liên quan này.

Trong lĩnh vực SKTT và MTS, người THA hài lòng với dịch vụ y tế có điểm CLCS tăng hơn. Sự hài lòng với dịch vụ y tế được cho là một yếu tố quan trọng nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Vì thế, việc làm hài lòng người bệnh là một biến số quan trọng trong việc nâng cao CLCS của người THA cần phải được các cơ sở y tế chú ý đến. Sự tham gia hoạt động xã hội có thể được xem là yếu tố tinh thần.

Nghiên cứu hiện tại ghi nhận người có tham gia hoạt động xã hội thường xuyên hoặc ở mức độ thỉnh thoảng đều có liên quan tích cực với điểm CLCS so với người ít tham gia hoạt động xã hội $p < 0,05$. Yếu tố tham gia hoạt động xã hội có thể được quan tâm trong các chương trình nâng cao CLCS của người bệnh.

Nghiên cứu đã trả lời khá đầy đủ câu hỏi nghiên cứu và cung cấp nhưng thông tin có giá trị về CLCS của người THA tại Bắc Bình. Tuy nhiên, cần cân nhắc khi khái quát kết quả nghiên cứu cho quần thể người THA ngoài huyện Bắc Bình. Cũng hết sức thận trọng khi suy luận về mối quan hệ nhân quả giữa biến số phụ thuộc và các biến số độc lập. Nghiên cứu chưa đề cập đến các biến số hành vi lối sống hoặc phân tích các mối liên quan đến các bệnh mạn tính kèm theo cụ thể

4. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp tại Bắc Bình ở mức trung bình và cần được quan tâm cải thiện. Có một số yếu tố dân số, bệnh tật và tham gia hoạt động xã hội liên quan đến chất lượng cuộc sống của người tăng huyết áp cần được chú ý.

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

- [1]. Meiqari, L. et al (2019), “Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis”. *Asia-Pacific journal of public health*, 31(2): 101–112.
- [2]. Duy Thị Hoa, Lê Hoàng Ninh (2014), “Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại xã Phước Lợi, huyện Bến Lức, tỉnh Long An, năm 2014”. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 18(6): 213–215.
- [3]. Adamu, K. et al (2022), Health related quality of life among adult hypertensive patients on treatment in Dessie City, Northeast Ethiopia”. *PloS one*, 17(9), e0268150. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268150>] (truy cập ngày 22/1/2023).
- [4]. Amad AM and Rahmawati R (2022), “Comorbidities and quality of life in people

with stage 2 hypertension: a study in Yogyakarta, Indonesia”, *Proceedings of the Global Public Health Conference*, 5(1): 8–16.

- [5]. Nguyễn Thị Vi Hằng và cộng sự (2019), “Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 23(5): 212–217.
- [6]. Lê Trường Vĩnh Phúc, Nguyễn Thái Hà (2018), “Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám bệnh ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Bến Cầu, tỉnh Tây Ninh năm 2016”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 22(1): 190–196.
- [7]. Nguyễn Tân Thuận, Nguyễn Duy Phong (2018), “Chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi bệnh tăng huyết áp và các yếu tố liên quan tại 2 xã Vĩnh Lộc A và Vĩnh Lộc B, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh, năm 2017”, *tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23(3): 269–275.
- [8]. WHO (1996), WHO-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO, [[http:// www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)] (truy cập ngày 27/01/2023).
- [9]. Trung tâm y tế huyện Bắc Bình (2022), *Báo cáo hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường năm 2022*.
- [10]. Trần Thị Quỳnh Chi, Trần Thị Thùy Trang, Nguyễn Văn Tâm (2021), “Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp của người dân xã Trân Châu, Cát Hải, Hải Phòng”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 509(12): 221–227.