

## LEVEL OF HEALTH CULTURE AND SOME RELATED FACTORS OF THE ELDERLY WITH HYPERTENSION AT DA NANG C HOSPITAL

Dang Thi Nhan<sup>1</sup>, Nguyen Thi Doa<sup>2</sup>, Pham Thi Mai<sup>2</sup>, Nguyen Thi Ut Tam<sup>2</sup>  
Tran Thi Kim Cuc<sup>2</sup>, Nguyen Thi Cam Van<sup>2</sup>, Tran Thi Minh Suong<sup>3</sup>  
Ngo Thi Hong Linh<sup>3</sup>, Ngo Thi Tuyet<sup>3</sup>, Tran Anh Quoc<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Thai Binh Hospital - 104 Phan Ba Vanh, Quang Trung ward, Thai Binh city, Thai Binh province, Vietnam

<sup>2</sup>Vinmec Times City Hospital - 458 Minh Khai, Hai Ba Trung district, Hanoi, Vietnam

<sup>3</sup>Danang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau district, Da Nang city, Vietnam

Received: 18/4/2025

Revised: 24/4/2025; Accepted: 06/5/2025

### ABSTRACT

**Objective:** The study was conducted to assess the level of health culture and some related factors of the elderly people with hypertension at Da Nang C Hospital in 2019.

**Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted with a sample size of 513 elderly people with hypertension treated at Da Nang C Hospital from January 2019 to May 2019.

**Results:** The overall health culture score was  $25.3 \pm 5.9$ ; the rate of limited health culture accounted for 91.8%. Some factors related to health culture included age, education level, concomitant chronic diseases and current health status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The rate of limited health culture of elderly people with hypertension in the study area was high. Old age, low education level, concomitant chronic diseases and poor current health were positively related to health culture of elderly people.

**Keywords:** Health culture, elderly people, hypertension, Da Nang.

---

\*Corresponding author

Email: trananhquoc@dhktyduocdn.edu.vn Phone: (+84) 905932723 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2463>

# MỨC ĐỘ VĂN HÓA SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI MẮC TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN C ĐÀ NẴNG

Đặng Thị Nhận<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Đóa<sup>2</sup>, Phạm Thị Mai<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Út Tâm<sup>2</sup>  
Trần Thị Kim Cúc<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Cẩm Vân<sup>2</sup>, Trần Thị Minh Sương<sup>3</sup>  
Ngô Thị Hồng Linh<sup>3</sup>, Ngô Thị Tuyết<sup>3</sup>, Trần Anh Quốc<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thái Bình - 104 Phan Bá Vành, phường Quang Trung, TP Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City - 458 Minh Khai, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

<sup>3</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, quận Hải Châu, TP Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/4/2025

Ngày chỉnh sửa: 24/4/2025; Ngày duyệt đăng: 06/5/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá mức độ văn hóa sức khỏe và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi mắc tăng huyết áp tại Bệnh viện C Đà Nẵng năm 2019.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện với cỡ mẫu 513 người cao tuổi mắc tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện C Đà Nẵng từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2019.

**Kết quả:** Điểm văn hóa sức khỏe chung ở mức  $25,3 \pm 5,9$ ; tỉ lệ hạn chế về văn hóa sức khỏe chiếm 91,8%. Một số yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe là tuổi, trình độ học vấn, bệnh mạn tính mắc kèm và tình trạng sức khỏe hiện tại ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Tỉ lệ hạn chế về văn hóa sức khỏe của người cao tuổi mắc tăng huyết áp trên địa bàn nghiên cứu ở mức cao. Tuổi cao, trình độ học vấn thấp, có mắc bệnh mạn tính đi kèm và sức khỏe hiện tại kém là những mối liên quan thuận đến văn hóa sức khỏe của người cao tuổi.

**Từ khóa:** Văn hóa sức khỏe, người cao tuổi, tăng huyết áp, Đà Nẵng.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lịch sử y học thế giới, thuật ngữ “văn hóa sức khỏe” lần đầu tiên được đề cập đến trong một nghiên cứu của Simonds S.K vào năm 1974 [1]. Đến năm 2004, Viện Y học Mỹ đã thống nhất đưa ra khái niệm: “Văn hóa sức khỏe là mức độ năng lực của mỗi cá nhân về đánh giá, phân tích, hiểu các thông tin và dịch vụ y tế cơ bản cần thiết để đưa ra quyết định thích hợp” [2]. Đánh giá được mức độ văn hóa sức khỏe (VHSK) của người bệnh giúp nâng cao khả năng trao đổi thông tin giữa bác sĩ và bệnh nhân, cải thiện an toàn bệnh nhân và loại bỏ rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Những người bệnh có điểm VHSK thấp thường đi kèm với sức khỏe thể chất và tinh thần kém, hạn chế sử dụng dịch vụ y tế dự phòng, tăng thời gian nằm viện và tăng tỉ lệ tử vong, đặc biệt ở những người cao tuổi (NCT) [3].

Theo dự báo của Liên hiệp quốc, già hóa dân số trở thành một vấn đề xã hội có tác động rất lớn đến tiến trình phát triển chung của tất cả các nước, trong nhiều lĩnh vực kinh tế, văn hóa - xã hội và cả y tế [4]. Tại Việt Nam, tính đến năm 2019, số NCT là 11,41 triệu người, ước tính đến năm 2050, tỉ lệ NCT sẽ tăng lên khoảng 22% [5]. Do vậy, nhu cầu chăm sóc và cải thiện sức khỏe ở NCT là một vấn đề cần được tất cả mọi người

trong cộng đồng quan tâm. Một số nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ [6] và Iran [7] cho thấy mức độ VHSK hạn chế có mối liên quan đáng kể với tuổi cao và tình trạng bệnh lý tăng huyết áp (THA) của các đối tượng nghiên cứu. Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú (2017), có đến 92,4% NCT bị hạn chế về VHSK và mức độ khả năng tự chăm sóc sức khỏe bệnh THA không chắc chắn chiếm đến 31,1%, trong khi rất đầy đủ chỉ chiếm 8,1% [8]. Thành phố Đà Nẵng là địa phương có tỉ lệ NCT mắc THA rất cao, trong khi vấn đề quản lý người bệnh THA chưa được thực hiện tốt do nguồn lực còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ VHSK và một số yếu tố liên quan của NCT mắc THA trên địa bàn nghiên cứu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là NCT ( $\geq 60$  tuổi) mắc THA, điều trị tại Bệnh viện C Đà Nẵng từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2019; NCT có tình trạng tinh thần tỉnh táo, có thể giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2019.

\*Tác giả liên hệ

Email: trananhquoc@dhktyduocdn.edu.vn Điện thoại: (+84) 905932723 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2463>

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu áp dụng theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu;  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê ( $\alpha = 0,05$ );  $Z_{1-\alpha/2}$  là giá trị Z thu được ứng với giá trị  $\alpha$  ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ); d là sai số của nghiên cứu, chính là sự khác biệt giữa tỉ lệ p thu được trên mẫu với tỉ lệ trong quần thể, chọn d = 0,05; p là tỉ lệ NCT có VHSK hạn chế, theo nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú, tỉ lệ này là 33,5% [8], do đó chọn p = 0,335.

Thay các giá trị trên vào công thức, tính được n = 342. Với hệ số thiết kế nghiên cứu 1,5 tính được cỡ mẫu cuối cùng là n = 513.

- Phương pháp chọn mẫu: nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ người bệnh là NCT được chẩn đoán THA đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu đưa vào nghiên cứu.

### 2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Phòng vấn trực tiếp NCT mắc THA theo bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn. Thu thập số liệu thực hiện theo các bước:

- Bước 1: Xin phép lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng tiến hành nghiên cứu.
- Bước 2: Xây dựng, thử nghiệm, hoàn thiện bộ công cụ.
- Bước 3: Tập huấn cho điều tra viên.
- Bước 4: Tiến hành điều tra.
- Bước 5: Tổng hợp số liệu thu thập được.
- Bước 6: Làm sạch số liệu thô.

### 2.5. Biến số và tiêu chuẩn đánh giá

- Biến số: nhóm biến số về đặc điểm chung của NCT (nhóm tuổi, dân tộc, tôn giáo, đặc điểm bệnh THA...); nhóm biến số về mức độ VHSK, bao gồm 3 câu phần (chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe).
- Tiêu chuẩn đánh giá: bộ công cụ khảo sát VHSK châu

Á (HLS-Asia) bao gồm 47 câu hỏi với 4 mức độ từ dễ đến rất khó. NCT sẽ tự đánh giá bản thân về mức độ dễ dàng hay khó khăn khi thực hiện các công việc đó.

Bộ câu hỏi bao gồm 3 câu phần: (1) Chăm sóc sức khỏe (HC-HL) từ câu 1-16; (2) Phòng bệnh (DL-HP) từ câu 17-31; (3) Nâng cao sức khỏe (HP-HL) từ câu 32-47. Điểm cho mỗi câu trả lời: 1 (rất khó), 2 (tương đối khó), 3 (tương đối dễ), 4 (rất dễ).

Để thuận tiện cho tính toán và so sánh, số liệu được chuẩn hóa trên một thang đo từ 0 đến 50, bằng cách sử dụng công thức sau đây: chỉ số = (điểm trung bình - 1)  $\times$  (50/3). Đánh giá mức độ VHSK: NCT bị xem là hạn chế VHSK khi chỉ số  $\leq 33$  điểm và không hạn chế khi chỉ số  $> 33$  điểm.

### 2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0 với các test thống kê y học. Các số liệu của biến liên tục được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Nếu số liệu phân bố chuẩn sẽ sử dụng các test thống kê tham số: Test-t, cho kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình, test ANOVA (F-test) cho kiểm định sự khác nhau giữa nhiều giá trị trung bình. Nếu số liệu không phân bố theo qui luật chuẩn thì sử dụng các test thống kê phi tham số: sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình được kiểm định bằng test Mann-Whitney. So sánh giữa các tỉ lệ sử dụng test  $\chi^2$  (có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

### 2.7. Hạn chế của nghiên cứu và khắc phục sai số

- Hạn chế của nghiên cứu: đánh giá chỉ số về sức khỏe chủ yếu hỏi thông tin để đánh giá nên ít nhiều ảnh hưởng đến sai số trong nghiên cứu. Vì nguồn lực có hạn nên nghiên cứu chỉ mới dừng lại ở việc xác định mức độ VHSK và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến VHSK ở đối tượng NCT bị THA.
- Khắc phục sai số: thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi tiến hành thu thập thông tin chính thức để tránh các câu hỏi dễ gây nhầm lẫn cho đối tượng nghiên cứu hoặc các câu hỏi không rõ ràng; in ấn chính xác phiếu điều tra và các tài liệu hướng dẫn; tập huấn kỹ lưỡng cho điều tra viên trước khi tiến hành thu thập thông tin.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 513)**

| Đặc điểm  |                         | Số lượng       | Tỉ lệ (%) |
|-----------|-------------------------|----------------|-----------|
| Giới      | Nam                     | 235            | 45,8      |
|           | Nữ                      | 278            | 54,2      |
| Nhóm tuổi | 60-69 tuổi              | 290            | 56,5      |
|           | 70-79 tuổi              | 178            | 34,7      |
|           | $\geq 80$ tuổi          | 45             | 8,8       |
|           | $\bar{X} \pm SD$ (tuổi) | 69,4 $\pm$ 6,4 |           |

| Đặc điểm            |                              | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|---------------------|------------------------------|----------|-----------|
| Học vấn             | Mù chữ, tiểu học             | 69       | 13,5      |
|                     | Trung học cơ sở              | 91       | 17,7      |
|                     | Trung học phổ thông          | 148      | 28,8      |
|                     | Trung cấp, cao đẳng          | 142      | 27,7      |
|                     | Đại học, sau đại học         | 63       | 12,3      |
| Nghề nghiệp         | Nghỉ hưu                     | 372      | 72,5      |
|                     | Làm nông                     | 25       | 4,9       |
|                     | Buôn bán                     | 78       | 15,2      |
|                     | Mất sức lao động, nội trợ... | 38       | 7,4       |
| Tôn giáo            | Không                        | 357      | 69,6      |
|                     | Tôn giáo khác                | 156      | 30,4      |
| Tình trạng hôn nhân | Sống với vợ/chồng            | 376      | 73,3      |
|                     | Độc thân, góa, ly hôn        | 137      | 26,7      |
| Bảo hiểm y tế       | Có                           | 508      | 99,0      |
|                     | Không                        | 5        | 1,0       |

Qua bảng 1 thấy: phần lớn đối tượng NCT tham gia nghiên cứu là nữ, chiếm tỉ lệ 54,2%; số NCT bị THA chiếm tỉ lệ cao ở nhóm tuổi 60-69 (56,5%); đa số đối tượng nghiên cứu đang sống cùng vợ hoặc chồng, chiếm tỉ lệ 73,3%; có đến 69 NCT có trình độ tiểu học trở xuống, chiếm tỉ lệ 13,5%; hầu hết NCT trong nhóm nghiên cứu đã nghỉ hưu (72,5%); đa số NCT không theo tôn giáo với 69,6%; chỉ có 5 người (1%) không có bảo hiểm y tế.

**Bảng 2. Đặc điểm tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 513)**

| Đặc điểm                      |             | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------------|-------------|----------|-----------|
| Thời gian mắc bệnh THA        | < 1 năm     | 141      | 27,5      |
|                               | 1-5 năm     | 190      | 37,0      |
|                               | > 5 năm     | 182      | 35,5      |
| Đang điều trị thuốc THA       | Có          | 369      | 71,9      |
|                               | Không       | 144      | 28,1      |
| Từng bị tai biến mạch máu não | Có          | 105      | 20,5      |
|                               | Không       | 408      | 79,5      |
| Bệnh mạn tính khác            | Có          | 348      | 67,8      |
|                               | Không       | 135      | 26,3      |
|                               | Không biết  | 30       | 5,9       |
| Sức khỏe hiện tại             | Tốt         | 66       | 12,9      |
|                               | Xấu         | 130      | 25,3      |
|                               | Bình thường | 317      | 61,8      |

Kết quả bảng 2 cho thấy thời gian phát hiện bệnh chủ yếu 1-5 năm, chiếm tỉ lệ 37%; có 27,5% mới phát hiện bệnh dưới 1 năm; số NCT mắc THA đang điều trị bằng thuốc THA chiếm 71,9%; NCT đã từng bị tai biến mạch máu não chiếm 20,5%; có đến 67,8% NCT mắc bệnh THA kèm theo mắc các bệnh mạn tính khác; NCT đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại của họ ở mức bình thường và xấu, chiếm tỉ lệ lần lượt là 61,8% và 25,3%.

**Bảng 3. Đánh giá VHSK của đối tượng nghiên cứu (n = 513)**

| Đánh giá VHSK                       |                          | Số lượng       | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------|-----------|
| Hạn chế                             |                          | 471            | 91,8      |
| Không hạn chế                       |                          | 42             | 8,2       |
| Phân nhóm VHSK ( $\bar{X} \pm SD$ ) | Chăm sóc sức khỏe (điểm) | 26,6 $\pm$ 7,3 |           |
|                                     | Phòng bệnh (điểm)        | 24,3 $\pm$ 7,2 |           |
|                                     | Nâng cao sức khỏe (điểm) | 24,7 $\pm$ 6,9 |           |
|                                     | VHSK chung (điểm)        | 25,3 $\pm$ 5,9 |           |

Hầu hết NCT ở nhóm nghiên cứu được đánh giá bị hạn chế về VHSK, chiếm 91,8%. Điểm trung bình về VHSK của nhóm nghiên cứu không có sự chênh lệch nhiều giữa các phân nhóm, cao nhất là nhóm chăm sóc sức khỏe 26,6 (7,3 điểm) và thấp nhất là nhóm phòng bệnh 24,3 (7,2 điểm). Điểm trung bình VHSK chung là  $25,3 \pm 5,9$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và VHSK**

| Đặc điểm  |       | VHSK    |      |               |      |      | p    |
|-----------|-------|---------|------|---------------|------|------|------|
|           |       | Hạn chế |      | Không hạn chế |      | Tổng |      |
|           |       |         |      |               |      |      |      |
| Nhóm tuổi | 60-69 | 257     | 88,6 | 33            | 11,4 | 290  | 0,01 |
|           | 70-79 | 171     | 96,1 | 7             | 3,9  | 178  |      |
|           | ≥ 80  | 43      | 95,6 | 2             | 4,4  | 45   |      |
| Giới      | Nam   | 217     | 92,3 | 18            | 7,7  | 235  | 0,69 |
|           | Nữ    | 254     | 91,4 | 24            | 8,6  | 278  |      |
| Tổng      |       | 471     | 91,8 | 42            | 8,2  | 513  |      |

Bảng 4 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu với VHSK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm kinh tế - xã hội và VHSK**

| Đặc điểm      |                           | VHSK    |      |               |      |      | p     |
|---------------|---------------------------|---------|------|---------------|------|------|-------|
|               |                           | Hạn chế |      | Không hạn chế |      | Tổng |       |
|               |                           |         |      |               |      |      |       |
| Học vấn       | Mù chữ, tiểu học          | 68      | 98,6 | 1             | 1,4  | 69   | 0,001 |
|               | Trung học cơ sở           | 88      | 96,7 | 3             | 3,3  | 91   |       |
|               | Trung học phổ thông       | 137     | 92,6 | 11            | 7,4  | 148  |       |
|               | Trung cấp, cao đẳng       | 127     | 89,4 | 15            | 10,6 | 142  |       |
|               | Đại học, sau đại học      | 51      | 81,0 | 12            | 19,0 | 63   |       |
| Nghề nghiệp   | Nghỉ hưu                  | 341     | 91,7 | 31            | 8,3  | 372  | 0,88  |
|               | Làm nông                  | 24      | 96,0 | 1             | 4,0  | 25   |       |
|               | Buôn bán                  | 71      | 91,0 | 7             | 9,0  | 78   |       |
|               | Mất sức lao động, nội trợ | 35      | 92,1 | 3             | 7,9  | 38   |       |
| Tôn giáo      | Không                     | 332     | 93,0 | 25            | 7,0  | 357  | 0,14  |
|               | Tôn giáo khác             | 139     | 89,1 | 17            | 10,9 | 156  |       |
| Hôn nhân      | Sống với vợ/chồng         | 341     | 90,7 | 35            | 9,3  | 376  | 0,13  |
|               | Độc thân, góa, ly hôn     | 130     | 94,9 | 7             | 5,1  | 137  |       |
| Bảo hiểm y tế | Có                        | 467     | 91,9 | 41            | 8,1  | 508  | 0,33  |
|               | Không                     | 4       | 80,0 | 1             | 20,0 | 5    |       |
| Tổng          |                           | 471     | 91,8 | 42            | 8,2  | 513  |       |

Kết quả bảng 5 cho thấy học vấn càng thấp thì năng lực hiểu biết về VHSK càng hạn chế ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa các đặc điểm về bệnh với VHSK**

| Đặc điểm               |         | VHSK    |      |               |      |      | p    |
|------------------------|---------|---------|------|---------------|------|------|------|
|                        |         | Hạn chế |      | Không hạn chế |      | Tổng |      |
|                        |         |         |      |               |      |      |      |
| Thời gian mắc bệnh THA | < 1 năm | 125     | 88,7 | 16            | 11,3 | 141  | 0,16 |
|                        | 1-5 năm | 174     | 91,6 | 16            | 8,4  | 190  |      |
|                        | > 5 năm | 172     | 94,5 | 10            | 5,5  | 182  |      |



| Đặc điểm                      |             | VHSK    |      |               |      |      | p     |
|-------------------------------|-------------|---------|------|---------------|------|------|-------|
|                               |             | Hạn chế |      | Không hạn chế |      | Tổng |       |
|                               |             |         |      |               |      |      |       |
| Đang điều trị thuốc THA       | Có          | 343     | 93,0 | 26            | 7,0  | 369  | 0,13  |
|                               | Không       | 128     | 88,9 | 16            | 11,1 | 144  |       |
| Từng bị tai biến mạch máu não | Có          | 100     | 95,2 | 5             | 4,8  | 105  | 0,15  |
|                               | Không       | 371     | 90,9 | 37            | 9,1  | 408  |       |
| Bệnh mạn tính khác            | Có          | 328     | 94,3 | 20            | 5,7  | 348  | 0,001 |
|                               | Không       | 114     | 84,4 | 21            | 15,6 | 135  |       |
|                               | Không biết  | 29      | 96,7 | 1             | 3,3  | 30   |       |
| Sức khỏe hiện tại             | Tốt         | 55      | 83,3 | 11            | 16,7 | 66   | 0,02  |
|                               | Xấu         | 123     | 94,6 | 7             | 5,4  | 130  |       |
|                               | Bình thường | 293     | 92,4 | 24            | 7,6  | 317  |       |
| Tổng                          |             | 471     | 91,8 | 42            | 8,2  | 513  |       |

Nhóm NCT không biết mắc bệnh mạn tính có tỉ lệ hạn chế về VHSK cao nhất với 96,7%. Nhóm đối tượng tự đánh giá về sức khỏe hiện tại xấu có tỉ lệ hạn chế VHSK cao nhất với 94,6%, trong khi đó nhóm sức khỏe hiện tại tốt chiếm 83,3% ( $p < 0,05$ ).

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu phỏng vấn 513 NCT bị THA tại Bệnh viện C Đà Nẵng nhận thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nữ (54,2%), tỉ lệ nam/nữ có sự tương đồng với nghiên cứu của Bozkurt H và cộng sự: nữ chiếm 56% và nam chiếm 44% [6]. Theo Quỹ dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), tỉ số giới tính nghiêng về nữ giới khi độ tuổi NCT ngày càng tăng. Tỉ số NCT nữ/100 NCT nam theo phân nhóm tuổi 60-69, 70-79 và  $\geq 80$  lần lượt là 131, 149, 200, nên số lượng nữ giới cao hơn nam là hợp lý [9]. Học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hiểu biết, nhận thức của đối tượng nghiên cứu. Theo kết quả của chúng tôi, có đến 69 NCT có trình độ mù chữ hoặc tiểu học, chiếm tỉ lệ 13,5%, cao hơn so với kết quả của Lê Văn Hời (12,7%) [10]. Nghề nghiệp của NCT đa số là nghỉ hưu, mất sức lao động hoặc ở nhà làm công việc nội trợ (79,9%), cao hơn kết quả nghiên cứu của Bozkurt H và cộng sự (55,5%) [6]. Về tôn giáo, khoảng 2/3 số đối tượng nghiên cứu không theo tôn giáo nào, chiếm 69,6%, tương đồng với kết quả của Hoàng Thị Thanh Tú (71,7%) [8].

Thời gian phát hiện bệnh của NCT ở nghiên cứu chủ yếu từ 1-5 năm, chiếm tỉ lệ 37%. Tỉ lệ này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú với thời gian phát hiện bệnh cũng chủ yếu từ 1-5 năm (54,2%) [8]. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ NCT mắc THA đang điều trị bằng thuốc THA chiếm 71,9%; NCT đã từng bị tai biến mạch máu não chiếm 20,5%. Tương tự, theo điều tra của UNFPA cho thấy đa số NCT đều mắc ít nhất 1 bệnh, chiếm 75,57% [9]. Báo cáo này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỉ lệ NCT có mắc các bệnh mạn tính khác kèm theo THA chiếm 67,8%. Theo nghiên cứu của Bennett I.M

và cộng sự tiến hành trên NCT ở Hoa Kỳ, 29% NCT tham gia nghiên cứu tự đánh giá tình trạng sức khỏe xấu [11]. Điểm trung bình VHSK cao nhất ở nhóm chăm sóc sức khỏe ( $26,6 \pm 7,3$  điểm) và thấp nhất ở nhóm phòng bệnh ( $24,3 \pm 7,2$  điểm). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú với điểm trung bình VHSK của NCT mắc bệnh THA tại Quảng Trị là  $22,9 \pm 7,7$  điểm [8]. Nghiên cứu của Duong V.T và cộng sự tại Đài Loan năm 2015 thấy trung bình chỉ số này là  $34,4 \pm 6,6$  điểm [12], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của Duong V.T và cộng sự là ở người trưởng thành ( $\geq 15$  tuổi) với cỡ mẫu 2989 ở 6 quốc gia, trong đó có Việt Nam.

Hầu hết NCT ở nhóm nghiên cứu được đánh giá bị hạn chế về VHSK, chiếm tỉ lệ 91,8%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu trước đó về VHSK của Hoàng Thị Thanh Tú tại Quảng Trị ở NCT mắc bệnh THA năm 2017 với tỉ lệ đối tượng có hạn chế về VHSK chiếm tới 92,4% [8]. Kết quả này cho thấy vấn đề VHSK thực sự chưa được chú trọng trong chăm sóc sức khỏe toàn diện ở Việt Nam nói chung cũng như thành phố Đà Nẵng nói riêng. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú với tỉ lệ VHSK hạn chế tăng theo độ tuổi, ở nhóm tuổi 60-69 tỉ lệ hạn chế chiếm 86,7%, trong khi ở nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 97,4% [8]. Kết quả này giải thích rằng tỉ lệ VHSK tốt hơn ở người trẻ tuổi do họ có nhiều cơ hội tiếp cận các phương tiện truyền thông hiện đại và tiếp cận nhiều nguồn thông tin nhanh chóng hơn. Có đến 98,6% đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học trở xuống đều có hạn chế về VHSK, trong khi tỉ lệ này chiếm 81% ở những đối tượng có trình độ học vấn cao từ đại học trở lên. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm ra mối liên quan giữa mắc bệnh mạn tính và sức khỏe hiện tại với VHSK ( $p < 0,05$ ). Nhóm đối tượng mắc bệnh mạn tính khác có

tỉ lệ hạn chế về VHSK cao nhất (94,3%). Theo nghiên cứu của Akiko Shibuya và cộng sự, điểm VHSK càng thấp càng có nhiều khả năng có tiền sử THA ( $p = 0,003$ ) và đái tháo đường ( $p = 0,02$ ) [13]. Theo kết quả nghiên cứu của Chajae F và cộng sự (2018) thì có mối liên quan giữa kiến thức THA và điểm trung bình của VHSK ( $p < 0,05$ ) [7]. Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra quốc gia năm 2015, tỉ lệ THA ở nhóm 30-69 tuổi là 30,6% [5]. Do đó, nhóm mắc bệnh mạn tính có tỉ lệ hạn chế về VHSK cao là điều hợp lý.

Nhóm đối tượng tự đánh giá về sức khỏe hiện tại xấu có tỉ lệ hạn chế VHSK cao nhất với 94,6%, trong khi đó sức khỏe hiện tại tốt chiếm 83,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú với NCT tự đánh giá tình trạng sức khỏe là xấu có tỉ lệ hạn chế về VHSK là 91,2% [8]. Việc bỏ quan về tình trạng sức khỏe, bệnh tật chính là biểu hiện của hạn chế trong VHSK của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ NCT mắc bệnh THA hạn chế về VHSK ở mức cao, chiếm 91,8%. Điểm VHSK chung chỉ ở mức  $25,3 \pm 5,9$ . Một số yếu tố liên quan đến VHSK là tuổi, trình độ học vấn, bệnh mạn tính mắc kèm và tình trạng sức khỏe hiện tại của NCT ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Simonds S.K. Health Education as Social Policy, 1974, 2 (1\_suppl), pp. 1-10.
- [2] Institute of Medicine Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion, Washington (DC). National Academies Press (US), 2004.
- [3] Bailey S.C, Fang G, I.E Annis et al. Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ Open*, 2015, 5 (6), pp. e006975.
- [4] Nation United. Ageing, 2022, from: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
- [5] Tổng cục Thống kê. Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình năm 2021.
- [6] Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey, *Aging Male*, 2019, 22 (4), pp. 272-277.
- [7] Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A et al. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician*, 2018, 10 (3), pp. 6470-6477.
- [8] Hoàng Thị Thanh Tú. Nghiên cứu văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế tại thị xã Quảng Trị, tỉnh Quảng Trị năm 2016. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, 2017.
- [9] Quỹ dân số Liên hiệp quốc (UNFPA). Già hóa dân số và người cao tuổi Việt Nam, 2011.
- [10] Lê Văn Hợi. Một số đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một vùng nông thôn Việt Nam. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học*, 2016, tr. 158.
- [11] Bennett I.M, Chen J, Soroui J.S et al. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med*, 2009, 7 (3), pp. 204-211.
- [12] Duong V.T, Lin I.F, Sorensen K et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia Pac J Public Health*, 2015, 27 (8), pp. 871-880.
- [13] Shibuya A, Inoue R, Ohkubo T et al. The relation between health literacy, hypertension knowledge, and blood pressure among middle-aged Japanese adults. *Blood Press Monit*, 2011, 16 (5), pp. 224-230.