

**THAY ĐỔI THỰC HÀNH VỀ DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG CHO
NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2021**

Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Văn Tuấn¹, Ngô Huy Hoàng²
¹Trường Đại học Y khoa Vinh; ²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và đánh giá sự thay đổi thực hành về dự phòng biến chứng của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An sau chương trình can thiệp giáo dục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp giáo dục được thực hiện trên 89 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 2 đến tháng 4/2021. Sử dụng cùng bộ công cụ đánh giá thực hành dự phòng biến chứng tăng huyết áp ở các thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp 1 tháng, tổng số điểm tối đa của thang đo 32 điểm. **Kết quả:** Trước can thiệp, điểm trung bình thực hành đạt $14,30 \pm 6,61$ điểm, tỷ lệ người bệnh thực hành ở mức đạt là 44,9%. Sau can thiệp 1 tháng, điểm trung bình thực hành đạt $19,40 \pm 5,89$ điểm cao hơn rõ rệt so với điểm trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh thực hành ở mức độ đạt sau can thiệp là 75,3% cao hơn nhiều so với 44,9% trước can thiệp. **Kết luận:** Thực hành về dự phòng biến chứng do tăng huyết áp của người bệnh tham gia nghiên cứu còn hạn chế nhưng được cải thiện rõ rệt sau chương trình giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, dự phòng biến chứng, tăng huyết áp

**CHANGES IN THE PRACTICE ON PREVENTING COMPLICATIONS
AMONG OUT-PATIENTS WITH HYPERTENSION
AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL IN 2021**

ABSTRACT

Objective: To assess the current practice on preventing complications in patients with hypertension and the changes after health educational intervention at Nghe An Friendship General Hospital. **Method:** The One Group Pretest-Posttest Design was conducted among 89 hypertensive out-patients managed by Nghe An Friendship General Hospital from February to April 2021. The same tool was used for evaluating the patients' practice before the intervention and one month later. **Results:** Before the intervention, the mean

Tác giả: Nguyễn Thị Hương
Địa chỉ: Trường Đại học Y khoa Vinh
Email: quynhhuong.dhyvinh@gmail.com

Ngày phản biện: 01/9/2021
Ngày duyệt bài: 06/9/2021
Ngày xuất bản: 30/9/2021

score of patients' practice was 14.30 ± 6.61 points out of total 32 points by the scale. The percentage of patients who had practice at the accepted level was 44.9%. One month after completing the intervention, the mean score of practice increased significantly at 19.40 ± 5.89 points in comparison with this before the intervention ($p < 0.05$). Also, the percentage of patients who had practice at the accepted level went up to 75.3%, was considerably higher than 44.9% before the intervention. **Conclusion:** The study showed patients' practice on preventing hypertensive complications was still poor, then improved significantly after the health education program.

Keywords: Health education, complications, hypertension

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) đã và đang là căn bệnh có xu hướng tăng nhanh trên toàn cầu cũng như ở Việt Nam trong thời gian gần đây. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, THA hiện tác động đến gần 1 tỷ người trên khắp thế giới và có thể tăng lên mức 1,5 tỷ người vào năm 2025 [1]. Ở Châu Á, cứ 4 người trưởng thành thì có 1 người bị THA [2]. Tại Việt Nam, năm 2015 là trên 40% người bệnh THA ở người trưởng thành [3]. Đây cũng là căn bệnh có tỷ lệ gây ra các bệnh lý về tim mạch nhiều nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay. Tỷ lệ tử vong và tàn phế do THA là 20-30% và biến chứng xuất huyết não lên tới 45-50% [4]. Các biến chứng của THA là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong các bệnh về tim mạch. Bệnh gây ra gánh nặng về kinh tế - tinh thần đối với mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng [5]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc cải thiện và tuân thủ thực hành dự phòng các biến chứng do tăng huyết áp cho người bệnh là một trong các biện pháp có hiệu quả góp phần giảm tỷ lệ các biến chứng do tăng huyết áp gây ra [5], [6]. Kiểm soát huyết áp hiệu quả làm giảm 40% nguy cơ đột quỵ và 15% nguy cơ nhồi máu cơ tim [7]. Tuy nhiên, trên thực tế việc thực hành dự phòng biến chứng của người bệnh THA còn thấp [6]. Để đóng góp vào công tác quản lý

người bệnh THA, hạn chế các biến chứng do THA gây ra cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Thay đổi thực hành về dự phòng biến chứng cho người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2021*”. Với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng thực hành về dự phòng biến chứng của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2021.*

2. *Đánh giá sự thay đổi thực hành về dự phòng biến chứng của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An sau chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh THA đang được điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh có thời gian điều trị ngoại trú tăng huyết áp từ 1 tháng trở lên tính đến thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, có khả

năng tham gia chương trình giáo dục sức khỏe và trả lời các câu hỏi phỏng vấn,

Người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh trong tình trạng phải chuyển vào điều trị nội trú.

Người bệnh đã từng tham gia một chương trình giáo dục sức khỏe có nội dung tương tự.

Người bệnh không tham gia đủ các hoạt động của nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Thời gian: từ tháng 02/2021 đến tháng 04/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp so sánh sau không nhóm chứng.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu thực tế của nghiên cứu là 89 người bệnh.

Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng phiếu điều tra được thiết kế sẵn. Nội dung của phiếu điều tra giống nhau cho các lần đánh giá trước và sau can thiệp.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Để đánh giá thực hành về phòng ngừa biến chứng, nhóm nghiên cứu sử dụng bộ công cụ của tác giả Đinh Thị Thu, 2018 [6]. Bộ công cụ được tác giả đánh giá độ đặc hiệu với CVI 0,82 và độ tin cậy cronback alpha 0,72. Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 2 phần:

Phần A: Thông tin chung gồm: Tuổi, giới tính.

Phần B: Thực hành phòng biến chứng THA: 20 câu từ câu 1 đến câu 20 [6], gồm:

Thực hành đo huyết áp: câu 1, câu 2, câu 3, câu 4.

Thực hành khi huyết áp cao đột ngột: câu 5, câu 6.

Tuân thủ điều trị thuốc: câu 7, câu 8, câu 9, câu 10.

Tuân thủ chế độ ăn: câu 11 đến câu 18.

Tuân thủ phòng cơn THA kịch phát: câu 19, câu 20.

Trong đó, câu 1, câu 2, câu 3, câu 4, câu 20 là câu nhiều lựa chọn, mỗi thực hành đúng trong câu được 1 điểm. Các câu còn lại là câu 1 lựa chọn, mỗi thực đúng tính 1 điểm, sai/không biết tính 0 điểm.

- Cách đánh giá:

Trong nghiên cứu này, để đánh giá người bệnh có thực hành về phòng tránh biến chứng do THA ở mức đạt thì người bệnh phải trả lời đúng trên 50% nội dung thực hành trong tổng số nội dung thực hành được đánh giá [6]. Với tổng điểm thực hành là 32 điểm, tiêu chuẩn đánh giá đạt yêu cầu về thực hành phòng biến chứng do THA là từ 16 điểm trở lên.

2.7. Nội dung can thiệp giáo dục

Dựa trên khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Y tế Việt nam, gồm:

+ Uống thuốc điều trị tăng huyết áp

THA là bệnh mạn tính, chính vì vậy việc uống thuốc điều trị THA hàng ngày và liên tục là điều rất quan trọng giúp NB ổn định HA, cải thiện được tình trạng bệnh, hạn chế tối đa các biến chứng.

+ Tích cực thay đổi lối sống

Tại Việt Nam theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị THA của Bộ Y tế áp dụng cho mọi NB để ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh và giảm nguy cơ mắc biến chứng do THA gây ra [1]. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống: áp dụng cho mọi NB để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cần dùng...

Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:

Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).

Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.

Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.

Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m².

Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.

Hạn chế uống rượu, bia: Số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh.

Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.

Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.

Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý. Tránh bị lạnh đột ngột.

+ Theo dõi huyết áp, nhận biết và xử trí các dấu hiệu của biến chứng do tăng huyết áp

Trong các khuyến cáo mới nhất WHO, JNC cũng như các tổ chức phòng chống THA trên thế giới và Phân hội THA Việt Nam, những người mắc THA cần theo dõi HA thường xuyên hàng ngày vào những giờ nhất định hoặc khi có dấu hiệu bất thường. Theo dõi HA mang lại nhiều lợi ích cho NB: Theo dõi sự thay đổi của HA, đánh giá được sự đáp ứng của thuốc hạ huyết áp, nhận biết dấu hiệu của các biến chứng....

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

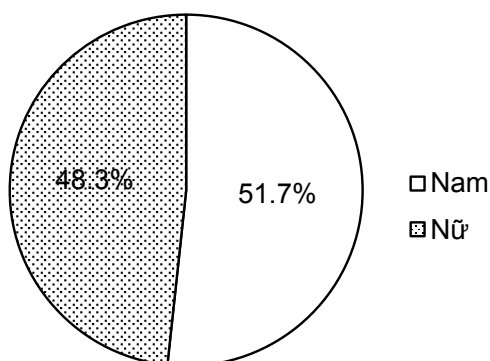
Thực hiện trên phần mềm SPSS 22.0, sử dụng t-student để so sánh 2 giá trị trung bình với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của người bệnh tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=89)

Đặc điểm	SL	%	
Tuổi (năm)	< 40	1	1,1
	40 - 60	6	6,7
	60 - 80	67	75,3
	>80	15	16,9
	Trung bình: 71,13 ± 9,66		
Trẻ nhất: 38 ; Già nhất: 91			



Nhận xét: Bảng 1 và biểu đồ 1 cho thấy đa số (92,1%) là người cao tuổi (>60) và không có sự chênh lệch đáng kể giữa tỷ lệ người bệnh nam và nữ.

3.2. Thực trạng thực hành về dự phòng biến chứng THA của NB trước can thiệp GDSK

Biểu đồ 1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=89)

Bảng 2. Thực hành về đo huyết áp và xử trí huyết áp cao của người bệnh (n=89)

Nội dung đánh giá	Thực hiện của người bệnh	SL	%
Tần suất đo huyết áp	Hàng ngày	11	12,4
	Hàng tuần	19	21,3
	Hàng tháng	2	2,2
Chuẩn bị trước khi đo huyết áp	Kiểm tra lại huyết áp kế	29	32,6
	Nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo	22	24,7
	Trước khi đo 30 phút không dùng các chất kích thích	40	44,9
Tư thế đo huyết áp	Nằm trên giường duỗi thẳng cánh tay.	7	7,9
	Ngồi và để thẳng tay lên bàn	81	91
Xử trí khi nghi ngờ HA tăng	Nghỉ ngơi, đo huyết áp	28	31,5
Hành động khi HA tăng	Bình tĩnh nghỉ ngơi, dùng thuốc hạ áp xuống từ từ	89	100

Nhận xét: Có 21,3% NB thực hành đo huyết áp hàng tuần; 44,9% NB không sử dụng chất kích thích trước khi đo huyết áp; 91% NB khi đo huyết áp tư thế ngồi và để thẳng tay lên bàn. 100% NB lựa chọn bình tĩnh dùng thuốc để hạ áp xuống từ từ khi thấy HA tăng; 31,5% NB khi nghi ngờ THA đã nghỉ ngơi, đo huyết áp.

Bảng 3. Tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh (n=89)

Nội dung đánh giá	Thực hiện của người bệnh	SL	%
Điều trị THA	Dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống	48	53,9
Tự ý ngừng thuốc khi huyết áp ổn định	Không	78	87,6
Cách dùng thuốc điều trị huyết áp	Không	78	87,6
Mức độ quên uống thuốc	Không bao giờ quên	45	50,6

Nhận xét: Có 87,6% NB không tự ý dùng thuốc khi HA ổn định và dùng thuốc điều trị THA liên tục, lâu dài; Trong khi đó chỉ có 53,9% NB có biết điều trị HA phải dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống.

Bảng 4. Thực hành thay đổi lối sống, phòng cơ tăng huyết áp kích phát của người bệnh (n=89)

Nội dung đánh giá	Thực hiện của người bệnh	SL	%
Sử dụng thêm muối	Không bao giờ	22	24,7
Ăn thức ăn mặn	Không bao giờ	2	2,2
Giảm sử dụng muối	≤ 1 thìa cà phê/ngày	15	16,9
Ăn tăng rau và hoa quả	Thường xuyên	61	68,5
Chế biến thức ăn bằng mỡ động vật	Không bao giờ	60	67,4
Hút thuốc lá, thuốc lào	Không bao giờ	70	78,7
Sử dụng rượu, bia	Không uống rượu bia	65	73,0
Tập thể dục thể thao	Thường xuyên (30-60ph/ngày)	19	21,3
Khoảng thời gian đi tái khám	1 tháng/ lần	89	100,0

Nội dung đánh giá	Thực hiện của người bệnh	SL	%
Các biện pháp đã làm để phòng cơn THA kịch phát	Không đi vệ sinh đêm bên ngoài, tránh nhiễm lạnh	64	71,9
	Không để quạt thổi vào người khi ngủ	76	85,4
	Không tắm nước lạnh	67	75,3
	Không bật dậy ngay khi ngủ	79	88,8
	Không để bị xúc động mạnh	13	14,6

Nhận xét: Có 78,7% NB không bao giờ hút thuốc lá, thuốc lào; 73% NB không uống rượu bia. Tuy nhiên, chỉ có 2,2% NB là không bao giờ ăn mặn. 100% NB tham gia tái khám 1lần/tháng; 88,8% NB không bật dậy ngay khi ngủ dậy; Chỉ có 14,6% NB không để bị xúc động mạnh.

Bảng 5. Kết quả chung thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp (n=89)

Thực hành chung phòng biến chứng THA	SL	%
Đạt [≥ 16 điểm]	40	44,9
Không đạt [< 16 điểm]	49	55,1

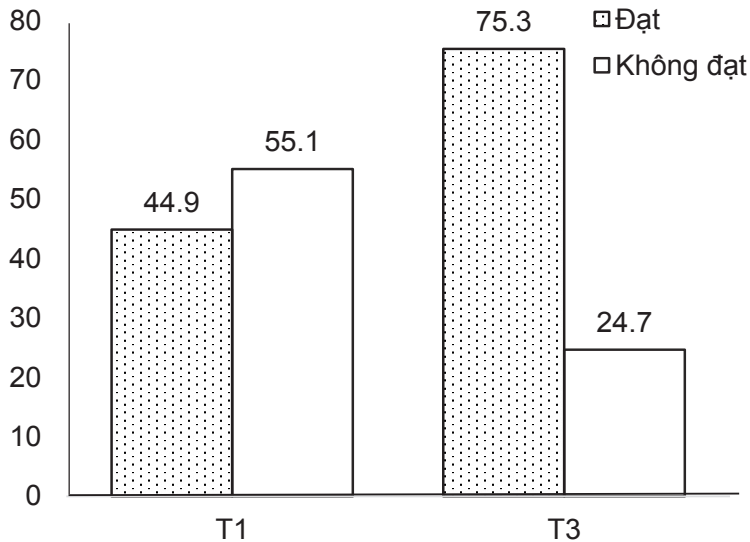
Nhận xét: NB thực hành phòng biến chứng do THA mức độ đạt 44,9%, trong khi có tới 55,1% NB thực hành mức không đạt.

3.3. Thay đổi thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp của người bệnh tham gia nghiên cứu sau can thiệp giáo dục

Bảng 6. Thay đổi điểm thực hành của người bệnh về phòng biến chứng do tăng huyết áp (n=89)

Thực hành phòng biến chứng	T1	T3	Phân tích 2 biến
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thực hành đo HA	3,37 ± 1,81	4,90 ± 1,73	t(1,3)= -15,10;p(1,2) <0,05
Xử trí khi huyết áp tăng cao đột ngột	1,31 ± 0,47	1,90 ± ,30	t(1,3)= -11,12;p(1,3) <0,05
Tuân thủ thuốc	2,36 ± 1,6	3,55 ± 1,01	t(1,3)= -8,73;p(1,3) <0,05
Tuân thủ chế độ ăn	2,84 ± 1,82	4,99 ± 2,27	t(1,3)= -16,22;p(1,3) <0,05
Thực hành phòng cơn THA kịch phát	3,21 ± 11,42	4,07 ± 1,16	t(1,3)= -11,01;p(1,3) <0,05
Tổng điểm thực hành	14,30± 6,61	19,40±5,89	t(1,3)= -21,33;p(1,3) <0,05

Nhận xét: Có sự tăng điểm thực hành có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở tất cả các nội dung thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp tại sau 1 tháng kể từ khi kết thúc can thiệp giáo dục sức khỏe (T3) so với thời điểm trước can thiệp (T1).



Biểu đồ 2. Thay đổi phân loại thực hành của người bệnh về phòng biến chứng do tăng huyết áp (n=89)

Nhận xét: Trước can thiệp chỉ có 44,9% NB thực hành phòng biến chứng do THA ở mức độ đạt (tại thời điểm T1). Sau can thiệp đã lên 75,3% NB thực hành mức độ đạt (tại thời điểm T3).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng thực hành về dự phòng biến chứng THA của ĐTNC trước can thiệp GDSK

Thực hành về đo huyết áp: Có 21,3% NB thực hành đo huyết áp (HA) hàng tuần; 12,4% đo HA hàng ngày, 2,2% đo HA hàng tháng; 32,6% NB có kiểm tra huyết áp trước khi đo; 24,7% nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo; 44,9% không sử dụng chất kích thích trước khi đo huyết áp 30 phút; 91% khi đo huyết áp tư thế ngồi và để thẳng tay lên bàn (Bảng 2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thu có 17,4% đo huyết áp hàng tuần; 14,9% đo huyết áp hàng ngày và có 1,9% người bệnh đo hàng tháng;

37% NB kiểm tra lại huyết áp trước khi đo, 23,9% nghỉ ngơi trước đo 15phút, có 3,7% NB không dùng chất kích thích trước khi đo 30 phút; 93,5% NB có tư thế ngồi và để tay trên bàn và chỉ có 93,5% nằm trên giường duỗi tay [6]. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ đo huyết áp hàng ngày còn khá thấp, NB nghỉ dùng thuốc hoặc/kết hợp thay đổi lối sống là đã kiểm soát được bệnh mà không cần theo dõi huyết áp thường xuyên. Điều này sẽ gây ra nhiều khó khăn cho việc đánh giá tác dụng dùng thuốc điều trị và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Do đó, bên cạnh đo huyết áp tại phòng khám, NVYT cần hướng dẫn tầm quan trọng cũng như cách đo huyết áp tại nhà cho NB/ người nhà NB, để họ tự theo dõi huyết áp hàng ngày [8].

Thực hành xử trí khi huyết áp tăng: 100% NB bình tĩnh dùng thuốc hạ áp xuống từ từ khi THA; 31,5% NB khi nghi ngờ THA đã nghỉ ngơi, đo huyết áp (Bảng 2).

Thực hành tuân thủ điều trị thuốc: 87,6% NB dùng thuốc điều trị THA liên tục, lâu dài; Trong khi đó, chỉ có 50,6% NB không bao giờ quên uống thuốc hạ áp; 87,6% không tự ý dùng thuốc khi HA ổn định và 53,9% có dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống (Bảng 3). So với nghiên cứu của Đinh Thị Thu có sự chênh lệch kết quả không đáng kể 67,4% NB thực hành dùng thuốc kết hợp thay đổi lối sống; 89,4% sử dụng thuốc hạ áp liên tục, lâu dài và chỉ có 57,5% NB không bao giờ quên uống thuốc. Để kiểm soát bệnh THA thì NB cần uống thuốc thường xuyên và liên tục, việc quên uống thuốc sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và kiểm soát bệnh THA. Từ thực tế này, gia đình và NVYT cần tăng cường nhắc nhở NB để giảm thiểu tối đa số lần quên thuốc [6].

Thực hành thay đổi yếu tố nguy cơ: Có 78,7% NB không bao giờ hút thuốc lá, thuốc lào; 73% đã bỏ hẳn hoặc không uống rượu bia. Tuy nhiên, chỉ có 2,2% NB là không bao giờ ăn mặn; 21,3% thường xuyên tập thể dục thể thao (Bảng 4). Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Thu có 76,7% NB không bao giờ hút thuốc lá, thuốc lào; 88% không uống bia; chỉ có 4% không bao giờ ăn đồ mặn; 34,8% tập thể dục thể thao [6]. Việc thay đổi chế độ ăn nhạt là rất khó thực hiện, đòi hỏi người bệnh phải có sự quyết tâm cao và nhận được hỗ trợ từ gia đình.

Thực hành phòng cơn tăng huyết áp kịch phát: có 100% người bệnh tham gia tái khám 1lần/tháng; 88,8% người bệnh không bất dậy ngay khi ngủ dậy (Bảng 4). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thu có 69,3% người bệnh thực

hiện đi khám định kỳ 1 tháng/lần; 91,3% người bệnh không bất dậy ngay sau khi ngủ dậy; 13,7% người bệnh ngủ không để thẳng quạt vào người. Việc khám định kỳ hoặc khi có dấu hiệu không khỏe giúp ngăn ngừa được các biến chứng do THA. Và người bệnh THA khi gặp yếu tố thuận lợi thì sẽ gây tăng huyết áp đột ngột... rất dễ dẫn đến biến chứng TBMMN [6].

Kết quả chung thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp: có 40 NB thực hành phòng biến chứng do THA mức độ đạt 44,9% và 55,1% NB thực hành mức không đạt (Bảng 5). Kết quả không có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đinh Thị Thu có 55,3% người bệnh thực hành mức độ đạt và 44,7% người bệnh thực hành mức độ không đạt [6]. Theo nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Thủy tỷ lệ người cao tuổi có thực hành tuân thủ điều trị đạt 39,1% tại thời điểm trước can thiệp [9].

Tuân thủ điều trị thuốc, lối sống, chế độ ăn có vai trò quan trọng trong việc phòng biến chứng do THA gây ra. Ngược lại, không tuân thủ điều trị dẫn đến kết cục lâm sàng xấu, gia tăng tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong và chi phí chăm sóc y tế không cần thiết [10]. Tuân thủ sử dụng thuốc kém được xác định là nguyên nhân chính của sự thất bại trong kiểm soát THA [11]. Vì vậy, giáo dục sức khỏe giúp người bệnh THA nhận thức và thực hành đúng các biện pháp phòng ngừa biến chứng do THA là cần thiết và thực hiện nhiệm vụ này cũng là chức năng, nhiệm vụ của người điều dưỡng như đã được quy định tại Thông tư 07/2011/TT-BYT của Bộ Y tế.

4.2. Thay đổi thực hành phòng biến chứng do tăng huyết áp của người bệnh tham gia nghiên cứu sau can thiệp giáo dục

Trước can thiệp (T1) chỉ có 44,9% người

bệnh thực hành phòng biến chứng do THA ở mức độ đạt. Sau can thiệp 1 tháng (T3) tỷ lệ này tăng lên đạt 75,3% (Biểu đồ 2).

Điểm trung bình thực hành phòng biến chứng trước can thiệp (T1) đạt $14,30 \pm 6,61$ điểm thấp hơn so với $19,40 \pm 5,89$ điểm tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp (T3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 6).

Trong nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh, sau can thiệp đã giúp tăng thêm 26,4% NB biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và tăng tỷ lệ NB có kỹ năng tự đo huyết áp đúng cách thêm 17,6%. Đặc biệt, về cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị, can thiệp đã giúp tăng thêm 29,2% tỷ lệ NB điều trị thuốc hạ huyết áp và giúp tăng thêm 22,6% tỷ lệ NB tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ [12].

Theo nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Thủy: Trước can thiệp, thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi còn hạn chế với điểm trung bình chỉ đạt $14,31 \pm 5,47$ điểm trên điểm tổng là 41 điểm. Sau can thiệp 4 tuần, thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi đã được cải thiện rõ rệt đạt $30,18 \pm 7,21$ điểm. Tỷ lệ người cao tuổi có thực hành tuân thủ điều trị đạt 39,1% tại thời điểm trước can thiệp tăng lên 60,9% sau can thiệp 4 tuần [9].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu can thiệp giáo dục đã đề cập, đều chứng minh hiệu quả của GDSK trong việc nâng cao kiến thức, thực hành cho NB. Tăng hiệu quả các biện pháp can thiệp về tuân thủ có thể có tác động lớn đến sức khỏe của người dân hơn bất cứ cải tiến nào trong điều trị y tế chuyên biệt [13]. THA là một tình trạng hầu như được quản lý hoàn toàn bởi nhóm chăm sóc chính bao

gồm nhiều chuyên gia y tế như bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe đồng minh khác như bác sĩ vật lý trị liệu, những người thường xuyên làm việc trong lĩnh vực phục hồi chức năng tim [14]. Tất cả các chuyên gia đều có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc giảm huyết áp. Can thiệp giáo dục làm tăng mức độ hiểu biết của người tham gia về bệnh THA và có ảnh hưởng tích cực đến niềm tin của họ về thuốc, tạo cơ hội cho NB hiểu rõ hơn về tình trạng của họ và vai trò của các liệu pháp, cũng như nâng cao nhận thức về sự tiến triển và biến chứng của bệnh [15]. Vì vậy, NVYT cần tiếp tục tư vấn giáo dục kiến thức, thực hành cho người bệnh và đặc biệt chú ý, trước khi tư vấn giáo dục cho người bệnh NVYT cần phải biết được người bệnh đã có kiến thức, thực hành nào đúng, chưa đúng để từ đó đưa ra nội dung giáo dục phù hợp, làm tăng hiệu quả giáo dục sức khỏe cho người bệnh, giúp người bệnh phòng được biến chứng do bệnh tăng huyết áp gây ra.

5. KẾT LUẬN

Điểm trung bình thực hành đạt $14,30 \pm 6,61$ điểm. Tỷ lệ người bệnh thực hành ở mức đạt là 44,9%. Điểm trung bình thực hành sau can thiệp 1 tháng đạt $19,40 \pm 5,89$ điểm cao hơn có ý nghĩa so với $14,30 \pm 6,61$ điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh thực hành ở mức độ đạt sau can thiệp 1 tháng đạt 75,3% cao hơn so với 44,9% trước can thiệp.

Can thiệp giáo dục sức khỏe cần được thực hiện như một nội dung thường quy tại các phòng khám và quản lý tăng huyết áp ngoại trú để duy trì, củng cố và cải thiện thực hành tuân thủ phòng biến chứng do tăng huyết áp cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO-Western Pacific Region (2017). Complication prevention for patients with Hypertension. ISBN 978 92 9061 803 4© World Health Organization 2017. <https://iris.wpro.who.int/> accessed dated 15 February 2021.
2. Aysha Almas et al. (2012). Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Research Notes* 2012,2-8, 579.
3. Phân hội THA Việt Nam(2017). Số người bị Tăng huyết áp đang ở mức báo động đỏ. <https://tanghuyetap.vn/last updated: 19 tháng 5/2017>.
4. Walerian Piotrowski Aleksandra Piwońska, and Grażyna Broda (2012). Knowledge about arterial hypertension in the Polish population: the WOBASZ study. *Kardiol Pol.* 70, 140-146.
5. Nguyễn Thái Hoàng, Trần Thái Thanh Tâm và Nguyễn Thị Lệ (2012). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến huyết áp ở người cao tuổi, *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh* (16), 161- 167.
6. Đinh Thị Thu (2018). Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về dự phòng biến chứng do tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, *Luận văn Thạc sỹ*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
7. American Heart Association (2021). Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2021 Feb 23;143(8):e254-e743.
8. Trịnh Thị Hương Giang (2015). Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. *Luận văn Thạc sỹ*. Trường Đại học Y Tế Công Cộng.
9. Nguyễn Thị Thu Thủy (2018). Đánh giá thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bắc Ninh năm 2018. *Luận văn Thạc sỹ*. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
10. Brown M.T., Bussell J.K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic proceedings*, 86 (4), 304-314.
11. Burkhart P.V., Sabate E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action”, *J Nurs Scholarsh.* 35 (3), 207.\
12. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017). Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình, *Luận văn Thạc sỹ*. Trường Đại học Y tế Công cộng.
13. Burkhart P.V., Sabate E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Nurs Scholarsh J*, 35 (3), 207.
14. Cibele D Ribeir, et al (2014). Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *Cardiovascular medicine Protocol*. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006583>
15. Magadza C, et al (2009). The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. *Res Soc Adme Pharm.* 5.