

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION ON TREATMENT COMPLIANCE OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Duy Quyet*

Vinh University of Medicine - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh, Nghe An, Vietnam

Received: 10/05/2024

Revised: 29/05/2024; Accepted: 24/06/2024

ABSTRACT

Objective: Describe the current situation and evaluate the effectiveness of health education on treatment compliance of hypertensive patients at Vinh Medical University Hospital.

Research methods: Research on health education intervention on a group of subjects with comparison before and after intervention with a sample size of 96 hypertensive patients at Vinh Medical University Hospital from September 2023 until June 2024.

Results: The lowest age of the research subject is 47 years old, the highest age is 92 years old; the number of people over 70 years old accounts for 51.1%; females account for a higher proportion of 60.4%; duration of illness ranges from 1 month to 10 years, the period from 1-5 years accounts for 55.1%.

Before intervention, the patient's average compliance score for hypertension treatment reached 62.3 ± 9.8 points out of a total score of 76 points. After 1 month and 2 months of intervention, patients' compliance with hypertension treatment was significantly improved, reaching 65.6 ± 8.7 points and 69.8 ± 8.4 points. The rate of patient compliance with treatment reached 44.8% before intervention, increasing to 79.2% and 85.4% after 1 month and 2 months after intervention.

Conclusion: Health education for patients to comply with hypertension treatment is very necessary and should be carried out regularly at medical facilities to improve the efficiency and quality of treatment.

Keywords: Hypertension, treatment compliance, Vinh Medical University Hospital.

* Corresponding author

Email address: quyetduy35@gmail.com.vn

Phone number: (+84) 975204931

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1307>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA GIÁO DỤC SỨC KHỎE LÊN SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Duy Quyết*

Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2024

Ngày chỉnh sửa: 29/05/2024; Ngày duyệt đăng: 25/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng và đánh giá hiệu quả của giáo dục sức khỏe lên sự tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường đại học Y khoa Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe trên một nhóm đối tượng có so sánh trước và sau can thiệp với cỡ mẫu là 96 người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi thấp nhất của đối tượng nghiên cứu là 47 tuổi, cao nhất là 92 tuổi; số người trên 70 tuổi chiếm 51,1%; nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (60,4%); thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 10 năm, khoảng thời gian từ 1-5 năm chiếm 55,1%.

Trước can thiệp, điểm trung bình tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh đạt $62,3 \pm 9,8$ điểm trên tổng số 76 điểm. Sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng, sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh đã được cải thiện rõ rệt, đạt $65,6 \pm 8,7$ điểm và $69,8 \pm 8,4$. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị đạt 44,8% tại thời điểm trước can thiệp tăng lên 79,2% và 85,4% sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng.

Kết luận: Giáo dục sức khỏe cho người bệnh tuân thủ điều trị tăng huyết áp là rất cần thiết và cần được thực hiện thường xuyên tại các cơ sở y tế để nâng cao hiệu quả, chất lượng điều trị.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh.

* Tác giả liên hệ

Email: quyetduy35@gmail.com.vn

Điện thoại: (+84) 975204931

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1307>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một thách thức lớn về sức khỏe cộng đồng, ảnh hưởng đến hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới; nó ảnh hưởng không tương xứng đến dân số ở các nước thu nhập thấp và trung bình, nơi hệ thống y tế nói chung còn yếu [1]. Theo số liệu thống kê năm 2016, khoảng 17,9 triệu người chết vì bệnh tim mạch, đại diện cho 31% tổng số trường hợp tử vong trên toàn cầu, trong đó có 9,4 triệu người tử vong do tăng huyết áp (HA). Trên toàn thế giới, khoảng 1,13 tỷ người bị tăng HA và 2/3 trong số họ sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [2].

Người bệnh (NB) tăng HA tuân thủ điều trị có khả năng kiểm soát được HA gấp 3,5 lần so với những NB tuân thủ điều trị kém hoặc không tuân thủ điều trị [3]. Công tác tư vấn giáo dục sức khỏe cho NB, một trong những nhiệm vụ của người điều dưỡng và là một giải pháp ít tốn kém đã được chứng minh là đem lại kết quả cao và lâu dài [4].

Việc giáo dục sức khỏe làm thay đổi hành vi tuân thủ điều trị của NB tăng HA là vô cùng cần thiết trong việc kiểm soát HA, giảm nguy cơ các biến chứng. Tại Việt Nam, dựa trên khuyến cáo của Bộ Y tế [5], một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị đã được tiến hành [6], [7] đề cập đến các nội dung của tuân thủ điều trị như: tuân thủ dùng thuốc, chế độ ăn, hạn chế uống rượu/bia, không hút thuốc lá/thuốc lào, luyện tập hoạt động thể lực, theo dõi HA thường xuyên.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mong muốn đánh giá sự tuân thủ điều trị tăng HA, trên cơ sở đó thực hiện can thiệp giáo dục phù hợp với chức năng nhiệm vụ của người điều dưỡng, góp phần vào việc kiểm soát tăng HA một cách hiệu quả cho NB.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp trên một nhóm đối tượng có so sánh trước sau (One-group Pretest-Posttest Design).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Những NB điều trị tăng HA tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Công thức cỡ mẫu được áp dụng cho nghiên cứu trên một nhóm có so sánh trước và sau của Stephen Kaggwa Lwanga và cộng sự [8]:

$$n = \frac{[Z_{(1-\alpha)} \sqrt{P_0(1-P_0)} + Z_{(1-\beta)} \sqrt{P_1(1-P_1)}]^2}{(P_0 - P_1)^2}$$

Trong đó:

+ n là số NB tham gia nghiên cứu.

+ $Z_{(1-\alpha)}$ là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α . Với lực mẫu là 90% ($\beta = 0,1$), mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 0,05$), tương đương với $Z_{(1-\alpha)} = 1,65$ và $Z_{(1-\beta)} = 1,29$.

+ p_0 là tỷ lệ NB tuân thủ điều trị trước can thiệp.

+ p_1 là tỷ lệ NB tuân thủ điều trị sau can thiệp.

Thay vào công thức trên tính được $n = 87$. Để tránh trường hợp mất số liệu khi phỏng vấn đối tượng nghiên cứu sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng, chúng tôi lấy thêm 10% lượng NB. Do đó cỡ mẫu cần lấy là: $87 + 87 \times 10\% = 96$ NB.

Phương pháp chọn mẫu: chọn NB được chẩn đoán tăng HA điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024 theo tiêu chuẩn chọn mẫu thuận tiện tới khi đủ cỡ mẫu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp NB dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

Tiến trình thu thập số liệu:

- Bước 1: Xây dựng, xin ý kiến và hoàn thiện bộ công cụ.

- Bước 2: Tiến hành đánh giá tuân thủ điều trị của NB tăng HA bằng bộ công cụ chuẩn bị sẵn.

- Bước 3: Tiến hành giáo dục sức khỏe cho NB tăng HA. Nội dung giáo dục sức khỏe được xây dựng dựa trên Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng HA của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (2018) [9] và Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng HA của Hội Tăng HA thế giới (2020) [10]. Mỗi lần giáo dục sức khỏe dài khoảng 15-20 phút tại phòng bệnh và theo lịch hẹn.

- Bước 4: Đánh giá sau can thiệp 1 tháng (T2) khi NB đến khám lại theo hẹn. Đánh giá sự tuân thủ điều trị tăng HA của NB, sử dụng cùng bộ công cụ như trước giáo dục sức khỏe. So sánh sự thay đổi hành vi tuân thủ với trước can thiệp (T1).

- Bước 5: Đánh giá sau can thiệp 2 tháng (T3) khi NB đến khám lại theo hẹn. Sử dụng cùng bộ công cụ để đánh giá, so sánh với T1 và T2 để xem xét tính bền vững của can thiệp giáo dục sức khỏe.

Cách tính điểm: Bộ câu hỏi đánh giá sự tuân thủ của NB tăng HA cho nghiên cứu gồm 2 phần: đánh giá NB theo thang đo Hill-bone (14 câu hỏi) và các biện pháp không dùng thuốc khác (5 câu hỏi), mỗi câu hỏi đánh giá theo thang điểm từ 1-4 và tổng là 76 điểm. Căn cứ vào các nghiên cứu đánh giá tuân thủ

điều trị NB tăng HA sử dụng thang đo Hill-bone, thì điểm đạt trên 80% (≥ 61 điểm) được coi là tuân thủ điều trị, < 80% (60 điểm trở xuống) được coi là chưa tuân thủ điều trị [11].

2.6. Biến số nghiên cứu

- Thông tin nhân khẩu học: tuổi, giới, trình độ học vấn, công việc hiện tại, hoàn cảnh gia đình của NB.

- Thông tin liên quan đến điều trị tăng HA: hoàn cảnh phát hiện tăng HA, số đo HA, thời gian điều trị tính từ lần đầu được chẩn đoán và dùng thuốc theo đơn của bác sỹ, từng bị biến chứng do tăng HA, bệnh kết hợp, người nhắc nhở tuân thủ điều trị.

- Đánh giá về tuân thủ điều trị tăng HA: thực hiện dùng thuốc hạ HA, thực hiện ăn hạn chế muối, giữ lịch hẹn và các biện pháp không dùng thuốc khác.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Kết quả thể hiện theo dạng bảng tần số, tỷ lệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y khoa Vinh theo Quyết định số 1488/QĐ-ĐHYKV-QLKH và Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh. Thông tin về NB được mã hóa, các số liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm về nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu (n = 96)

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu		Số NB	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	38	39,6
	Nữ	58	60,4
Tuổi	Thấp nhất	47	
	Cao nhất	92	
	Dưới 60 tuổi	20	20,8
	Từ 60-70 tuổi	27	28,1
	Trên 70 tuổi	49	51,1
Trình độ học vấn	Mù chữ	0	0
	Biết đọc, biết viết	6	6,3
	Tiểu học	17	17,7
	Trung học cơ sở	38	39,6
	Trung học phổ thông	21	21,9
	Trung cấp	7	7,3
	Cao đẳng/Đại học	5	5,2
Sau đại học	2	2,1	
Công việc hiện tại	Vẫn đi làm (có hưởng lương)	25	26
	Nghỉ hưu hoặc không đi làm	71	74
Hoàn cảnh gia đình	Sống 1 mình	14	14,6
	Sống chung với gia đình	82	85,4

Lứa tuổi trên 70 chiếm 51,1% và nữ giới nhiều hơn nam giới (60,4% và 39,6%); không có NB nào không biết chữ, chủ yếu có trình độ trung học cơ sở (39,6%) và đã nghỉ hưu (74%); 85,4% NB sống cùng gia đình.

Bảng 2: Đặc điểm liên quan đến điều trị (n = 96)

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh được chẩn đoán bệnh tăng HA	Có triệu chứng và đi khám	42	43,7
	Tình cờ phát hiện khi đi khám bệnh khác	54	56,3
Phân độ tăng HA khi mới điều trị	Tăng HA độ I	6	6,3
	Tăng HA độ II	52	54,2
	Tăng HA độ III	38	39,6

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
HA trước can thiệp	Đạt HA mục tiêu	52	54,2
	Không đạt HA mục tiêu	44	45,8
HA sau can thiệp 1 tháng	Đạt HA mục tiêu	58	60,4
	Không đạt HA mục tiêu	38	39,6
HA sau can thiệp 2 tháng	Đạt HA mục tiêu	61	63,5
	Không đạt HA mục tiêu	35	36,5
Thời gian điều trị	Dưới 1 năm	12	12,6
	Từ 1-5 năm	53	55,1
	Từ 5-10 năm	30	31,3
	Trên 10 năm	1	1,0
Tiền sử có biến chứng bệnh tim mạch	Có	53	55,8
	Không	43	44,2
Mắc bệnh đái tháo đường hay các bệnh mạn tính khác	Có	17	17,7
	Không	79	82,3
Người nhắc nhở tuân thủ điều trị	Có	11	11,5
	Không	85	88,5

43,7% NB có triệu chứng và đi khám bệnh; 55,1% bị tăng HA từ 1-5 năm và đa số NB đang ở giai đoạn tăng HA độ II và III. 55,8% tiền sử có biến chứng bệnh tim mạch. 17,7% NB mắc bệnh đái tháo đường hay các bệnh mạn tính khác và 88,5% người không được nhắc nhở tuân thủ điều trị.

Bảng 3: Điểm trung bình tuân thủ điều trị tăng HA của NB trước và sau can thiệp 1 tháng, 2 tháng (n = 96)

Thời điểm đánh giá	Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Điểm trung bình	p
Trước can thiệp (T1)	45	65	62,3 ± 9,8	p ₂₋₁ < 0,05 p ₃₋₁ < 0,05
Sau can thiệp 1 tháng (T2)	55	75	65,6 ± 8,7	
Sau can thiệp 2 tháng (T3)	58	76	69,8 ± 8,4	

Trước can thiệp giáo dục sức khỏe, điểm trung bình đạt 62,3 ± 9,8 điểm trên tổng tối đa 76 điểm. Đã có sự cải thiện đáng kể về tuân thủ điều trị của NB tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng thể hiện qua tổng điểm đạt được lần lượt là 65,6 ± 8,7 điểm và 69,8 ± 8,4 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4: Tuân thủ điều trị tăng HA trước can thiệp và sự thay đổi sau can thiệp 1 tháng, 2 tháng (n = 96)

Tuân thủ điều trị tăng HA	Trước can thiệp (T1)		Sau can thiệp 1 tháng (T2)		Sau can thiệp 2 tháng (T3)		p
	Số NB	Tỷ lệ (%)	Số NB	Tỷ lệ (%)	Số NB	Tỷ lệ (%)	
Tuân thủ	36	37,5	76	79,2	82	85,4	p ₂₋₁ < 0,05
Không tuân thủ	60	62,5	20	21,8	14	14,6	p ₃₋₁ < 0,05

Trước can thiệp, việc tuân thủ điều trị của NB còn ở mức khá thấp (37,5%). Sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị đã tăng thêm lần lượt là 79,2% và 85,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: Kết quả tuân thủ theo từng nội dung trước và sau can thiệp (n = 96)

Nội dung	Trước can thiệp (T1)		Sau can thiệp 1 tháng (T2)		Sau can thiệp 2 tháng (T3)		p
	Số NB	Tỷ lệ (%)	Số NB	Tỷ lệ (%)	Số NB	Tỷ lệ (%)	
Tuân thủ dùng thuốc	14	14,6	76	79,2	84	87,5	< 0,05
Tuân thủ chế độ ăn	17	17,7	65	67,7	80	83,3	
Tuân thủ tái khám	30	31,3	69	71,9	90	93,8	
Thay đổi sinh hoạt	35	36,5	66	68,8	86	89,6	

Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc, chế độ ăn, tái khám, sinh hoạt lần lượt là 14,6%, 17,7%, 31,3% và 36,5%. Tỷ lệ tuân thủ tăng cao ở tất cả các nội dung sau 2 lần giáo dục sức khỏe.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam giới (39,58%) thấp hơn nữ giới (60,42%). Không có NB nào không biết chữ, NB chủ yếu trình độ trung học cơ sở (39,6%), đã nghỉ hưu (74%) và sống cùng gia đình (85,4%). Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy với tỷ lệ NB nam giới (42,9%) cũng thấp hơn nữ giới (57,1%) [12].

Về trình độ học vấn của NB, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy với tỷ lệ cao nhất ở nhóm có trình độ trung học cơ sở (40%) [13].

Chúng tôi thấy đa số NB đã nghỉ hưu hoặc không đi làm (74%) là phù hợp, vì đa số NB đã đủ tuổi nghỉ hưu (trên 60 tuổi). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (92,7%) [13] và Nguyễn Thị Thúy (79%) [12].

Kết quả trong nghiên cứu cũng có sự tương đồng với tỷ lệ NB đang sống cùng gia đình trong các nghiên cứu của Bùi Chí Anh Minh (92,4%) [14], Nguyễn Thị Thu Thủy (96,4%) [12] và Nguyễn Thị Thúy (96,9%) [13].

4.2. Đặc điểm liên quan đến điều trị.

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 2 cho thấy 43,7% NB có triệu chứng và đi khám; 55,1% bị tăng HA từ 1-5 năm và đa số NB đang ở giai đoạn tăng HA độ II và III; 55,8% NB trong tiền sử có biến chứng bệnh tim mạch; 17,7% mắc bệnh đái tháo đường hay các bệnh mạn tính khác và 88,5% NB không được nhắc nhở tuân thủ điều trị. Kết quả này là phù hợp vì NB tăng HA không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện bệnh và có triệu chứng khi đi nằm điều trị [5]. Giai đoạn phát hiện tăng HA của NB lúc mới phát hiện cao nhất là tăng HA độ II (54,2%), tiếp đến là tăng HA độ III (39,6%), và với tỷ lệ không đáng kể là tăng HA độ I (6,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy: cao nhất là tăng HA độ II (52,7%), tiếp đến là tăng HA độ III (40,9%) và tăng HA độ I (6,4%) [13]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Bùi Chí Anh Minh về tăng HA độ III (48,3%), tăng HA độ II (38,1%), tăng HA độ I (13,6%) [14].

Tuổi thấp nhất của NB là 47, tuổi cao nhất là 92 tuổi; số người trên 70 tuổi chiếm 51,1%. Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (60,4%); thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 10 năm, trong đó thời gian từ 1-5 năm chiếm 55,1%.

Tỷ lệ NB có biến chứng là 55,8%, tương đương với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (44,6%) [13] và Bùi Chí Anh Minh (47,5%) [14].

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra có tới 17,7% NB mắc

thêm bệnh đái tháo đường hoặc bệnh mạn tính khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (2017) cho kết quả 59,2% NB có bệnh phối hợp kèm theo [7].

Trong nghiên cứu này, đa số NB chưa từng tham gia các nghiên cứu về tuân thủ tăng HA, chỉ có số ít NB có kiến thức tìm hiểu về tuân thủ điều trị và có con cháu làm trong ngành y, có tìm hiểu về bệnh tăng HA nên tỷ lệ được nhắc nhở tuân thủ điều trị rất thấp (11,5%), còn đa số (88,5%) không được nhắc nhở về tuân thủ điều trị bệnh tăng HA. Như vậy, việc giáo dục sức khỏe cho NB về tuân thủ điều trị tăng HA có vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bệnh tăng HA của NB, giúp NB kiểm soát được HA, giảm các biến chứng. Và sự thay đổi hành vi tuân thủ điều trị bệnh tăng HA sau giáo dục sức khỏe giúp NB nhận thức được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị trong quá trình điều trị bệnh, từ đó thay đổi được hành vi của người bệnh, giúp quá trình điều trị bệnh đạt hiệu quả cao.

4.3. Điểm trung bình tuân thủ điều trị tăng HA

Kết quả nghiên cứu về thời điểm trước can thiệp, điểm trung bình tuân thủ điều trị đạt $62,3 \pm 9,8$ điểm trên tổng số 76 điểm, thấp nhất là 46 điểm và cao nhất là 65 điểm. Sau can thiệp 1 tháng, điểm trung bình đã tăng lên $65,6 \pm 8,7$ điểm với điểm thấp nhất là 55 điểm và cao nhất lên tới 75 điểm.

4.4. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng HA trước can thiệp và những thay đổi sau can thiệp

Trong nghiên cứu của Uchmanowicz B và cộng sự về các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ở NB tăng HA, đã khẳng định khái niệm tuân thủ thực sự là điều cần thiết và được định nghĩa: “Tuân thủ điều trị là mức độ mà hành vi tương ứng với các khuyến nghị đã đồng ý từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe” [15].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp việc tuân thủ điều trị của NB còn ở mức khá thấp, chỉ có 36/96 NB (37,5%) tuân thủ điều trị, tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy với tỷ lệ đạt 39,1% [13].

Sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị đã tăng lên 79,2%. Mức tăng sau can thiệp là 40,1%, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy (68,8%) [12].

Sau can thiệp 2 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng HA vẫn được duy trì và một số đối tượng qua đánh giá sau 1 tháng được nhóm nghiên cứu khích lệ, động viên cũng thay đổi hành vi của mình, tỷ lệ tuân thủ lên tới 85,4%.

4.5. Kết quả tuân thủ theo từng nội dung trước và sau can thiệp

Trước can thiệp, tỷ lệ NB tuân thủ điều trị thuốc, chế độ ăn, tái khám, sinh hoạt lần lượt là 14,6%, 17,7%, 31,3% và 36,5%.

Sau 1 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đã tăng thêm 64,6%, đạt 79,2%; chế độ ăn đạt 67,7%. Các tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy: tuân thủ điều trị tăng từ 54,5% lên 71,9% khi tái khám

và tuân thủ thay đổi chế độ sinh hoạt là 68,8% [13].

Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đánh giá lại lần 2 sau 2 tháng can thiệp giáo dục sức khỏe đạt 87,5%, cao hơn kết quả của Bùi Chí Anh Minh (71,2%) [14]. Ngoài ra đa số NB đã ý thức được việc ăn giảm muối sẽ giúp kiểm soát tăng HA nên kết quả đánh giá sau 2 tháng, tỷ lệ ăn giảm muối, hạn chế gia vị và thói quen sử dụng thêm gia vị khi ăn đã tăng lên 96,9%.

Trong nghiên cứu, mức độ thường xuyên khám bệnh định kỳ theo lịch hẹn và việc xác lập lại cuộc hẹn tái khám với bác sỹ (31,3%) chưa đạt một nửa. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm tại Quảng Ninh (60,4%) [7], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương tại Nghệ An với tỷ lệ tái khám đều đặn mỗi tháng 1 lần đạt 100% [16].

Điều trị bệnh tăng HA bao gồm điều trị dùng thuốc và điều trị không dùng thuốc, đó là điều chỉnh lối sống bao gồm: ăn giảm muối, giảm chất béo; không hút thuốc lá, thuốc lào; hạn chế uống rượu, bia; tập thể dục đều đặn 30-60 phút/ngày với cường độ vừa phải và thường xuyên theo dõi HA.

5. KẾT LUẬN

Can thiệp giáo dục sức khỏe đã cải thiện đáng kể về hành vi tuân thủ điều trị tăng HA trên NB.

Trước can thiệp, điểm trung bình tuân thủ điều trị đạt $62,3 \pm 9,8$ điểm trên tổng 76 điểm, có 36/96 NB (37,5%) đạt tuân thủ điều trị tăng HA, trong đó 14,6% tuân thủ dùng thuốc, 17,7% tuân thủ chế độ ăn, 31,3% tuân thủ tái khám và 36,5% tuân thủ các biện pháp không dùng thuốc khác.

Sau can thiệp, điểm trung bình tuân thủ điều trị của NB cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm sau can thiệp 1 tháng đạt $65,6 \pm 8,7$ điểm trên tổng số 76 điểm, sau 2 tháng đạt $69,8 \pm 8,4$ điểm so với trước can thiệp chỉ là $62,3 \pm 9,8$ điểm; tỷ lệ NB tuân thủ điều trị đạt trước can thiệp chỉ chiếm 37,5%, sau can thiệp 1 tháng tăng lên 79,2%, sau 2 tháng đạt 85,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bey-Marrie S, Solange D, Ingrid T et al, Screening strategies for hypertension, Cochrane Database Syst. Rev., 5, 2020, CD013212.

[2] Ashfikur R et al, Prevalence of and factors associated with hypertension according to JNC 7 and ACC/AHA 2017 guidelines in Bangladesh, Scientific reports, 2021, 11 (1), pp. 1-10.

[3] S Saarti et al, Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients, Journal of Human Hypertension, 2016, 30 (5), pp. 341-345.

[4] Nguyễn Thị Thủy, Giáo trình Điều dưỡng Nội khoa, Nhà xuất bản Hà Nội, 2007.

[5] Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31

tháng 8 năm 2010, Cục Quản lý khám chữa bệnh, 2010.

- [6] Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Khảo sát kiến thức, thái độ và sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện cấp cứu Trung Vương, Tạp chí Nghiên cứu y học, 2011, 15, tr. 154-158.
- [7] Nguyễn Thị Thơm, Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2017.
- [8] Lwanga SK, Lemeshow S, Organization W.H, Sample size determination in health studies: a practical manual, World Health Organization, 1991.
- [9] Nam V.t.m.Q.g.V, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, <<http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>>, 2018.
- [10] Phan Tuấn Đạt, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội Tăng huyết áp thế giới 2020 (ISH 2020): Những điểm khác biệt đáng chú ý, Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, <https://timmachhoc.vn/khuyen-cao-ve-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap-cua-hoi-tang-huyet-ap-the-gioi-2020-ish-2020-nhung-diem-khac-biet-dang-chu-y/>, 2020.
- [11] Mutneja E et al, Frequency and predictors of compliance among patients taking antihypertensive medicines, Indian Heart J., 2020, 72 (2), pp. 136-139.
- [12] Nguyễn Thị Thúy và cộng sự, Đánh giá thay đổi tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Yên Bái sau giáo dục sức khỏe, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2022, 5 (04), tr. 91-100.
- [13] Nguyễn Thị Thu Thủy, Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2018.
- [14] Bùi Chí Anh Minh, Đánh giá thay đổi nhận thức tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 2016.
- [15] Uchmanowicz B et al, Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension, Clin Interv Aging, 2018, 13, pp. 2425-2441.
- [16] Nguyễn Thị Hương, 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, 2021.