

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRƯƠNG THỊ THÙY DƯƠNG

**HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC DINH DƯỠNG
NHẪM CẢI THIỆN MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2016

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRƯƠNG THỊ THÙY DƯƠNG

**HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC DINH DƯỠNG
NHẪM CẢI THIỆN MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG**

Chuyên ngành: Dinh dưỡng

Mã số: 62.72.03.03

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Lê Thị Hương
2. PGS.TS. Lê Thị Tài

HÀ NỘI - 2016

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Trương Thị Thùy Dương, nghiên cứu sinh khóa 31, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Dinh Dưỡng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Lê Thị Hương và PGS.TS. Lê Thị Tài. Để thực hiện luận án này tôi đã được Ban chủ nhiệm đề tài cấp Nhà nước: “Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam” của Trường Đại học Y Hà Nội mã số ĐTĐL.2012-G/32 do PGS.TS. Lê Thị Tài làm chủ nhiệm đề tài cho phép tôi được tham gia và sử dụng một phần số liệu của đề tài.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, tháng 12 năm 2016

Người viết cam đoan

Trương Thị Thùy Dương

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng cảm ơn: Ban Giám hiệu, phòng Sau đại học - Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng đã tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn: Trung tâm y tế huyện Bình Lục, Ủy ban nhân dân, Trạm Y tế và các ban ngành xã An Lão, huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam đã giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn các thầy cô giáo của Viện Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội đã truyền đạt cho tôi những kiến thức về chuyên môn và nghiên cứu khoa học.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Thầy Nguyễn Văn Hiến trong ban chủ nhiệm đề tài cấp Nhà nước: “Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam” của Trường Đại học Y Hà Nội đã cho phép, tạo điều kiện thuận lợi và giúp đỡ tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Lê Thị Hương và PGS.TS. Lê Thị Tài, hai cô đã tận tình chỉ bảo, dìu dắt tôi trong suốt 3 năm học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới: Gia đình, đồng nghiệp và bạn bè, những người luôn sát cánh, giúp đỡ và động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu cũng như trong công việc và cuộc sống.

Tác giả

Trương Thị Thùy Dương

DANH MỤC NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Nghĩa của chữ viết tắt
CDC	: Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CSHQ _{ct}	: Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp
CSHQ _{ch}	: Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng
95% CI	: Khoảng tin cậy 95% (Confidence Interval)
ĐMĐ	: Điểm mong đợi
HA	: Huyết áp
HDL- C	: Lipoprotein có tỷ trọng cao - vận chuyển Cholesterol (<i>High Density Lipoprotein- Cholesterol</i>)
HQCT	: Hiệu quả can thiệp
JNC	: Liên Ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ (<i>Joint National Committee</i>)
ESH	: Hiệp hội tăng huyết áp Châu Âu (<i>European Society of Hypertension</i>)
ISH	: Hiệp hội tăng huyết áp thế giới (<i>International Society of Hypertention</i>)
JNC	: Liên Ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ (<i>Joint National Committee</i>)
LDL- C	: Lipoprotein có tỷ trọng thấp - vận chuyển Cholesterol (<i>Low Density Lipoprotein- Cholesterol</i>)
PVS	: Phỏng vấn sâu
RAA	: Hệ Renin - Angiotensin - Aldosteron
TLN	: Thảo luận nhóm

THA	: Tăng huyết áp
TTGDDD	: Truyền thông giáo dục dinh dưỡng
TTGDSK	: Truyền thông giáo dục sức khỏe
TBMMN	: Tai biến mạch máu não
VB/VM	: Vòng bụng/vòng hông
WHO	: Tổ chức Y tế Thế giới (<i>World Health Organization</i>)
WHO/ISH	: Tổ chức Y tế Thế giới (<i>World Health Organization</i>)/ Hiệp hội tăng huyết áp thế giới (<i>International Society of Hypertention</i>)
WHR	: Tỷ số Vòng bụng/Vòng hông (<i>Waist/Hip Ratio</i>)

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN	
LỜI CẢM ƠN	
MỤC LỤC	
DANH MỤC BẢNG	
DANH MỤC BIỂU ĐỒ	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tăng huyết áp và tình hình tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam	4
1.2. Vai trò của dinh dưỡng và một số biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở cộng đồng	24
1.3. Mô hình và vai trò của truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng	33
1.4. Một số nghiên cứu can thiệp áp dụng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam	36
1.5. Khái quát về địa bàn nghiên cứu huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	44
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	46
2.1. Thời gian nghiên cứu	46
2.2. Địa điểm nghiên cứu	46
2.3. Đối tượng nghiên cứu	46
2.4. Thiết kế nghiên cứu	47
2.5. Mẫu nghiên cứu	48
2.6. Nội dung, các biến số và chỉ số nghiên cứu	51
2.7. Các bước xây dựng mô hình và hoạt động của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại xã An Lão	54

2.8. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin	61
2.9. Xử lý và phân tích số liệu	67
2.10. Sai số và khống chế sai số	68
2.11. Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu	69
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	71
3.1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã Đồn Xá (xã đối chứng) và An Lão (xã can thiệp) của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	71
3.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng	89
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	116
4.1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	116
4.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng	126
4.3. Một số hạn chế của đề tài	145
4.4. Những đóng góp mới của đề tài	145
KẾT LUẬN	147
1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Vân Đồn của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	147
2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng	148
KHUYẾN NGHỊ	150
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1.1.</i> Phân loại huyết áp theo WHO / ISH (2003).....	4
<i>Bảng 1.2.</i> Phân bố tăng huyết áp trên 100.000 dân theo vùng sinh thái (từ năm 2000 đến năm 2013	14
<i>Bảng 3.1.</i> Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại hai xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam tại thời điểm điều tra ban đầu.....	71
<i>Bảng 3.2.</i> Giá trị trung bình về chỉ số nhân trắc, BMI và huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã đối chứng và xã can thiệp của huyện Bình Lục	72
<i>Bảng 3.3.</i> Tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã	73
<i>Bảng 3.4.</i> Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã	74
<i>Bảng 3.5.</i> Liên quan giữa giới, chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu ở hai xã với tăng huyết áp	75
<i>Bảng 3.6.</i> Liên quan giữa độ tuổi của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp	76
<i>Bảng 3.7.</i> Liên quan giữa thói quen ăn uống và lối sống của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp	77
<i>Bảng 3.8.</i> Kiến thức về số đo huyết áp của bản thân về khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã	78
<i>Bảng 3.9.</i> Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp ở hai xã	80
<i>Bảng 3.10.</i> Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở hai xã	82
<i>Bảng 3.11.</i> Mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở hai xã	83

<i>Bảng 3.12.</i> Thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp của người mắc tăng huyết áp	85
<i>Bảng 3.13.</i> Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm có nguy cơ với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã	87
<i>Bảng 3.14.</i> Lượng tiêu thụ một số thực phẩm trung bình trong một ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã	88
<i>Bảng 3.15.</i> Thời gia hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu	88
<i>Bảng 3.16.</i> Sự thay đổi về kiến thức số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	92
<i>Bảng 3.17.</i> Sự thay đổi mức độ kiến thức về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	94
<i>Bảng 3.18.</i> Sự thay đổi kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	95
<i>Bảng 3.19.</i> Sự thay đổi mức độ kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	96
<i>Bảng 3.20.</i> Sự thay đổi kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp	97
<i>Bảng 3.21.</i> Sự thay đổi mức độ kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	98
<i>Bảng 3.22.</i> Sự thay đổi mức độ kiến thức chung về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	99
<i>Bảng 3.23.</i> Sự thay đổi về thực hành điều trị THA của đối tượng nghiên cứu ..	101
<i>Bảng 3.24.</i> Sự thay đổi thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp	102

<i>Bảng 3.25.</i> Sự thay đổi mức độ thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp	103
<i>Bảng 3.26.</i> Sự thay đổi về tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã	104
<i>Bảng 3.27.</i> Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm có nguy cơ đối với tăng huyết áp sau can thiệp	105
<i>Bảng 3.28.</i> Sự thay đổi về lượng tiêu thụ thuốc lá, rượu bia của đối tượng nghiên cứu	106
<i>Bảng 3.29.</i> Lượng tiêu thụ một số thực phẩm trung bình trong một ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	107
<i>Bảng 3.30.</i> Tần suất hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu	108
<i>Bảng 3.31.</i> Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu	109
<i>Bảng 3.32.</i> Sự thay đổi về mức độ tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	110
<i>Bảng 3.33.</i> Sự thay đổi về chỉ số nhân trắc của BMI của đối tượng nghiên cứu	111
<i>Bảng 3.34.</i> Sự thay đổi về chỉ số huyết áp trung bình của đối tượng nghiên cứu	112
<i>Bảng 3.35.</i> Sự thay đổi về tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu	113
<i>Bảng 3.36.</i> Hồi quy logistic xác định các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp	114

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

<i>Sơ đồ 2.1.</i> Sơ đồ thiết kế nghiên cứu	47
<i>Sơ đồ 2.2.</i> Mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	60
<i>Biểu đồ 1.1.</i> Số mắc tăng huyết áp tính trên 100.000 dân trong các năm (2000 - 2013).....	13
<i>Biểu đồ 1.2.</i> Bản đồ hành chính huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam	45
<i>Biểu đồ 3.1.</i> Mức độ kiến thức về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã	79
<i>Biểu đồ 3.2.</i> Mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp ở hai xã	81
<i>Biểu đồ 3.3.</i> Mức độ kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về phòng chống tăng huyết áp ở hai xã	84
<i>Biểu đồ 3.4.</i> Mức độ thực hành của người mắc tăng huyết áp về phòng biến chứng tăng huyết áp	86
<i>Biểu đồ 3.5.</i> Sự thay đổi về tỷ lệ đối tượng nghiên cứu điều trị tăng huyết áp ...	100

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh phổ biến trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2000 trên thế giới đã có khoảng 972 triệu người bị tăng huyết áp (chiếm 26,4% dân số), và có tới 7,5 triệu người tử vong do nguyên nhân trực tiếp là tăng huyết áp. Dự báo đến năm 2025 có khoảng 1,56 tỷ người bị tăng huyết áp [1].

Mỗi năm, trên thế giới có khoảng 17,5 triệu người tử vong do các bệnh lý về tim mạch. Trong số các trường hợp mắc bệnh và tử vong do tim mạch hàng năm có khoảng 35% - 40% nguyên nhân do tăng huyết áp [2].

Tại Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp cũng gia tăng nhanh chóng: Kết quả điều tra dịch tễ học của Viện Tim mạch Trung Ương tại 8 tỉnh, thành phố của cả nước năm 2008 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên bị tăng huyết áp là 25,1% [2]. Theo điều tra quốc gia gần đây (2015) của Cục Y tế dự phòng - Bộ Y tế ở người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi tại 63 tỉnh/thành phố cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 18,9% [3].

Tăng huyết áp là căn bệnh diễn tiến âm thầm, ít có dấu hiệu cảnh báo. Những dấu hiệu của tăng huyết áp thường không đặc hiệu và người bệnh thường không thấy có gì khác biệt với người bình thường cho đến khi xảy ra tai biến. Vì vậy, tăng huyết áp mà phần lớn không tìm thấy nguyên nhân (khoảng 95%) đang trở thành mối đe dọa toàn thể nhân loại bởi nhiều biến chứng nguy hiểm như: Nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy tim, suy thận mạn... thậm chí có thể gây tử vong hoặc để lại các di chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động của người bệnh và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Mặc dù y học đã chứng minh mức độ phổ biến và nguy hiểm của THA, nhưng cho đến tận bây giờ trong điều trị THA vẫn tồn tại 3 điểm bất hợp lý đó là: THA rất dễ phát hiện (bằng cách đo huyết áp khá đơn giản) nhưng người ta lại thường không phát hiện mình bị THA từ bao giờ. THA có thể điều trị được nhưng số người được điều trị không nhiều. THA có thể không chế được với mục tiêu mong muốn nhưng số người điều trị đạt được “huyết áp mục tiêu” lại không nhiều.

Tăng huyết áp nếu được phát hiện sớm thì việc kiểm soát sẽ rất có hiệu quả và hạn chế được các biến chứng nguy hiểm, giảm nguy cơ tử vong và giảm gánh nặng bệnh tật cho bản thân, gia đình và toàn xã hội. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra một số nguy cơ từ hành vi, lối sống có thể dẫn đến bệnh THA (như hút thuốc lá, uống rượu, ăn uống không hợp lý, lối sống tĩnh tại ít vận động...) và truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) có vai trò quan trọng trong kiểm soát các yếu tố nguy cơ này. TTGDSK trong đó có truyền thông giáo dục dinh dưỡng là một giải pháp ít tốn kém hơn so với các giải pháp kỹ thuật, dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nhưng nó lại đem lại hiệu quả cao và bền lâu [4]. Truyền thông giáo dục dinh dưỡng giúp người dân nâng cao kiến thức, thực hành từ đó thực hiện chế độ ăn hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực, góp phần quan trọng giảm các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Tuy nhiên, ở nước ta các nghiên cứu về tăng huyết áp chủ yếu tập trung vào điều trị cho đối tượng tăng huyết áp. Nghiên cứu về mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng chưa được chú trọng. Hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng cũng như tài liệu truyền thông về tăng huyết áp chưa được quan tâm đúng mức. Vì vậy, để góp phần cải thiện một số yếu tố nguy cơ và hạn chế các biến chứng của tăng huyết áp tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

MỤC TIÊU:

1. Mô tả thực trạng tăng huyết áp, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2013.

2. Đánh giá hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tăng huyết áp và tình hình tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Khái niệm, phân loại và cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp

1.1.1.1. Khái niệm về huyết áp và tăng huyết áp

* Huyết áp

Huyết áp (HA) là áp lực máu trong động mạch. Khi tim co bóp tổng máu áp lực trong động mạch là lớn nhất gọi là huyết áp tâm thu. Thời kỳ tim giãn ra, áp lực đó ở mức thấp nhất gọi là huyết áp tâm trương [5].

* Tăng huyết áp

Theo Tổ chức Y tế Thế giới và Hội Tăng huyết áp quốc tế (WHO-ISH) định nghĩa, tăng huyết áp là khi có huyết áp tâm thu lớn ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg [5].

1.1.1.2. Phân loại tăng huyết áp

Có nhiều cách phân loại nhưng cho đến nay, cách phân loại của WHO/ISH (2003) được sử dụng rộng rãi do tính thực tiễn và ứng dụng của nó.

Bảng 1.1. Phân loại huyết áp theo WHO/ISH (2003) [6], [7]

Khái niệm	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	70	và	< 80
HA bình thường	< 130	và	< 85
Tiền THA	130 - 139	và/hoặc	85 - 89
THA độ I	140 - 149	và/hoặc	90 - 99
THA độ II	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
THA độ III	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

WHO (2003) hướng dẫn cụ thể hơn và đặc biệt quan tâm đến các nhóm yếu tố nguy cơ, có tổn thương cơ quan đích hay chưa trước khi đưa ra phác đồ điều trị [8].

Trong cách phân loại mới này đã đề cập đến khái niệm tiền tăng huyết áp chứ không có HA bình thường cao, vì những nghiên cứu đã cho thấy trong một số trường hợp với những nguy cơ cao (ví dụ như đái tháo đường) thì cần có thái độ quyết liệt hơn trong điều trị [9].

Tại Việt Nam, theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học quốc gia năm 2008 và trong hướng dẫn quản lý và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế năm 2010 đã đề nghị sử dụng phân độ HA theo WHO/ISH 2003 (bảng 1.1) cho những chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu liên quan đến THA [10], [11].

1.1.1.3. Cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp

* *Tăng huyết áp nguyên phát:*

THA nguyên phát chiếm 95% tổng số bệnh nhân tăng huyết áp, cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp nguyên phát chưa rõ ràng, người ta cho rằng một số yếu tố sau có thể gây tăng huyết áp nguyên phát [12]:

- *Tăng hoạt động thần kinh giao cảm:* Khi hệ thần kinh giao cảm bị tăng hoạt động sẽ làm tăng hoạt động của tim, dẫn đến tăng cung lượng tim. Mặt khác toàn bộ hệ thống động mạch ngoại vi và động mạch thận bị co thắt, làm tăng sức cản ngoại vi dẫn đến hậu quả là tăng huyết áp động mạch.

- *Vai trò của hệ Renin - Angiotensin - Aldosteron (RAA):* Renin là một enzyme được các tế bào cạnh cầu thận và một số tổ chức khác tiết ra khi có các yếu tố kích thích. Các tế bào cơ trơn trên thành mao động mạch đến của tiểu cầu thận chịu trách nhiệm nhận cảm áp lực của động mạch tiểu cầu thận, kích thích các tế bào cạnh tiểu cầu thận tiết ra renin để điều hòa huyết áp, duy trì áp lực lọc của ở tiểu cầu thận.

- *Vai trò của natri trong cơ chế bệnh sinh tăng huyết áp:*

+ Theo Tubian (1954): Lượng natri và nước trong vách động mạch cao hơn một cách rõ rệt ở những người và súc vật có tăng huyết áp.

+ Theo Braunwald (1954): Vai trò của natri trong cơ chế bệnh sinh của THA tiên phát thực hiện ở hai vị trí:

Stress (tác nhân gây bệnh): ở những người ăn nhiều natri (do thói quen trong gia đình) khả năng lọc của thận tăng cũng tăng tái hấp thu nước, làm tăng thể tích máu.

Màng tế bào có sự tặng thắm thấu di truyền đối với natri, canxi vào trong tế bào của cơ trơn mạch máu, dẫn đến tăng tính co mạch, tăng sức cản ngoại vi gây tăng huyết áp.

- *Giảm chất điều hòa huyết áp*: Prostaglandin E2 và Kallikrein ở thận có chức năng sinh lý điều hòa huyết áp, hạ canxi máu, tăng canxi niệu. Khi các chất này thiếu hoặc bị ức chế gây nên tăng huyết áp.

* *Tăng huyết áp thứ phát*:

Khoảng 5% bệnh nhân THA có nguyên nhân rõ ràng [13], [14], [15], [16]:

- THA do *Bệnh thận và dị dạng mạch máu thận*

- *Cường aldosterone và hội chứng Cushing*: Bệnh nhân bài tiết quá mức aldosterone, tổn thương thường thấy là u tuyến thượng thận.

- *U tủy thượng thận*: Chiếm 1-2% tổng số bệnh nhân tăng huyết áp thứ phát.

- *Hẹp eo động mạch chủ*: Tăng huyết áp ở phần trước chỗ hẹp và giảm ở phần sau chỗ hẹp.

- *THA ở phụ nữ mang thai*: Bệnh tăng huyết áp xuất hiện hoặc nặng lên khi có thai là một trong những nguyên nhân gây tử vong của người mẹ cũng như thai nhi.

- *Sử dụng oestrogen*: Sử dụng kéo dài thuốc tránh thai sẽ gây tăng huyết áp vì oestrogen gây tăng tổng hợp tiền chất renin [17].

1.1.2. Biến chứng của tăng huyết áp

Vì tỷ lệ THA tăng nhanh do vậy tỷ lệ các biến chứng của THA cũng ngày càng gia tăng, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe và sức lao động của người dân trong cộng đồng một cách rất rõ rệt.

1.1.2.1. *Tổn thương ở tim*

Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính và là nguyên nhân tử vong cao nhất đối với THA: dày thất trái gây suy tim toàn bộ, suy mạch vành gây nhồi máu cơ tim, phù phổi cấp...[18]. THA thường xuyên sẽ làm cho thất trái to ra, về lâu dài, thất trái bị giãn; khi sức co bóp của tim bị giảm nhiều thì sẽ bị suy tim, lúc đầu suy tim trái rồi suy tim phải và trở thành suy tim toàn bộ.

1.2.2.2. *Tổn thương ở não*

Tai biến mạch máu não thường gặp như: nhũn não, xuất huyết não có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. Có thể chỉ gặp tai biến mạch máu não thoáng qua với các triệu chứng thần kinh khu trú không quá 24 giờ hoặc bệnh não do THA với lú lẫn, hôn mê kèm co giật, nôn mửa, nhức đầu dữ dội [18].

1.2.2.3. *Tổn thương ở thận*

- + Vừa xơ động mạch thận sớm và nhanh.
- + Xơ thận gây suy thận dần dần.
- + Hoại tử dạng tơ huyết tiểu động mạch thận gây THA ác tính.
- + Giai đoạn cuối thiếu máu cục bộ nặng ở thận sẽ dẫn đến nồng độ renin và angiotensin II trong máu tăng gây cường aldosteron thứ phát.

1.2.2.3. *Tổn thương ở mạch máu*

THA là yếu tố gây vừa xơ động mạch, phồng động mạch chủ [19].

1.2.2.4. *Tổn thương ở mắt:*

Soi đáy mắt có thể thấy tổn thương đáy mắt. Theo Keith-Wagener Barker có 4 giai đoạn tổn thương đáy mắt [20]:

- + Giai đoạn I: Tiểu động mạch cứng và bóng.
- + Giai đoạn II: Tiểu động mạch hẹp có dấu hiệu bất chéo tĩnh mạch (dấu hiệu Salus Gunn).
- + Giai đoạn III: Xuất huyết và xuất tiết võng mạc nhưng chưa có phù gai thị.
- + Giai đoạn IV: Phù lan toả gai thị.

1.1.3. Tình hình tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.1.3.1. Tình hình tăng huyết áp trên thế giới

**** Tỷ lệ tăng huyết áp chung***

THA là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trên thế giới và tốc độ gia tăng ngày một nhanh. Số người mắc THA tăng từ 600 triệu người năm 1980 đến 1 tỷ người năm 2008. Hiện nay, trên thế giới cứ ba người lớn thì có hơn 1 người mắc THA và với người trên 50 tuổi thì cứ 2 người lại có 1 người mắc THA. THA không chỉ có ảnh hưởng lớn đến gánh nặng bệnh lý tim mạch mà cũng có ảnh hưởng nhiều đến gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Theo tài liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) THA là một trong sáu yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng tới phân bố gánh nặng bệnh tật toàn cầu [21].

Năm 2000, thế giới có khoảng 972 triệu người mắc THA (chiếm 26,4% dân số), riêng các nước đang phát triển chiếm khoảng 639 triệu người. Dự báo đến năm 2025, sẽ có khoảng 1,56 tỷ người mắc THA (tương đương 29,2% dân số) [1], [18].

Đã có nhiều nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới về bệnh THA ở người trưởng thành: Tại Châu Âu, số liệu điều tra năm 1990, THA ở các quốc gia (Anh, Phần Lan, Đức, Ý, Tây Ban Nha và Thụy Điển) đều cao hơn ở Mỹ và Canada. Kết quả nghiên cứu năm 1995, tỷ lệ THA ở Canada là 22%; năm 1996 tỷ lệ THA ở Tây Ban Nha là 30%; năm 1998 tỷ lệ THA ở Mêhicô là 19,4% và ở Cu Ba lên tới 44% [22], Nghiên cứu đánh giá về phát hiện và kiểm soát THA ở Bang Minesota của Hoa Kỳ (1999) trên những người trên 45 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc THA là 53% [23]. Năm 2003, THA ở Hoa Kỳ và Canada là 28% thì sáu quốc gia trên đã là 44% [24]. Trong một báo cáo khác năm 2007, tỷ lệ mắc THA ở Hoa Kỳ là 32,7% [25].

Ở Châu Á, tỷ lệ THA năm 1998 ở Singapore là 26,6%; năm 2001 tỷ lệ THA ở Trung Quốc là 27% và Thái Lan là 20,5% [26].

Như vậy, tỷ lệ mắc THA khác nhau giữa các khu vực. Những quốc gia có thu nhập cao thì tỷ lệ THA thấp hơn so với những quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, có thể là do dễ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn [27].

Trung Quốc có tần suất THA trong cộng đồng khá cao. Điều tra năm 2000-2001 trên 15.540 người tuổi từ 35 đến 74, tỷ lệ THA là 27,2% [26].

Ở các vùng địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau. Môi trường sống, thời tiết, khí hậu, công việc, thu nhập đều ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng THA cũng bị ảnh hưởng bởi các yếu tố của môi trường tự nhiên như nhiệt độ, độ ẩm, áp suất không khí, vĩ độ, độ cao.

Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ vào năm 2004, Trung Quốc vào năm 2001, Tanzania vào năm 2000 và ở 4 nước châu Phi khác là Nigeria, Namibia, Tanzania và Kenya đều cho thấy tỷ lệ THA trong cộng đồng cao ở khu vực đô thị và thấp hơn ở khu vực nông thôn. Tỷ lệ THA ở vùng nông thôn Nigeria chiếm 19,3%, ở vùng nông thôn Hoa Kỳ là 28,9% và ở vùng đô thị Namibia chiếm tới 38% [28].

Một nghiên cứu ở Châu Phi (2007) cho thấy tỷ lệ THA ở cộng đồng người Châu Phi là 21,3% [29]. Nghiên cứu ở Brasil (2007), với nhóm tuổi từ 20 đến 69 tuổi có tỷ lệ THA là 23,6% [29].

Trong nghiên cứu về tỷ lệ THA ở người dân Đông Phi năm 2013 thì THA của người vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao và tỷ lệ giữa phát hiện, điều trị và kiểm soát tuân theo quy luật phần 6. Có nghĩa là 2/6 bệnh nhân THA được phát hiện THA, 1/6 những người phát hiện thì được điều trị và 1/6 những người được điều trị thì được kiểm soát huyết áp đầy đủ [30].

Như vậy, số người mắc THA trên thế giới ngày càng gia tăng thế nhưng số người phát hiện được bệnh của mình và điều trị thấp, trong số những người được điều trị thì việc kiểm soát huyết áp vẫn còn thấp [31].

Trên thế giới tỷ lệ THA của người từ 25 tuổi trở lên là 40% vào năm 2008. THA là nguyên nhân tử vong của 7,5 triệu người mỗi năm, chiếm 12,8% tổng số người chết do tất cả các nguyên nhân trên thế giới, mà một nửa số tử vong đó là do đột quỵ và bệnh tim mạch [31].

** Tăng huyết áp theo tuổi*

Theo WHO, ở lứa tuổi 35 cứ 20 người có 1 người tăng huyết áp, ở tuổi 45 cứ 7 người có một người THA và 1/3 số người ở độ tuổi 65 bị tăng huyết áp [12], có nghĩa là ở độ tuổi 65 THA chiếm tỷ lệ cao nhất. Hơn nữa, tỷ lệ người già trong cộng đồng ngày càng tăng. Tuổi già thường đi theo tính giãn nở của động mạch kém do thay đổi cấu trúc và chức năng ở những động mạch đặc biệt là lớp nội mạc và lớp áo giữa. Thay đổi đó làm giảm tỷ lệ lòng mạch/ thành mạch. Ngoài ra, tuổi già cũng thay đổi chức năng khác như tăng hoạt động thần kinh giao cảm có thể do giảm tính nhạy cảm của các thụ thể beta, vì vậy có xu hướng gây ra co mạch và làm THA. Nguy cơ tai biến mạch máu não (TBMMN) phối hợp với tỷ lệ THA ở người già nhiều hơn so với người trẻ tuổi. THA tâm thu chiếm > 50% những trường hợp THA ở người già. Nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên rộng lớn đã đi đến kết luận giảm độ THA sẽ giảm được tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và tỷ lệ tử vong.

Nghiên cứu của Jo I ở Hàn Quốc (2001) cũng đã chỉ ra rằng tỷ lệ hiện mắc của tăng huyết áp có liên quan chặt chẽ tới tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp cũng càng cao [32].

Tại Mỹ, theo thống kê năm 2006 của Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ thì có đến 73,5 triệu người trên 20 tuổi (chiếm 1/3 số người trưởng thành) bị THA và có khoảng 65% người từ 60 tuổi trở lên mắc tăng huyết áp, mà 2/3 trong số đó là tăng huyết áp tâm thu đơn độc. Có thể do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi và trở nên cứng hơn. Một nghiên cứu khác ở Brasil, với nhóm tuổi từ 20 đến 69 tuổi có tỷ lệ THA là 23,6% [18].

Đặc biệt, trong những năm gần đây, bệnh lý THA đang trẻ hóa với rất nhiều đối tượng đang còn trong độ tuổi lao động. Theo ước tính của WHO, THA là nguyên nhân gây tử vong 7,1 triệu người trẻ tuổi [12].

Nghiên cứu từ năm 2009 đến 2010 trên 25.196 người trưởng thành từ 18 - 74 tại 33 khu vực thành thị của Trung Quốc cũng chỉ ra rằng tỷ lệ tăng

huyết áp tăng dần theo nhóm tuổi, từ 19,8% ở nam và 4,7% ở nữ độ tuổi 18 - 34 tuổi tăng lên tương ứng là 56,5% và 60,4% ở độ tuổi 65 - 74 tuổi [33].

Như vậy tỷ lệ THA tăng dần theo độ tuổi và ngày càng có xu hướng trẻ hóa.

** Tăng huyết áp theo giới*

Nhiều kết quả nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ THA ở nam giới cao hơn rõ rệt so với nữ giới.

Điều tra năm 2000 - 2001 trên 15.540 người tuổi từ 35 đến 74 ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ THA độ tuổi từ 35 đến 44 ở nam là 17,4% và ở nữ là 10,7% [26].

Nghiên cứu của Egan BM, Zhao Y và CS (2010) trên 25.196 người trưởng thành từ 18 - 74 tuổi tại 33 khu vực thành thị của Trung Quốc cũng chỉ ra rằng tỷ lệ nam giới mắc tăng huyết áp là 32,9% cao hơn ở nữ giới (24,7%) [34].

Tại Bồ Đào Nha, nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc THA trên một cộng đồng người Bồ Đào Nha năm 2010 cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở nam giới là 46,7% và ở nữ giới là 42,3% [35].

Từ những kết quả nghiên cứu trên cho thấy, tình hình tăng huyết áp trên thế giới ở mức cao. Tỷ lệ mắc THA khác nhau giữa các vùng địa lý, giữa các quốc gia, các độ tuổi, giữa giới nam và giới nữ.

1.1.3.2. Tình hình tăng huyết áp ở Việt Nam

** Tỷ lệ tăng huyết áp chung*

Tại Việt Nam, bệnh THA có xu hướng tăng lên rõ rệt. Sau hơn 30 năm, từ năm 1960 đến 1999, tỷ lệ THA từ 2 - 3% lên đến 16,05% (tăng gấp 6 - 8 lần) [36].

Theo thống kê của Đặng Văn Chung năm 1960, tỷ lệ THA ở người lớn phía Bắc Việt Nam chỉ là 1% [16] và hơn 30 năm sau (1992) theo điều tra trên toàn quốc của Trần Đỗ Trinh và cộng sự thì tỷ lệ này đã 11,7% [37], tăng lên hơn 11 lần. Và mười năm sau, theo điều tra dịch tễ học THA và các yếu tố nguy cơ tại 4 tỉnh phía Bắc Việt Nam (2001 - 2002) trên 5012 người trưởng thành ≥ 25 tuổi thì tần suất THA đã tăng đến 16,3%...trong đó THA độ I, độ II, độ III lần lượt là 10,2%, 4,2% và 1,9%. Tỷ lệ THA ở vùng thành thị là 22,7% cao hơn vùng nông thôn là 12,3% [38].

Nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Khải và Cộng sự (2003) so sánh tỷ lệ mắc THA ở người dân từ 25 tuổi trở lên giữa vùng thành thị và nông thôn các tỉnh phía Bắc Việt Nam, cho thấy tỷ lệ mắc bệnh THA ở thành thị nhiều hơn nông thôn, ở vùng thành thị tỷ lệ THA là 22,7%, còn nông thôn là 12,3% [38].

Nghiên cứu của Lê Anh Tuấn (2003) ở nội thành và ngoại thành Hà Nội là 16,17% [39]. Nghiên cứu của Cao Thị Yến Thanh, Nguyễn Công Khẩn, Đặng Tuấn Đạt (2006) ở người từ 25 tuổi trở lên tại tỉnh Đắk Lắk là 17,5% [40].

Cũng theo nghiên cứu của Phạm Hùng Lực, Lê Thế Thự (2002) với đối tượng từ 15 đến 75 tuổi ở đồng bằng sông Cửu Long cho thấy tỷ lệ THA là 14,9% [41], nghiên cứu ở người dân tộc thiểu số sống ở thị xã Kon Tum và khu vực xung quanh thị xã của Đào Duy An (2003) là 12,54% [42] và nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) ở Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 25 - 64 tuổi là 17,8% [43].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Khải (2003) nghiên cứu ở các tỉnh phía Bắc và địa bàn thành phố Hà Nội [33], nghiên cứu của Đào Duy An ở Kon Tum (2003) [42], Cao Thị Yến Thanh ở Đắk Lắk (2006) [40] và Lại Đức Trường (2011) ở Thái Nguyên [43] cho thấy kết quả tăng huyết áp chủ yếu tập trung ở mức độ I.

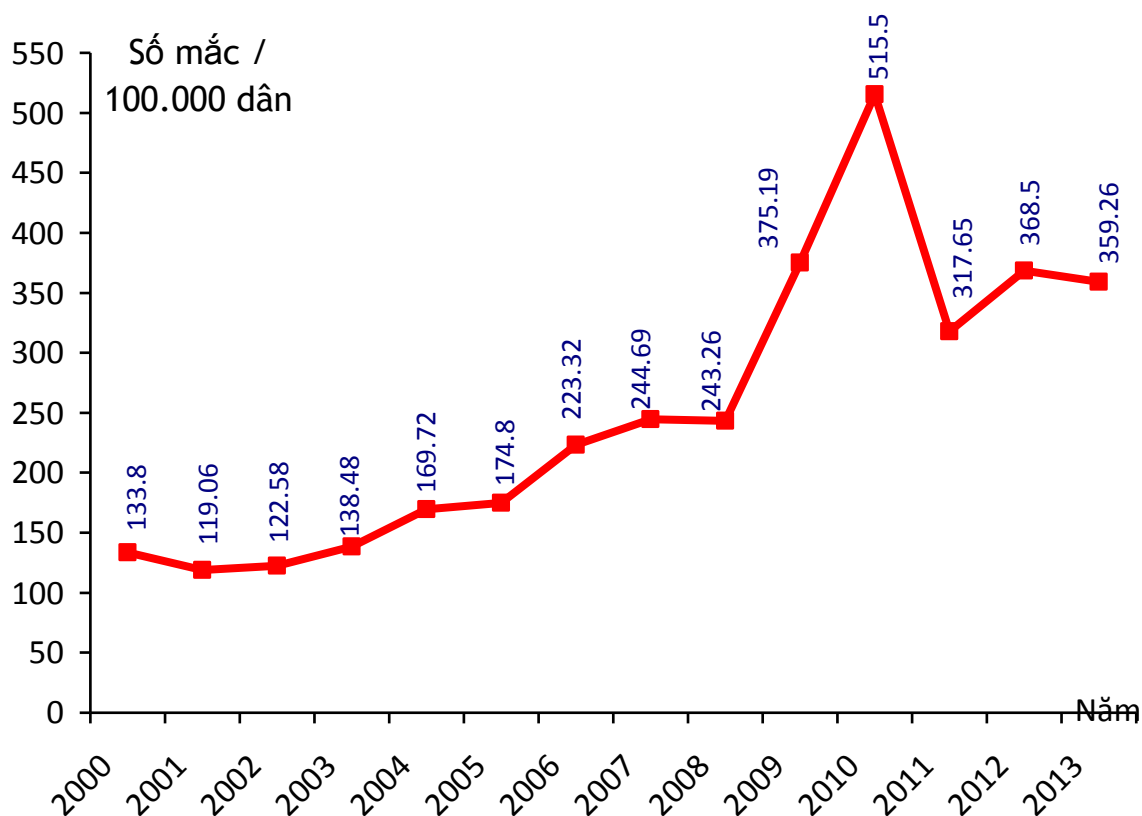
Nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Hà (2015), tiến hành điều tra ở người trưởng thành thừa cân từ 25 - 64 tuổi năm 2005 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 25,2% và tăng huyết áp ở vùng thành thị (26,9%) chiếm tỷ lệ cao hơn vùng nông thôn (25,0%) [44].

Có sự chênh lệch giữa các nghiên cứu là do các nghiên cứu ở các vùng địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau và vào thời điểm khác nhau. Môi trường sống, thời tiết, khí hậu, công việc, thu nhập đều ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật [45].

Năm 2008, kết quả điều tra của Viện Tim mạch Quốc gia trên 8 tỉnh ở cả 3 miền Bắc, Trung, Nam cho thấy tỷ lệ THA ở người trưởng thành từ 25

tuổi trở lên là 25,1% (trong số đó, tỷ lệ người được điều trị THA vẫn thấp, chỉ chiếm 34,2% và tỷ lệ kiểm soát tốt chỉ đạt 11,0%) [45].

Theo kết quả của Niên giám thống kê y tế qua các năm từ 2000 - 2013 [46], số mắc THA trên 100000 dân tăng lên rõ rệt. Đặc biệt, năm 2010 có số mắc THA cao nhất (515,5/100000 dân).



Biểu đồ 1.1. Số mắc tăng huyết áp tính trên 100.000 dân trong các năm (2000 - 2013)

Cũng theo kết quả thống kê y tế (từ năm 2000 - 2013), THA nằm trong danh sách 10 bệnh mắc cao nhất qua các năm theo các vùng địa lý và với số mắc như sau:

**Bảng 1.2. Phân bố tăng huyết áp trên 100.000 dân theo vùng sinh thái
(từ năm 2000 đến năm 2013)**

Năm	Số mắc/100.000 dân							
	Vùng ĐB Sông Hồng	Vùng Đông Bắc	Vùng Tây Bắc	Vùng Bắc Trung Bộ	Vùng Duyên Hải Nam Trung Bộ	Vùng Tây Nguyên	Vùng Đông Nam Bộ	Vùng ĐB Sông Cửu Long
2000	98,28	*	*	*	127,87	*	226,02	216,78
2001	*	97,51	*	*	100,09	*	565,68	244,11
2002	*	104,62	*	*	128,58	*	524,67	274,30
2003	79,91	*	*	*	144,63	*	444,04	332,67
2004	*	125,52	*	49,41	210,15	*	661,68	377,0
2005	75,91	*	*	97,15	227,52	*	*	334,64
2006	93,38	159,96	139,63	73,12	306,97	*	750,17	334,62
2007	175,99	172,32	135,04	86,40	289,68	*	692,47	594,64
2008	98,09	196,32	170,24	*	*	*	*	375,19
2009	144,57	190,70	*	*	239,43	*	559,33	293,90
2010	95,86	223,38	119,40		566,32	119,4	386,03	1289,53
2011	209,23	242,46	184,17		287,2	*	*	534,06
2012	*	231,8			291,4	*	428,8	683,8
2013	265,7	238,3			229,1	*	471,3	620,2

(*) Tăng huyết áp không nằm trong số 10 bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất của năm đó

Số liệu từ bảng 1.2 cho thấy số mắc THA có sự chênh lệch giữa các vùng địa lý, ở các vùng địa lý khác nhau thì số mắc THA khác nhau. Tại mỗi vùng, gần như số mắc THA tăng dần qua các năm. Đặc biệt, vùng Đồng Bằng Sông Cửu Long là vùng có bệnh THA nằm trong số 10 bệnh mắc cao nhất của vùng

trong suốt 14 năm (2000 - 2013). Vùng Bắc Trung Bộ có số mắc THA thấp nhất qua các năm [46].

Từ kết quả của các nghiên cứu trên cho thấy, tỷ lệ tăng huyết áp còn ở mức cao do vậy vấn đề phát hiện, quản lý và điều trị THA cần phải được quan tâm hơn nữa. Tăng huyết áp nếu được can thiệp kịp thời thì có thể làm giảm tỷ lệ và hạn chế những biến chứng của tăng huyết áp.

** Tăng huyết áp theo tuổi*

Nghiên cứu của Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt (2002) ở vùng đồng bằng Thái Bình thì những người ở độ tuổi từ 55 - 64 tỷ lệ mắc bệnh THA cao gấp 15,25 lần, tuổi 45 - 54 tỷ lệ mắc bệnh THA cao gấp 9,73 lần và tuổi 35 - 44 tỷ lệ mắc bệnh THA cao gấp 3,56 lần so với lứa tuổi 24 - 35 [47]. Kết quả nghiên cứu tại Đắc Lắc của Cao Thị Yến Thanh (2006): ở độ tuổi từ 25 - 44 tuổi có tỷ lệ THA từ 5,1% - 9,3% ; ở độ tuổi từ 45 - 64 tỷ lệ THA từ 16,4% - 36,6% [40].

Nghiên cứu của Chu Hồng Thắng (2008) tại Thái Nguyên ở đối tượng 25 đến 64 tuổi cũng cho kết quả tương tự: độ tuổi từ 25 - 44 tuổi có tỷ lệ THA từ 3,8% - 13,0%; ở độ tuổi từ 45 - 64 tỷ lệ THA từ 27,3% - 31,0%. Những người ở độ tuổi 45 - 54 tỷ lệ mắc bệnh THA cao gấp 9,66 lần và đặc biệt tuổi từ 55 - 64 tỷ lệ mắc bệnh THA cao gấp 11,54 lần so với lứa tuổi 24 - 35 đặc biệt từ độ tuổi 55 trở lên gần một nửa số nam giới [48].

Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt ở xã Xuân Canh, Đông Anh, Hà Nội (2008) cũng chỉ ra rằng ở độ tuổi từ 25 - 44 tuổi có tỷ lệ THA từ 3,7% - 7,1%; ở độ tuổi từ 45 - 64 tỷ lệ THA từ 21,7% - 32,7% [2].

Nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Hà (2015) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người thừa cân béo phì tăng dần theo độ tuổi trong đó độ tuổi từ 25 - 34 có tỷ lệ tăng huyết áp thấp nhất chiếm 13,8%, cao nhất ở độ tuổi 55 - 64 chiếm 46,4% [44].

Như vậy kết quả của các nghiên cứu trên cho thấy tỷ lệ THA tăng dần theo độ tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ THA càng tăng.

** Tăng huyết áp theo giới*

Kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ mắc THA ở nam giới trưởng thành có xu hướng cao hơn nữ giới.

Các kết quả nghiên cứu của các tác giả Đào Duy An (2003) [42], Cao Thị Yến Thanh (2006) [40], Chu Hồng Thắng (2008) [48], Nguyễn Lâm Việt (2008) [2], Lại Đức Trường (2011) [112], Đỗ Thị Phương Hà (2015) [144], điều tra quốc gia năm 2015 đều cho kết quả nam giới có tỷ lệ THA cao hơn nữ giới [3].

Điều này cũng có thể lý giải vì lối sống của nam giới uống rượu, hút thuốc hơn nữ giới, cường độ làm việc cũng cao hơn nữ giới. Hơn nữa có thể có liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính. Mặt khác, estrogen đã được chứng minh là có tác dụng bảo vệ tim và thiếu estrogen nội sinh khi tuổi già làm tăng nhanh tỷ lệ mắc bệnh mạch vành ở thời kỳ mãn kinh. Estrogen cải thiện các thành phần lipoprotein, có tác dụng giãn mạch trên nội mạc và ức chế cơ trơn mạch máu phát triển gây co mạch.

Như vậy, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở Việt Nam cũng có xu hướng tăng lên. Tỷ lệ mắc THA có sự khác nhau giữa các vùng địa lý, các độ tuổi khác nhau và giới tính khác nhau, THA tăng dần theo độ tuổi và giới nam có xu hướng THA nhiều hơn giới nữ.

1.1.4. Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

Khoảng dưới 5% các trường hợp tăng huyết áp có tìm thấy nguyên nhân và được gọi là tăng huyết áp triệu chứng (tăng huyết áp thứ phát). THA thứ phát cần được chú ý tìm nguyên nhân cụ thể để có hướng điều trị hợp lý.

Tuyệt đại bộ phận (khoảng 95%) các bệnh nhân bị THA là không rõ nguyên nhân (còn gọi là THA nguyên phát). Tuy nhiên các nhà khoa học đã nhận thấy có một số yếu tố nguy cơ liên quan và ảnh hưởng trực tiếp đến bệnh THA. Theo Liên ủy ban quốc gia Hoa Kỳ [49] gồm các yếu tố nguy cơ sau:

* *Nhóm yếu tố sẵn có (là yếu tố không thể thay đổi)*

- *Tuổi:* Tuổi có mối liên quan chặt chẽ với tăng huyết áp. Tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều, do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi và trở nên cứng hơn vì thế làm cho huyết áp tâm thu tăng cao hơn còn gọi là THA tâm thu đơn thuần [50]. Mặc dù HA tâm trương giảm nhẹ dần khi vượt qua độ tuổi 65 - 70 nhưng HA tâm thu lại tiếp tục tăng so với tuổi đời [51]. Cùng với đời sống kinh tế được cải thiện, trung bình ngày một cao, tổng số người cao tuổi trên thế giới vào năm 2012 là 810 triệu và ước tính đến năm 2015 sẽ tăng lên 2 tỷ người cao tuổi [52].

Theo Tổ chức y tế thế giới, ở lứa tuổi 35 cứ 20 người có 1 người tăng huyết áp, ở tuổi 45 cứ 7 người có một người tăng huyết áp và 1/3 số người ở độ tuổi 65 bị tăng huyết áp [38].

Nghiên cứu của Jo I ở Hàn quốc cũng đã chỉ ra rằng tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp có liên quan chặt chẽ với tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp cũng càng cao [32].

- *Giới tính:* Trước 45 tuổi thì nam giới có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn nữ, nhưng từ 65 tuổi trở đi sẽ ảnh hưởng đến nữ nhiều hơn nam (có thể do đã mãn kinh). Và còn 1 điều nữa là, nam giới dưới 55 tuổi không kiểm soát huyết áp được như nữ giới nhưng từ 65 tuổi trở lên thì nữ giới lại không kiểm soát được huyết áp bằng nam giới.

- *Chủng tộc:* Tăng huyết áp có thể ảnh hưởng đến bất kỳ ai. Tuy nhiên có những nghiên cứu cho thấy những người Mỹ gốc Phi có nguy cơ tăng huyết áp và tử vong do các biến chứng của tăng huyết áp cao hơn những người Mỹ da trắng [53].

- *Yếu tố di truyền:* Tiền sử gia đình có người cùng huyết thống bị THA, nhất là trực hệ (bố, mẹ, anh chị, em ruột). Mọi người trong gia đình có thể kế

thừa gen làm cho họ nhiều khả năng để phát triển tình trạng này. Điều tra phá hệ những gia đình có tăng huyết áp chiếm 50%, có nhiều gen chi phối quá trình điều hòa huyết áp. Ví dụ trong gia đình nếu ông, bà, cha, mẹ bị bệnh THA thì con cái có nguy cơ mắc THA nhiều hơn. Nghiên cứu của Yeon Hwan Park, Misoon Song (2011) thấy rằng, tỷ lệ chênh lệch THA là 2,38 lần khi có bố hoặc mẹ THA và tăng lên 6,49 lần khi có cả bố và mẹ THA. Nguy cơ này độc lập với yếu tố nguy cơ khác và yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng [33].

Nhóm yếu tố này mặc dù không loại bỏ được nhưng nếu có hiểu biết đầy đủ về bệnh THA người dân có thể tăng cường thực hành các thói quen, lối sống có lợi để dự phòng THA và các biến chứng của THA.

** Nhóm yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được*

(Nhóm này bao gồm những thói quen, lối sống, trạng thái tinh thần, vận động, việc làm... ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc, mức độ và biến chứng của THA)

- *Ăn mặn*: Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy chế độ ăn nhiều muối thì tần suất mắc bệnh THA tăng cao rõ rệt. Nhiều bệnh nhân THA ở mức độ nhẹ chỉ cần ăn chế độ giảm muối là có thể kiểm soát được bệnh.

Muốn sống được, cơ thể con người ta cần có muối. Tuy nhiên ăn quá nhiều muối sẽ làm ứ nước trong cơ thể, tăng khối lượng tuần hoàn khiến huyết áp cũng tăng lên và nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Một số nghiên cứu điều tra khẩu phần ăn từng vùng, các nhà nghiên cứu thấy rằng vùng nào ăn nhiều muối thì có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn. Như vậy, lượng muối ăn hàng ngày quá cao là một nguyên nhân gây tăng huyết áp trong các quần thể. Các thử nghiệm cho thấy rằng ăn nhiều muối (trên 14g/ngày) sẽ gây tăng huyết áp; trong khi ăn ít muối (dưới 1g/ngày) gây giảm huyết áp động mạch [53].

- *Hút thuốc lá, thuốc lào*: Trong thuốc lá, thuốc lào có nhiều chất kích thích đặc biệt có chất nicotin kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch và gây tăng huyết áp.

Hút thuốc lá trên 10 điếu/ngày liên tục trong 3 năm là nguy cơ gây tăng huyết áp. Hút thuốc làm tổn thương các mạch máu và tăng tốc độ xơ cứng động mạch. Hơn nữa, hút thuốc là một nguy cơ chính gây bệnh tim và đột quỵ. Khói thuốc lá chứa hơn 4000 loại hoá chất. Trong đó có hơn 200 loại hoá chất có hại cho sức khoẻ. Nicotin là chất có trong thuốc lá. Nicotin được hấp thụ qua da, niêm mạc miệng, mũi hoặc hít vào phổi. Khi hút một điếu thuốc, người hút đưa vào cơ thể từ 1 đến 2 mg nicotin. Nicotin có tác dụng chủ yếu làm co mạch ngoại biên, làm tăng nồng độ serotonin, catecholamin ở não, tuyến thượng thận làm tăng huyết áp [54]. Hút một điếu thuốc lá, huyết áp tâm thu có thể tăng lên tới 11 mmHg, huyết áp tâm trương tăng lên đến 9 mmHg, kéo dài 20 - 30 phút. Hút thuốc nhiều có thể có cơn tăng huyết áp kịch phát [18]. Một nghiên cứu trên công nhân viên nhà máy thuốc lá, nơi chịu đựng bụi và khói thuốc lá nhiều thấy tỷ lệ bệnh tăng huyết áp cao hơn rõ rệt [38].

Monocit carbon (khí CO) có nồng độ cao trong khói thuốc và được hấp thụ vào máu, nó gắn với hemoglobin với lực mạnh hơn 20 lần so với ôxy [55], do đó làm giảm lượng ô xy chuyển đến các bộ phận trong cơ thể, gây thiếu máu và góp phần hình thành các mảng vữa xơ động mạch. Vì vậy, hút thuốc lá là một nguy cơ tiềm tàng dẫn đến phát triển bệnh xơ vữa động mạch. Mặc dù không phải là một nguyên nhân tăng huyết áp song đây cũng là một yếu tố đe dọa quan trọng đến bệnh tăng huyết áp. Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người tăng huyết áp có hút thuốc lá cao hơn 50 - 60% so với những người tăng huyết áp không hút thuốc lá [54].

- *Uống nhiều rượu, bia*: Hàng ngày, mỗi người có thể uống khoảng 300 ml bia hoặc 30 ml rượu mạnh hay 50 ml rượu vang. Nhưng nếu uống rượu bia

trên 100ml/ngày liên tục trong 3 năm sẽ là nguy cơ gây tăng huyết áp. Ở Việt Nam tỷ lệ lạm dụng rượu bia ước tính 8% dân số và 4% là nghiện rượu [55]. Rượu bia được hấp thu nhanh qua đường tiêu hoá, chủ yếu đoạn đầu ruột non và đạt hàm lượng trong máu cao nhất sau khi uống từ 30 đến 90 phút. Đã có một số nghiên cứu được báo cáo về sự liên quan của uống rượu nhiều và tăng huyết áp, nhưng cơ chế của liên quan này vẫn còn chưa rõ ràng. Có những ý kiến chưa thống nhất nhưng đa số thừa nhận uống nhiều rượu bia làm tăng huyết áp. Một số nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp ở 20 - 30% số người lạm dụng rượu bia [55]. Hơn nữa rượu bia còn có thể gây rối loạn nhịp tim, rối loạn điều hoà lipoprotein và triglycerid, làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim và các bệnh lý về mạch máu. Các thực nghiệm cho thấy rằng với khối lượng lớn, ethanol có tác dụng co mạch trực tiếp. Giảm tiêu thụ rượu xuống tới dưới 3 lần uống trong ngày (30ml rượu) làm giảm huyết áp ở bệnh nhân có điều trị [53]. Uống nhiều rượu bia còn làm mất hiệu quả của những thuốc chữa THA.

- *Ít hoạt động thể lực* (lối sống tĩnh tại): Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả, thói quen sống tĩnh tại rất nguy hại đối với hệ tim mạch. Nhưng nếu tăng cường vận động thể lực vừa sức hằng ngày đều đặn mang lại lợi ích rõ rệt trong giảm nguy cơ bệnh tim mạch nói chung và bệnh THA nói riêng. Hoạt động thể lực bao gồm các hoạt động thường ngày và tập luyện thể dục thể thao. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, hoạt động đều đặn 30 phút/ngày với cường độ trung bình, ít nhất 5 ngày/tuần, tức 150 phút/tuần hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút/tuần. Không nên ngừng tập 3 ngày liên tiếp trong một tuần [56].

Hoạt động thể lực đúng mức đều đặn được coi như một liệu pháp hiện đại để dự phòng THA, ít vận động được coi là nguyên nhân của 5 - 13% các trường hợp THA hiện nay [57].

- *Stress (căng thẳng, lo âu quá mức)*: Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng căng thẳng thần kinh, stress làm tăng nhịp tim. Dưới tác dụng của các chất trung gian hóa học là Adrenalin, noradrenalin làm động mạch bị co thắt dẫn đến tăng huyết áp [34]. Vì vậy, mỗi người cần rèn luyện cho mình tính tự lập, kiên nhẫn và luôn luôn biết làm chủ bản thân trước mọi vấn đề xảy ra trong cuộc sống. Nếu thực hiện được điều này thì có thể hạn chế những căng thẳng, lo âu đồng thời đây cũng chính là một biện pháp phòng tăng huyết áp.

Trên đây là nhóm yếu tố nguy cơ có khả năng thay đổi được. Vì vậy tăng huyết áp giải quyết không những chỉ bằng thuốc điều trị kiểm soát huyết áp, mà cần hàng loạt các biện pháp giáo dục truyền thông sức khỏe nhằm vào các yếu tố này.

1.4.1.2. Các bệnh lý liên quan chặt chẽ tới tăng huyết áp

- *Tiền tăng huyết áp*: Tiền tăng huyết áp là quan niệm mới của bệnh tăng huyết áp theo phân loại bệnh tăng huyết áp của Hoa Kỳ, người bị tiền tăng huyết áp nhiều khả năng bị bệnh tăng huyết áp hơn người bình thường. Trường hợp khác, số huyết áp đo được là 140/80 mmHg hoặc 120/90 mmHg đều là bệnh tăng huyết áp và cần được theo dõi.

- *Thừa cân, béo phì*: Cân nặng có quan hệ khá tương đồng với bệnh THA, người béo phì hay người tăng cân theo tuổi cũng làm tăng nhanh huyết áp. Chỉ số BMI lớn hơn 30 hoặc lớn hơn 25 với người Châu Á là có nguy cơ).

Thừa cân, béo phì là hậu quả của tình trạng mất cân bằng năng lượng, trong đó năng lượng ăn vào vượt quá năng lượng tiêu hao trong một thời gian dài.

Dựa vào chỉ số khối cơ thể. $BMI = \text{Trọng lượng cơ thể (kg)} / (\text{Chiều cao (m)})^2$ và hiện nay để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành dựa vào tiêu chuẩn sau:

Bảng 1.3. Tiêu chuẩn đánh giá thừa cân, béo phì của WHO (2006) [58]

BMI	Mức độ béo phì	BMI	Mức độ thừa cân
35,00 - 39,99	Béo phì độ II	≥ 25	Thừa cân
30,00 - 34,99	Béo phì độ I	18,50 - 24,99	Bình thường
25,00 - 29,99	Tiền béo phì	$< 18,5$	Thiếu năng lượng trường diễn

Thừa cân, béo phì ngày càng phổ biến trên thế giới. Hiện nay số người mắc béo phì trên toàn cầu đã vượt quá 250 triệu, chiếm 7,0% dân số người trưởng thành trên thế giới. Các nước ở Đông Âu, Tây Âu, Bắc Mỹ, Nam Mỹ tỷ lệ béo phì đã lên trên 20%. Ở các nước phát triển tỷ lệ người béo phì cũng đang có xu hướng tăng nhanh. Béo phì rất có hại cho tim mạch vì dễ dẫn đến THA và xơ vữa động mạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy thừa cân, béo phì có tương quan thuận với huyết áp. Chế độ ăn để giảm cân ở người thừa cân, béo phì: giảm lượng glucid (bánh các loại, đồ ngọt, chất bột) và tăng cường rau quả, ăn giảm mỡ động vật và thay bằng dầu thực vật, tăng cường vận động thể lực. Nhưng thực tế, phần lớn các trường hợp thừa cân, béo phì chưa áp dụng đúng chế độ ăn giảm cân [59].

- *Đái tháo đường*: Với bệnh đái tháo đường, cơ thể hoặc là không tạo đủ insulin hoặc không thể sử dụng insulin của cơ thể. Điều này làm cho đường tích tụ trong máu.

Ở người bị đái tháo đường, tỷ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp cao gấp đôi so với người không bị đái tháo đường. Khi có cả tăng huyết áp và đái tháo đường sẽ làm tăng gấp đôi biến chứng mạch máu lớn và nhỏ, làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong so với bệnh nhân tăng huyết áp đơn thuần. Khoảng 60% những người có bệnh đái tháo đường kèm theo biểu hiện tăng huyết áp [50].

- *Rối loạn lipid máu*: Cholesterol và triglycerid máu là các thành phần chất béo ở trong máu. Được gọi là rối loạn lipid máu khi có rối loạn một hoặc nhiều thành phần sau: tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid, tăng LDL-C, giảm HDL-C, giảm apoprotein AI, tăng apoprotein B [60].

Chẩn đoán rối loạn lipid máu khi:

- Cholesterol toàn phần: > 5,2 mmol/l
- Triglycerid: > 2,3 mmol/l
- HDL-C: < 0,9 mmol/l
- LDL-C: > 3,12 mmol/l.

Nồng độ cholesterol máu cao là nguyên nhân chủ yếu của quá trình xơ vữa động mạch và dần dần làm hẹp lòng các động mạch cung cấp máu cho tim và các cơ quan khác trong cơ thể. Động mạch bị xơ vữa sẽ kém đàn hồi và cũng chính là yếu tố gây THA.

Nghiên cứu về các mức lipid máu ở những trường hợp THA không có tai biến. Một phân tích lượng lipid máu tại chỗ trên 3182 bệnh nhân không bị đái tháo đường, chưa có biến chứng (2425 nữ và 757 nam) có mặt ở thành phố Patna - Ấn Độ trong khoảng từ 1992 - 1998, được so với nhóm chứng có 4131 người. Kết quả: cholesterol toàn phần trung bình có tăng nhẹ ở những người có THA (191,8 mg/dl) so với nhóm chứng (190,1 mg/dl) ($p \leq 0,05$) và tỷ lệ LDL- C toàn phần trung bình cũng cao hơn (4,65 so với 4,48) ở những người THA ($p < 0,05$), 1069 (chiếm 33,6%) bệnh nhân có cholesterol ở mức lớn hơn 200 mg/dl trong khi ở 850 (chiếm 26,7%) có lượng triglycerid vượt quá 200 mg/dl ở những người trong nhóm có THA. Tỷ lệ HDL- C giảm xuất hiện trong 1600 (50,3%) người có THA. Kết quả này đã chỉ ra rằng tỷ lệ HDL- C giảm là phổ biến ở hầu hết những người THA chưa biến chứng có rối loạn lipid máu ở mức độ khác nhau [61]. Thực tế cho thấy rằng THA động mạch và tăng cholesterol máu thường được phối hợp với sinh bệnh học về

gen. Điều này làm cho nguy cơ bệnh tim mạch tăng lên theo cấp số nhân ở những bệnh nhân này.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy các chỉ số lipid máu: cholesterol, triglycerid, LDL- C tăng và HDL- C giảm ở người THA. Vì vậy cần phải thấy được tầm quan trọng của tăng lipid máu ở những bệnh nhân THA.

Tóm lại, dự báo trong những năm tới số người mắc bệnh THA sẽ còn tăng do các yếu tố nguy cơ (có thể thay đổi được) và các bệnh lý liên quan tới THA không được kiểm soát. Theo Tổ chức Y tế thế giới, không chế được những yếu tố nguy cơ này có thể làm giảm được 80% bệnh tăng huyết áp [55].

1.2. Vai trò của dinh dưỡng và một số biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở cộng đồng

1.2.1. Vai trò của dinh dưỡng với tăng huyết áp

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính cho bệnh tim mạch, trong đó có cả bệnh mạch vành và đột quỵ, bệnh thận giai đoạn cuối và mạch máu ngoại biên. Theo WHO tăng huyết áp có thể tránh được quan trọng nhất trong tử vong sớm ở các nước đang phát triển. Tăng huyết áp, béo phì, kháng insulin, rối loạn lipid máu hình thành nên hội chứng chuyển hóa, đặc biệt là tiền sử nguy cơ có hại đối với bệnh tim mạch. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh về mối liên quan giữa ăn uống không hợp lý với tăng huyết áp.

Yếu tố dinh dưỡng không chỉ đóng vai trò quan trọng làm giảm nguy cơ tăng huyết áp xảy ra mà còn là điều trị sau khi người bệnh được chẩn đoán bị THA.

Ở nhiều nước trên thế giới ăn uống đã được chỉ định như là một trong những biện pháp điều trị cũng như việc sử dụng thuốc. Người bệnh song song với điều trị bằng thuốc hoặc/và các phương pháp điều trị khác cần phải có chế độ dinh dưỡng phù hợp với bệnh [62].

1.2.1.1. *Mối liên quan giữa một số chất dinh dưỡng với tăng huyết áp*

** Mối tương quan giữa kali và tăng huyết áp*

Từ những năm 80 nhiều nghiên cứu trên thế giới đều khẳng định rằng chế độ ăn giàu kali có tác dụng hạ HA. Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng thì chế độ ăn ít natri, giàu kali có tác dụng hạ HA rõ rệt. Tác dụng hạ HA của kali có liên quan đến tác dụng tăng thải natri qua đường niệu. Kali được phân bố rộng rãi trong thực phẩm và thay đổi khác nhau tùy theo nhóm thực phẩm: Một khẩu phần ăn trung bình cung cấp kali 2,5 - 3,0 g/ngày [62].

Nhóm rau quả cung cấp nhiều kali nhất (Khoai tây, su hào, bí đao...). Sữa cũng chứa nhiều tiếp đến là thịt, trứng, sản phẩm ngũ cốc và các loại rau khác. Lựa chọn các thực phẩm giàu kali (theo bảng thành phần hóa học thức ăn Việt Nam) và áp dụng chế độ ăn giàu Kali (khoảng 4 - 5 g/ngày) có thể kiểm soát HA [62].

** Mối tương quan giữa calci và THA*

Mối tương quan giữa calci ăn vào và THA được chú ý đầu tiên bắt nguồn từ nghiên cứu dịch tễ học ở các nước phương Tây. Tác dụng của “nước nặng” có thể phòng được các bệnh về tim mạch. Cũng như Kali sự thiếu hụt calci trong thức ăn có kết hợp với tăng tỷ lệ bị THA. Nhiều tác giả cho rằng chế độ ăn nhiều calci (1000 - 1500 mg nguyên tố calci/ngày) có tác dụng ngăn chặn gây THA của chế độ ăn nhiều muối. Ăn nhiều calci thì HA hạ ở người THA có nhạy cảm với muối [62].

** Mối tương quan giữa magnesi và THA*

Những gợi ý sớm về vai trò của Mg trong THA khi có những báo cáo cho rằng nước cứng (có nhiều calci và Mg) có liên quan với tỷ lệ tử vong thấp do các bệnh tim mạch. Những nghiên cứu cắt ngang và theo dõi chiều dọc đều cho thấy vai trò của chế độ ăn giàu magnesi liên quan với hạ thấp HA động mạch [62].

** Vai trò của chất béo trong khẩu phần ăn với THA*

Những nghiên cứu ở Châu Âu từ những năm 80, 90 cho thấy có mối liên quan dương tính giữa acid béo no và huyết áp. Trong thử nghiệm lâm sàng cho thấy khi giảm tổng số chất béo từ 38 - 40% năng lượng khẩu phần xuống 20 - 25% hoặc tăng tỷ số giữa acid béo không no và acid béo no từ 0,2 lên 1 cho thấy HA giảm rõ ràng. Thử nghiệm lâm sàng cho thấy khi bổ sung cá, dầu cá, dầu ngô cho thấy HA giảm rõ ràng. Đó là vai trò của các acid béo không no n-3 và n-6. Ngoài ra chế độ ăn nhiều cholesterol có liên quan với THA [63].

** Acid folic:* Folate là một đồng yếu tố quan trọng trong tổng hợp nitric oxide. Nghiên cứu cho thấy ở phụ nữ dùng folate cung cấp từ thực phẩm và bổ sung $\geq 1000 \mu\text{g}$ /ngày thì chỉ có 1/3 nguy cơ diễn tiến THA so với phụ nữ chỉ cung cấp lượng folate là $200 \mu\text{g}$ /ngày [64].

** Vitamin C:* Với người bị THA có thể có thiếu hụt Vitamin C và khi cung cấp nhiều vitamin C trong chế độ ăn hay bổ sung có liên quan đến làm giảm HA. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa cho thấy rõ ràng cung cấp lượng Vitamin C 500mg hoặc hơn có ảnh hưởng làm hạ thấp HA [64].

1.2.1.2. Một số nghiên cứu về vai trò của chế độ dinh dưỡng với tăng huyết áp

Theo nghiên cứu Mỹ đưa ra chế độ ăn ADASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) cho thấy chế độ ăn nhiều trái cây, rau, giảm béo bão hòa có thể làm hạ thấp huyết áp cho cả hai đối tượng có nguy cơ THA và đã bị THA đang kiểm soát điều trị. Những người không ăn thịt, ăn nhiều rau, giảm ăn thực phẩm có chứa nhiều cholesterol, béo bão hòa, chế độ ăn nhiều kali, folate, Vitamin C, Flavonoid và nhiều L- arginin (là 1 acid amin liên quan đến nitric oxide là chất giãn mạch. Lượng muối natri trên $< 2\text{g}$ /ngày cũng góp phần quan trọng trong phòng chống tăng huyết áp [64].

Một chế độ ăn liên quan tới giảm natri trong điều trị THA là chế độ Kempner - chế độ ăn nhạt, giàu rau và quả: Natri trong chế độ ăn có thể tạo ra

từ hai nguồn chính (Phần cho thêm vào thức ăn, phần này phụ thuộc từng người) và nguồn có sẵn trong thực phẩm (Natri được cho thêm vào trong thực phẩm trong quá trình chế biến và nguồn có tự nhiên trong thực phẩm). Những thực phẩm chế biến sẵn, đóng hộp, ướp muối thường nhiều muối, nên hạn chế trong chế độ ăn của người THA. Những nguồn natri khác cần quan tâm khi tính lượng natri trong khẩu phần ăn 24h: mì chính; một số loại thuốc có nhiều Natri [62].

Một số nghiên cứu về hiệu quả các probiotic trong một số thực phẩm có vai trò giảm huyết áp như: tăng cường sử dụng đậu tương để giảm cholesterol toàn phần trong huyết tương, giảm LDL- C và giảm huyết áp. Người ta cũng xem xét vai trò của một số chất có trong thực phẩm như các acid béo omega- 3 (n-3) trong chế độ ăn đối với dự phòng THA. Nghiên cứu của Ascherio A và CS còn cho thấy acid béo omega 3 được tìm thấy trong cá hồi, khi ăn cá có chứa chất này có thể làm giảm triglycerid huyết thanh [65]. Vì vậy nên ăn cá ít nhất một lần trong tuần. Ngoài ra người ta thấy rằng Vitamin E là chất hòa tan trong chất béo có vai trò chặn lại phản ứng gây oxy hóa ngay từ khi mới bắt đầu.

Nhiều nghiên cứu đã tìm hiểu hiệu quả của một loại rau quả có vai trò quan trọng trong giảm huyết áp và phòng chống bệnh tim mạch: Nước sinh tố cà chua chứa lycopene (1 dạng carotenoids) cho thấy lợi ích trong việc giảm tình trạng xơ động mạch. Hay vai trò của chitosan (là một polysaccharide chiết xuất từ vỏ của các loài giáp xác như tôm, cua, mực...), chitosan hiện đang được nghiên cứu sử dụng như một phương pháp để làm giảm hấp thu chất béo. Hiện nay ở các nước phát triển và đang phát triển đều ứng dụng hành và tỏi (dạng thức ăn và thuốc) để giảm huyết áp, hạ cholesterol máu, điều trị xơ vữa động mạch. Tên khoa học của tỏi là *Allium sativum* L, của hành là *Allium fistulosum* L. Chúng đều thuộc họ loa kèn đỏ Amaryllidaceae. Trong hành và tỏi đều có hoạt chất Allixin (trong thành phần chứa Sulfure) là một chất có tác

dung diệt khuẩn mạnh và có tác dụng chống oxy hóa. Hay vai trò của gấc: Tên khoa học của gấc là *Momordica Cochinchinensis* (Loar) Spreng thuộc họ bầu bí cucurbitaceae. Gấc có lớp vỏ cứng có gai bao bọc ở ngoài, lớp thịt vàng dày và trong cùng là các hạt gấc được bao quanh hạt gấc có nhiều β - caroten là tiền chất của vitamin A, ngoài ra còn có lycopene là một carotenoid có vai trò chống oxy hoá mạnh. Ở phần thịt vàng của gấc cũng có nhiều β - caroten nhưng ít lycopene, dầu gấc chứa nhiều acid béo chưa no cần thiết [66].

Người mắc THA nên kiêng uống trà đặc, nhất là hồng trà đặc vì nó có nhiều chất kiềm, có thể làm cho đại não hưng phấn, bất an, mất ngủ, tim đập loạn nhịp, huyết áp tăng cao. Tuy nhiên chè xanh lại có lợi cho việc điều trị THA. Tên khoa học của chè là *Theasinensis* Seem thuộc họ chè theaceae. Trong chè có các alcaloid nhân purin như cafein, theobromin, theophyllin. Trong chè xanh có các chất tanin, chủ yếu gồm các chất tanin hoà tan như epi-gallo-catechin gallate, epicatechin, gallic acid. Nhiều nghiên cứu cho thấy các catechin trong chè có vai trò chống oxy hoá, ngăn ngừa các gốc tự do, có thể giảm các yếu tố nguy cơ của ung thư. Tác dụng bảo vệ của chè đối với bệnh tim mạch, THA đã được nhiều nghiên cứu bệnh chứng ủng hộ. Ngoài ra những thực phẩm giàu kali khác như: khoai lang, nho, các loại đậu, chuối, khoai tây, bơ, nước bưởi, dưa leo (chuột), nho, táo, mận... giúp làm giảm cao huyết áp và duy trì huyết áp ở mức độ ổn định [66].

1.2.2. Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.2.2.1. Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp trên thế giới

Dự báo trong những năm tới số người mắc bệnh tăng huyết áp sẽ còn tăng do các yếu tố liên quan như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu - bia, dinh dưỡng bất hợp lý, ít vận động vẫn còn phổ biến. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), không chế được những yếu tố nguy cơ này có thể làm giảm được 80% bệnh tăng huyết áp.

Năm 2009, WHO đề xuất một bộ chỉ số cốt lõi từ BƯỚC để theo dõi các yếu tố nguy cơ lây nhiễm trên toàn quốc và trên toàn cầu. Các chỉ số cốt lõi đã được coi là thiết thực và dễ dàng có thể đạt được ở các quốc gia[67].

- Cải thiện chế độ ăn:

Giảm chất béo bão hòa và tăng chất xơ trong chế độ ăn uống, có thể làm giảm nguy cơ của tim mạch bằng cách giúp giảm LDL-C (Low Density Lipoprotein - Cholesterol) không có lợi, tăng HDL-C (High Density Lipoprotein - Cholesterol) có lợi [51], [68].

Trái cây và rau quả có nhiều chất dinh dưỡng và chất xơ và tương đối ít calo. Một chế độ ăn nhiều trái cây và rau quả có thể giảm nguy cơ mắc tăng huyết áp. Sản phẩm ngũ cốc cung cấp carbohydrate phức tạp, vitamin, khoáng chất và chất xơ. Một chế độ ăn trong các sản phẩm ngũ cốc có thể giúp giảm bớt hàm lượng cholesterol và nguy cơ bệnh tim mạch [69].

Hạn chế sử dụng muối: Theo CDC của Mỹ, nên giảm lượng natri ít hơn 2,300 milligrams (mg) mỗi ngày. Đặc biệt nên giảm lượng muối đến mức 1500 mg mỗi ngày với các trường hợp: trên 51 tuổi, người có tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính [50].

- Thay đổi hành vi, lối sống:

+ Không hút thuốc lá: Hút thuốc làm tổn thương các mạch máu và tăng tốc độ xơ cứng động mạch. Hơn nữa, hút thuốc là một nguy cơ chính gây bệnh tim mạch và đột quy [50].

+ Hạn chế uống rượu bia: Uống quá nhiều rượu bia làm tăng nguy cơ tăng huyết áp.

+ Theo CDC nếu uống rượu thì không nên quá 1 ly đối với phụ nữ và 2 ly đối với nam giới.

+ Tăng cường hoạt động thể lực: Hoạt động thể lực mỗi ngày tối thiểu 30 phút, sẽ giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và ngăn chặn sự xuất hiện của tăng huyết áp [70].

- Kiểm tra huyết áp thường xuyên: CDC khuyên rằng bạn có thể sử dụng một máy đo huyết áp tự động bán tại nhiều nhà thuốc để kiểm tra huyết áp của mình bởi huyết áp nhiều khi không có triệu chứng báo trước [49].

- Ngăn chặn và quản lý tốt bệnh đái tháo đường

1.2.2.2. Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp tại Việt Nam

- Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam để dự phòng tăng huyết áp và giữ cho trái tim luôn khỏe mạnh cần thực hiện 10 lời khuyên sau:

1. Chế độ ăn uống hợp lý, khẩu phần ăn có nhiều rau xanh, trái cây. Hạn chế ăn các chất béo bão hòa. Không nên ăn mặn.

2. Tại nơi công sở cũng cần tránh ăn uống quá nhiều thực phẩm chế biến sẵn hay các loại thức ăn nhanh.

3. Tập thể dục thường xuyên: mỗi ngày tập từ 30 phút - 60 phút sẽ giúp cho phòng chống các bệnh lý tim mạch và sức lao động sẽ được cải thiện hơn.

4. Không hút thuốc lá, thuốc lào vì hút thuốc lá, thuốc lào là nguyên nhân trực tiếp gây nhồi máu cơ tim, đột quỵ và nhiều bệnh lý tim mạch khác.

5. Duy trì cân nặng hợp lý, cần giảm cân (nếu thừa cân) để làm giảm huyết áp, giảm các biến cố do bệnh lý tim mạch gây nên.

6. Nên khám sức khỏe định kỳ để biết được số huyết áp động mạch, hàm lượng Cholesterol, hàm lượng đường trong máu, chỉ số vòng eo/vòng hông, chỉ số khối cơ thể (BMI).

7. Nếu biết mình có nhiều yếu tố nguy cơ thì càng cần phải có kế hoạch thực hiện lối sống lành mạnh một cách tích cực hơn để cải thiện sức khỏe của bản thân.

8. Hạn chế uống rượu, bia: Uống nhiều rượu, bia làm huyết áp tăng và trọng lượng cũng tăng lên.

9. Tạo môi trường sạch sẽ, không có khói thuốc ở gia đình và công sở.

10. Cần có thời gian thư giãn, tập luyện nhẹ nhàng (nếu có thể) ngay tại chính nơi mình làm việc. Tránh căng thẳng, lo âu quá mức. Hãy cùng nhau xây dựng một môi trường làm việc đoàn kết, lành mạnh và hiệu quả.

- Theo chương trình mục tiêu quốc gia Y tế để phòng chống tăng huyết áp giai đoạn 2012 - 2015 cần thực hiện [71]:

+ Nâng cao nhận thức của nhân dân về dự phòng và kiểm soát bệnh tăng huyết áp. Phần đầu đạt chỉ tiêu 50% người dân hiểu đúng về bệnh tăng huyết áp và các biện pháp phòng, chống bệnh tăng huyết áp.

+ Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực làm công tác dự phòng và quản lý bệnh tăng huyết áp tại tuyến cơ sở. Phần đầu đạt chỉ tiêu 80% cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi dự án được đào tạo về biện pháp dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp.

+ Xây dựng, triển khai và duy trì bền vững mô hình quản lý bệnh tăng huyết áp tại tuyến cơ sở.

+ Phần đầu đạt chỉ tiêu 50% số bệnh nhân tăng huyết áp nguy cơ cao được phát hiện sẽ được điều trị đúng theo phác đồ do Bộ Y tế quy định.

- Sàng lọc phát hiện sớm tăng huyết áp

THA là hậu quả của thay đổi thành mạch như mất sự đàn hồi và khả năng giãn của thành mạch, làm hạn chế lưu lượng tuần hoàn dẫn đến tổn thương các cơ quan đích như tim, thận, mắt, não. THA được coi như một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Do đó sàng lọc phát hiện sớm THA có vai trò quan trọng trong việc phòng ngừa các bệnh nói trên. Sàng lọc THA bao gồm các bước sau:

a) *Đo huyết áp*

b) *Đánh giá các yếu tố nguy cơ*

- Tuổi (nam ≥ 55 , nữ ≥ 65 tuổi)
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch (nam < 55 , nữ < 65 tuổi)
- Hút thuốc lá, thuốc lào
- Uống nhiều rượu bia
- Ít hoạt động thể lực
- Chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 23 (kg/m²)

c) *Đánh giá tổn thương cơ quan đích*

- Bệnh tim: phì đại thất trái (dựa vào điện tâm đồ), đau thắt ngực hoặc tiền sử bị nhồi máu cơ tim, đã can thiệp động mạch vành, suy tim
- Đột quỵ hoặc cơn thiếu máu thoáng qua
- Bệnh thận
- Bệnh động mạch ngoại biên
- Tổn thương đáy mắt

Dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong dự phòng và tất cả các giai đoạn điều trị bệnh THA, phòng biến chứng và phòng tái phát.

Tuy nhiên, nhận thức của người dân về sự thường gặp, về mức độ nguy hiểm của bệnh tật nói chung và tăng huyết áp nói riêng còn chưa đầy đủ và đúng mực. Việc điều chỉnh để có một lối sống hợp lý là vấn đề rất quan trọng trong việc phòng chống bệnh THA nhưng việc áp dụng trong thực tế lại không đơn giản vì những thói quen ăn uống và hoạt động thể lực không hợp lý đã tồn tại từ khá lâu và nhận thức của người dân cũng còn những hạn chế nhất định [71], [72].

Người bệnh THA lại thường hay có nhiều bệnh lý khác đi kèm như: béo phì, tiểu đường, rối loạn lipid máu...làm cho việc khống chế số đo HA càng khó khăn hơn [71], [72].

Do vậy việc tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm tác động vào một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp góp phần quan trọng trong phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng là rất cần thiết.

1.3. Mô hình và vai trò của truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng

1.3.1. Vai trò của truyền thông giáo dục dinh dưỡng trong phòng chống tăng huyết áp

Đề tài của chúng tôi đã áp dụng kiến thức TTGDSK vào truyền thông giáo dục dinh dưỡng (TTGDDD) góp phần quan trọng trong phòng chống THA tại cộng đồng:

TTGDSK là một quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của người dân trong cộng đồng, nhằm nâng cao hiểu biết - kiến thức về bệnh THA, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lối sống lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. TTGDSK tác động vào 3 lĩnh vực: kiến thức của con người về sức khỏe, thái độ của con người đối với sức khỏe, thực hành hay cách ứng xử của con người đối với bảo vệ và nâng cao sức khỏe [73].

Mục đích quan trọng nhất của TTGDSK là làm cho mọi người từ bỏ các hành vi có hại và thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe, đây là một quá trình lâu dài, cần phải tiến hành theo kế hoạch, kết hợp nhiều phương pháp khác nhau, với sự tham gia của ngành y tế và các bộ, ban, ngành khác. Quá trình thay đổi hành vi sức khỏe diễn ra theo năm bước: Nhận ra vấn đề mới, quan tâm đến hành vi mới, áp dụng thử nghiệm hành vi mới, đánh giá kết quả hành vi mới và khẳng định hành vi mới [71], [72], [73].

Trong TTGDSK phòng chống THA, cần quan tâm nhiều nhất đến vấn đề là làm thế nào để mọi người hiểu được các yếu tố nguy cơ của THA và các biến chứng của THA, từ đó khuyến khích, hỗ trợ người dân thay đổi về kiến

thức, thái độ, thực hành phòng chống THA, từ bỏ những thói quen dinh dưỡng, lối sống làm tăng nguy cơ THA, đồng thời tăng cường thói quen dinh dưỡng hợp lý và lối sống lành mạnh góp phần quan trọng trong giảm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ THA, dự phòng THA và phòng biến chứng của THA [74], [75].

Một trong những nguyên nhân gốc rễ của vấn đề dinh dưỡng là do thiếu kiến thức về dinh dưỡng. Thiếu kiến thức về dinh dưỡng sẽ dẫn đến những hiểu biết và thực hành sai lầm và kết quả là những khẩu phần ăn quá thừa hoặc quá thiếu về các chất dinh dưỡng, không cân đối và hợp lý giữa các chất, hậu quả là các rối loạn do thiếu hoặc thừa dinh dưỡng gây ra. Truyền thông giáo dục dinh dưỡng góp phần quan trọng trong cải thiện tình trạng bệnh tật [76], [77].

Một hoạt động truyền thông giáo dục hiệu quả đòi hỏi phải được xây dựng dựa trên sự tìm hiểu và phân tích các yếu tố trên một cách thấu đáo. Mục tiêu cuối cùng của truyền thông giáo dục dinh dưỡng là thay đổi một hành vi theo hướng có lợi về dinh dưỡng. Sự thay đổi này là quá trình nhiều bước và tiến triển dưới tác động của các yếu tố tâm lý, xã hội và các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng (lặp đi lặp lại nhiều lần) [78].

Mục tiêu cuối cùng của truyền thông giáo dục dinh dưỡng là thay đổi một hành động theo hướng có lợi về dinh dưỡng. Sự thay đổi này là quá trình nhiều bước và tiến triển dưới tác động của các yếu tố tâm lý, xã hội và các hoạt động truyền thông giáo dục [79].

Truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm chuyển tải những kiến thức về dinh dưỡng đến với cộng đồng, nâng cao thái độ, hành vi dinh dưỡng khoa học, tạo ra thói quen về dinh dưỡng an toàn và hợp lý tại cộng đồng, giúp đỡ và định hướng thực hành dinh dưỡng theo quan điểm thực tiễn, hiệu quả, khoa học nhằm đạt được sự an toàn, hợp lý về dinh dưỡng tại cộng đồng góp phần quan trọng trong phòng chống THA tại cộng đồng.

Việc nâng cao nhận thức cho người dân về các biện pháp dự phòng nhằm phát hiện sớm, điều trị kịp thời THA giữ vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ mắc cũng như hạn chế các biến chứng do THA gây ra. Trong đó truyền thông đóng vai trò quan trọng giúp người dân có được nhận thức, hành vi đúng trong việc phòng, phát hiện sớm và điều trị THA. Các tài liệu truyền thông là công cụ hỗ trợ đắc lực cho cán bộ y tế cũng như truyền thông viên chuyển tải các kiến thức về THA đến với cộng đồng. Với nhiều thể loại và hình thức thể hiện phong phú, các tài liệu truyền thông đã và đang đóng góp to lớn cho sự thành công của nhiều chương trình y tế [71].

1.3.2. Mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng

Trong thực tế có nhiều mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe đã được các tác giả nêu ra: Mô hình Claude Shannon, mô hình Claude Shannon và Warren Wearver, mô hình David Berlo S-M-C-R (Source-Message-Channel - Receive, mô hình chiến lược truyền thông (The Strategic Communication Model), mô hình hệ thống về truyền thông (Systemic Model of Communication). Tùy từng chương trình truyền thông mà lựa chọn mô hình truyền thông phù hợp. Đề tài của chúng tôi áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông (The Strategic Communication Model) vào truyền thông giáo dục dinh dưỡng [4]:

- Tất cả các tình huống truyền thông đều khác nhau, tuy nhiên có những câu hỏi chung được đặt ra cho bất kỳ một tình huống truyền thông nào. Những câu hỏi đó sẽ giúp chúng ta đáp ứng tốt hơn với các tình huống cụ thể của truyền thông. Những câu hỏi đặt ra để phân tích những tình huống truyền thông là:

- + Động cơ: Vì sao cần phải truyền thông (Why)?
- + Đối tượng: Ai là đối tượng truyền thông (Who)?
- + Loại: loại truyền thông nào nào được sử dụng (What)?
- + Áp dụng: Truyền thông như thế nào (How)?

Về động cơ: Vì sao cần phải truyền thông trong tình huống này? Câu hỏi được đặt ra để xem xét nhu cầu cần thiết của truyền thông hay vấn đề gì: Thiếu hụt trong kiến thức, niềm tin, thái độ hay hành động đã dẫn đến sự cần thiết phải truyền thông. Động cơ cũng sẽ giúp người truyền thông đặt ra mục đích của truyền thông. Bắt đầu với mục đích đúng đắn được nêu ra sẽ giúp người truyền thông phác thảo ra chiến lược cần thực hiện để đạt được mục đích.

Về đối tượng đích: Ai là đối tượng trong tình huống truyền thông này? Người truyền thông đã biết gì về đối tượng? Trả lời câu hỏi này là cách để xác định đối tượng đích và nhu cầu của đối tượng, họ đã biết những gì và cần biết những gì. Nghiên cứu đối tượng đích còn giúp xem xét mối quan hệ của đối tượng đích với người truyền thông và mối quan hệ của người truyền thông với đối tượng đích.

Về loại: Những gì là những khía cạnh đặc trưng quan trọng được mô tả dưới dạng truyền thông cần thiết? Loại truyền thông nào là thích hợp trong tình huống này? Những gì là cấu trúc đặc trưng của loại truyền thông này?

Về áp dụng: Làm thế nào để người truyền thông sử dụng tất cả các thông tin này vào hành động để tạo được hiệu quả trong tình huống truyền thông cụ thể?

Động cơ + Đối tượng + Loại truyền thông = Áp dụng hiệu quả.

Áp dụng thực tế: Cần nhắc đến thực tiễn, đảm bảo tính khả thi, phù hợp với nhóm đích.

1.4. Một số nghiên cứu can thiệp áp dụng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp trên thế giới và Việt Nam

1.4.1. Một số nghiên cứu trên thế giới

Năm 1995, Chính phủ Trung Quốc phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới và Ngân hàng thế giới tiến hành chương trình tuyên truyền giáo dục và dự

phòng bệnh không lây nhiễm giai đoạn 1996 - 2002 tại 7 thành phố lớn nhất của Trung Quốc bao gồm khoảng 90 triệu dân. Kết quả cho thấy chương trình này đã giúp làm tăng tỷ lệ người dân có thói quen tập luyện thể dục thường xuyên từ 41% lên 84%; tăng tỷ lệ phát hiện sớm THA thêm 15%; giảm được 50% tỷ lệ biến chứng về tim mạch và đột quỵ ở người THA [80], [81].

Phân tích tổng hợp khác trên 18 thử nghiệm phòng tiên phát bệnh mạch vành của Wang Y.R, Alexander G.C et al (2007) cho thấy: thay đổi các nguy cơ về lối sống (hút thuốc, chế độ luyện tập thể lực thường xuyên, chế độ ăn) dù không thay đổi đáng kể tỷ lệ tử vong chung và tử vong riêng do bệnh động mạch vành song đã có tác dụng làm giảm huyết áp tâm thu xuống 3,9 mmHg (95% CI: 3,6 - 4,2); giảm huyết áp tâm trương xuống 2,9 mmHg (95%CI: 2,7 - 3,1) thêm ngoài tác dụng của thuốc hạ áp. So sánh việc dùng thuốc tích cực, thay đổi lối sống đơn thuần cũng đã đạt hiệu quả tương tự 50% khi dùng thuốc. Hơn nữa phân tích này cũng cho thấy các biện pháp can thiệp yếu tố nguy cơ thông qua tư vấn giáo dục đến từng cá nhân người tăng huyết áp hay đến từng hộ gia đình có hiệu quả nhiều hơn trong việc giảm các yếu tố nguy cơ và cũng dẫn đến giảm tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có nguy cơ cao. Nhóm tác giả này cũng nhận định hiệu quả và hướng tiếp cận phù hợp với từng loại đối tượng trong cộng đồng có thể được cải thiện [82].

Thông qua một số nghiên cứu định tính bổ sung đã trả lời về nhận thức và đáp ứng của người dân đối với các biện pháp tư vấn tuyên truyền thay đổi lối sống [83].

Để quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại cộng đồng thành công Goldstein và cộng sự cho rằng việc xác định các khó khăn trong nhận thức của cộng đồng về bệnh tăng huyết áp và các biến chứng của nó để tìm giải pháp tương ứng là vấn đề cần được quan tâm. Như vậy, để xây dựng một mô hình quản lý và giám sát bệnh tăng huyết áp hiệu quả ở cộng đồng, cần phối

hợp việc điều trị thuốc hạ áp với những biện pháp can thiệp các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp nhằm thay đổi các hành vi lối sống theo chiều hướng có lợi cho người tăng huyết áp. Điều kiện quyết định của mô hình này là phải xây dựng được mô hình nhận thức, tìm hiểu các rào cản trong suy nghĩ và thực hành của người dân để có thể xây dựng, thay đổi và điều chỉnh các biện pháp giáo dục sức khỏe phù hợp và có hiệu quả với từng địa phương.

Năm 2004, Zdrojewski nghiên cứu đánh giá vai trò của việc can thiệp tại cộng đồng (tư vấn, giáo dục, tuyên truyền về THA, phát tài liệu...) giúp bệnh nhân thay đổi lối sống, nhận thức về các yếu tố nguy cơ tim mạch cùng với thuốc điều trị, ông đã rút ra kết luận rằng việc tăng cường tư vấn giáo dục thường xuyên cho người bệnh THA là rất cần thiết cùng với thuốc điều trị để kiểm soát HA mục tiêu [84].

Nghiên cứu của tác giả Finlay A, McAlister (2006) áp dụng chương trình giáo dục sức khỏe phòng chống THA ở Canada thực hiện bởi các bác sĩ gia đình, dược sĩ và các nhà khoa học tại trường đại học và tại cộng đồng. Những cán bộ tình nguyện này sẽ chia sẻ những kiến thức nhằm giáo dục, tư vấn và thảo luận đưa ra các biện pháp phòng chống THA tại cộng đồng. Đây là một mô hình thành công trong thực tiễn phòng chống THA của Canada [85].

Trong nghiên cứu của tác giả Khosravi (2010) tại Isfahan (Iran) nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và hành vi của những người THA và người thân của họ bằng giáo dục sức khỏe bởi các nhân viên y tế, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân THA giảm từ 20,5% xuống còn 19,6% ở nhóm can thiệp trong khi đó ở nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA tăng từ 17,4% đến 19,6% ($p = 0,003$). Sự cải thiện về nhận thức, điều trị và kiểm soát THA của vùng thành thị và nông thôn trên địa bàn can thiệp tốt hơn trên địa bàn đối chứng [86].

Năm 2011, tác giả Manuel Morgado đã nghiên cứu trên 197 người trưởng thành bị THA, chia hai nhóm trong đó 99 người thường xuyên đến

điều trị tại bệnh viện làm nhóm chứng và 98 người thường xuyên đến điều trị tại bệnh viện làm nhóm can thiệp (với biện pháp can thiệp: được sỹ hướng dẫn sử dụng thuốc, giáo dục về THA đồng thời tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân). Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm được can thiệp đã tăng sự hiểu biết về thuốc và kiểm soát THA, HA tâm thu và HA tâm trương thấp hơn nhóm chứng, có ý nghĩa thống kê (tương ứng là - 6,8mmHg và - 2,9 mmHg, $p < 0,05$). Sử dụng thuốc đúng của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng (tương ứng là 74,5% và 57,6, $p = 0,012$) [87].

Nghiên cứu của tác giả Patience S (2012) nhằm thay đổi nhận thức và quản lý THA tại cộng đồng, tiến hành giáo dục dinh dưỡng cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên, đánh giá HA, nguy cơ bệnh tim ... và được theo dõi lại trong vòng 4 - 6 tháng sau. Kết quả cho thấy có 71% người tình nguyện quay trở lại theo dõi sau 4 - 6 tháng sau, HA tâm thu của họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$; $n = 105$) so với lần đầu khám. Can thiệp đã nâng cao nhận thức và quản lý về THA của người cao tuổi [88].

Trong nghiên cứu can thiệp (2012) “Sống lâu vui vẻ và sống lâu khỏe mạnh” tại cộng đồng dành cho người cao tuổi bị THA, tác giả Yadollah Abolfathi Momtaz đã chia đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm, một nhóm chứng và một nhóm can thiệp. Nhóm can thiệp được truyền thông giáo dục dinh dưỡng, được tư vấn và được tập các bài thể dục thể thao phù hợp trong vòng 12 tuần. Kết quả cho thấy, đối với nhóm can thiệp, HA tâm thu của người cao tuổi bị THA tại cộng đồng đã giảm một cách rõ rệt với $p < 0,05$ đồng thời khả năng tự tập thể dục, thể thao, các chỉ số sức khỏe liên quan đến chất lượng cuộc sống cũng tăng lên có ý nghĩa thống kê [89].

Như vậy, những kết quả của các nghiên cứu này cho thấy có sự cải thiện rõ rệt chỉ số huyết áp và một số yếu tố nguy cơ THA sau can thiệp.

1.4.2. Một số nghiên cứu tại Việt Nam

Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt và CS (2008) “Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng” trên đối tượng người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên tại xã Xuân Canh, Đông Anh, Hà Nội cho hiệu quả tốt: Bằng hình thức tư vấn trực tiếp, tư vấn qua điện thoại, tài liệu, giáo dục sức khỏe qua các buổi sinh hoạt câu lạc bộ và cấp thuốc hạ áp điều trị miễn phí. Sau 1 năm can thiệp (tháng 5/2005 đến tháng 5/2006) đã làm thay đổi sự hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về THA và các bệnh liên quan đến THA từ 77,4% lên 85,7%. Biết về bệnh lý tim mạch tăng từ 59,1% lên 71,6% và biết đo HA thường xuyên để phát hiện THA từ 81% lên 82,5%, các chỉ số hiểu biết có lợi cho bệnh tăng huyết áp của người dân đạt 78,9% đến 86,7%. Thực hành của đối tượng tăng huyết áp về lối sống lành mạnh đạt 48,3% - 52,9%. Kiểm soát được HA mục tiêu là 87,4%, tỷ lệ đối tượng bị THA trong quá trình can thiệp đã có số đo huyết áp trở về bình thường từ 74,7% - 84,3%. Các chỉ số như glucose và cholesterol toàn phần trong máu ở các đối tượng bị tăng huyết áp giảm hơn trước can thiệp và tốt cho bệnh nhân bị tăng huyết áp. Mức độ tăng huyết áp độ 2 và độ 3 sau can thiệp 1 năm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (10,0% so với 48,9%) $p < 0,01$. Tỷ lệ điều trị thành công tương quan thuận với số lần điều trị và tương quan nghịch với mức độ tăng huyết áp với hệ số tương quan $r = 0,23$ và $p < 0,04$. Tỷ lệ tử vong do các biến chứng của bệnh tăng huyết áp sau 18 tháng theo dõi là 9 người/2535 người/18 tháng (tương đương 3,55 người/1000 dân/18 tháng). Đã xây dựng và tăng cường năng lực chuyên môn cho đội ngũ cán bộ tham gia quản lý, theo dõi và điều trị bệnh nhân tăng huyết áp tại cộng đồng bước đầu đạt hiệu quả tốt [2].

Nghiên cứu can thiệp thử nghiệm thực địa của tác giả Phạm Ngân Giang, Trương Việt Dũng (2010) trên đối tượng người cao tuổi từ 60 tuổi trở

lên ở xã Cộng Hòa (xã can thiệp) và thị trấn Sao Đỏ (xã đối chứng) của huyện Chí Linh, Hải Dương. Thời gian thực hiện can thiệp từ tháng 12 năm 2007 đến tháng 12 năm 2008. Những người cao tuổi ở xã can thiệp được lập sổ theo dõi sức khỏe và phát thuốc điều trị hàng tháng. Thuốc được sử dụng là những thuốc thông thường trong điều trị huyết áp, dễ tìm, giá hợp lý. Chiến lược điều trị được áp dụng theo hướng dẫn của JNC7. Người cao tuổi trong xã can thiệp được mời tham gia buổi tuyên truyền giáo dục sức khỏe về các nội dung liên quan đến phòng và điều trị tăng huyết áp. Đồng thời, trong các buổi khám và phát thuốc, người cao tuổi cũng được tư vấn về điều trị, chế độ ăn, sinh hoạt để kiểm soát huyết áp. Sau một năm can thiệp, những người cao tuổi ở hai địa điểm trên được kiểm tra sức khỏe và phỏng vấn các thông tin như trước khi can thiệp. Sau một năm huyết áp tối đa và tối thiểu của cả hai địa điểm can thiệp và không can thiệp đều giảm có ý nghĩa thống kê. Ở xã can thiệp, huyết áp tối đa và tối thiểu đều giảm nhiều hơn so với xã không được can thiệp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy trong số những người bị tăng huyết áp ở địa điểm can thiệp, có 45,7% có huyết áp trở về mức bình thường ở thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ này ở địa điểm đối chứng chỉ là 36,7%. Như vậy, hiệu quả của can thiệp này là 9,0%. Tức là can thiệp này đóng góp cho việc kiểm soát được tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi là 9,0%. Hồi qui tuyến tính đa biến được sử dụng để phân tích tìm hiệu quả của can thiệp đối với huyết áp tối đa và tối thiểu của người cao tuổi cho thấy, can thiệp đã có tác động tốt đối với huyết áp tối đa của người cao tuổi, những người thuộc nhóm can thiệp có huyết áp tối đa thấp hơn 9,74mmHg so với nhóm không can thiệp và hiệu quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đối với huyết áp tối thiểu sau can thiệp, các biến tương tự cũng được đưa vào phân tích với hồi qui tuyến tính đa biến. Phương trình cuối cùng cho thấy can thiệp có hiệu quả có ý nghĩa thống kê đối với huyết áp

tối thiểu của người cao tuổi. Những người được can thiệp có huyết áp tối thiểu thấp hơn những người không được can thiệp là 4,75mmHg [90].

Nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) về nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Thái Nguyên và hiệu quả của nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý đã tiến hành điều tra cắt ngang trên đối tượng người dân độ tuổi 25 - 64 và thực hiện nghiên cứu bán thử nghiệm so sánh trước sau có đối chứng trên đối tượng độ tuổi 45 - 64 ở xã can thiệp (Huông Thượng) và xã đối chứng (Yên Đổ) từ tháng 3 năm 2009 đến tháng 1 năm 2010. Mô hình nghiên cứu sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý phòng chống các bệnh không lây nhiễm được áp dụng tại xã can thiệp trong nghiên cứu này và gồm các cấu phần: Truyền thông giáo dục sức khỏe, huy động sự tham gia và thúc đẩy hành động cộng đồng, quản lý các đối tượng có nguy cơ cao và nâng cao năng lực cho cán bộ y tế về kỹ năng truyền thông về phòng chống bệnh không lây nhiễm trong đó có tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ, kết quả cho thấy: Mô hình đã làm tăng cường hiểu biết của các đối tượng về bệnh không lây nhiễm, từ đó giúp thay đổi một số hành vi nguy cơ. Làm tăng hành vi phòng chống hút thuốc lá thụ động so với xã đối chứng tới 95% ở đối tượng hút thuốc và 101,4% ở tất cả các đối tượng. Tăng tỷ lệ đối tượng ăn đủ 5 đơn vị rau từ 16,0% lên 23,3%, tương đương với tăng 85,7% so với trước can thiệp và so với xã chứng. Giảm natri thải qua nước tiểu 15,7%/ngày, tương đương với giảm tiêu thụ 4,0 g muối/ngày. Làm giảm huyết áp tâm thu trung bình so với trước can thiệp 2,74 mmHg, huyết áp tâm trương trung bình 3,23 mmHg. Góp phần làm giảm huyết áp độ 2,3 tới 5,7% (tương đương với 70,4% tổng số THA độ 2,3), tăng tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp được quản lý tốt 29,7%, cao gấp 9 lần so với tỷ lệ chung của Thái Nguyên [43].

Tác giả Nguyễn Kim Kế (2013) đã nghiên cứu xây dựng mô hình kiểm soát THA ở thị xã Hưng Yên trong vòng từ năm 2008 - 2010 hai hoạt động

chính: Hoạt động truyền thông phòng chống THA dựa vào cộng đồng, truyền thông được 4.659 lượt người cao tuổi. Các Chi Hội người cao tuổi đã tổ chức được 76 buổi truyền thôn qua các buổi họp và 60 buổi tư vấn tại hộ gia đình cho 15.69 lượt người cao tuổi: Tỷ lệ người cao tuổi được quản lý đúng là 100%, chỉ có 6,7% Hội người cao tuổi ở nhóm can thiệp không thực hiện đủ liều thuốc HA. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về THA và biến chứng tương ứng là 13,8% 57,5%, 175,5%; KAP của người cao tuổi về điều trị THA là 26,3%: 69,3%:181,2%, KAP về dự phòng THA là 84,1%: 88,2%: 243,8%. Một số hành vi nguy cơ THA có sự thay đổi rõ rệt so với trước can thiệp là giảm cân (tăng 23,3%), tập thể dục đều (tăng 26%), uống thuốc đều đặn và kéo dài (tăng 41,3%), theo dõi HA thường xuyên (tăng 34,7%). Mức độ THA ở người cao tuổi được can thiệp đã có sự dịch chuyển từ mức độ nặng sang mức độ nhẹ hơn, 38% người cao tuổi đã duy trì HA ở mức ổn định, THA giai đoạn I giảm từ 58,7% xuống còn 26,0%, hiệu quả can thiệp đạt 50,2%, THA giai đoạn II giảm từ 32,7% xuống còn 30,7%, hiệu quả can thiệp đạt 13,9% Hạn chế chính của mô hình là chỉ can thiệp ở người cao tuổi [91].

Như vậy, các nghiên cứu can thiệp nhằm phòng chống bệnh tăng huyết áp trên thế giới và tại Việt Nam được tiến hành từ rất sớm và thu được những kết quả có giá trị cao. Tuy nhiên các nghiên cứu này hoặc chủ yếu can thiệp trên đối tượng người mắc THA và phần lớn nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi hoặc chỉ nghiên cứu can thiệp chung về các yếu tố nguy cơ các bệnh không lây nhiễm ở độ tuổi từ 44 - 64 mà không đi sâu về tăng huyết áp. Hiện nay có rất ít những nghiên cứu về hiệu quả mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm giảm các yếu tố nguy cơ, dự phòng THA và giảm biến chứng tăng huyết áp tại cộng đồng. Trong khi, THA và các yếu tố nguy cơ (nhất là các yếu tố lối sống, vốn có thể thay đổi được) đã trở thành vấn đề cần giải quyết không những chỉ bằng thuốc điều trị kiểm soát HA, mà cần áp dụng

các biện pháp giáo dục truyền thông sức khỏe trong đó có truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm vào các yếu tố nguy cơ đặc biệt là nhóm các yếu tố nguy cơ có khả năng thay đổi được theo chiều hướng tích cực góp phần quan trọng trong phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng mô hình truyền thông dinh dưỡng được tiến hành trên đối tượng người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại cộng đồng (bao gồm những người đã bị tăng huyết áp và những người chưa bị tăng huyết áp) nhằm nâng cao kiến thức, thực hành của người dân về THA và các yếu tố nguy cơ THA từ đó góp phần giảm một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng, kiểm soát tỷ lệ tăng huyết áp và giảm các biến chứng nguy hiểm của THA.

1.5. Khái quát về địa bàn nghiên cứu huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Tỉnh Hà Nam gồm có 1 thành phố và 5 huyện: Thành phố Phủ Lý, huyện Duy Tiên, Kim Bảng, Lý Nhân, Thanh Liêm, Bình Lục.

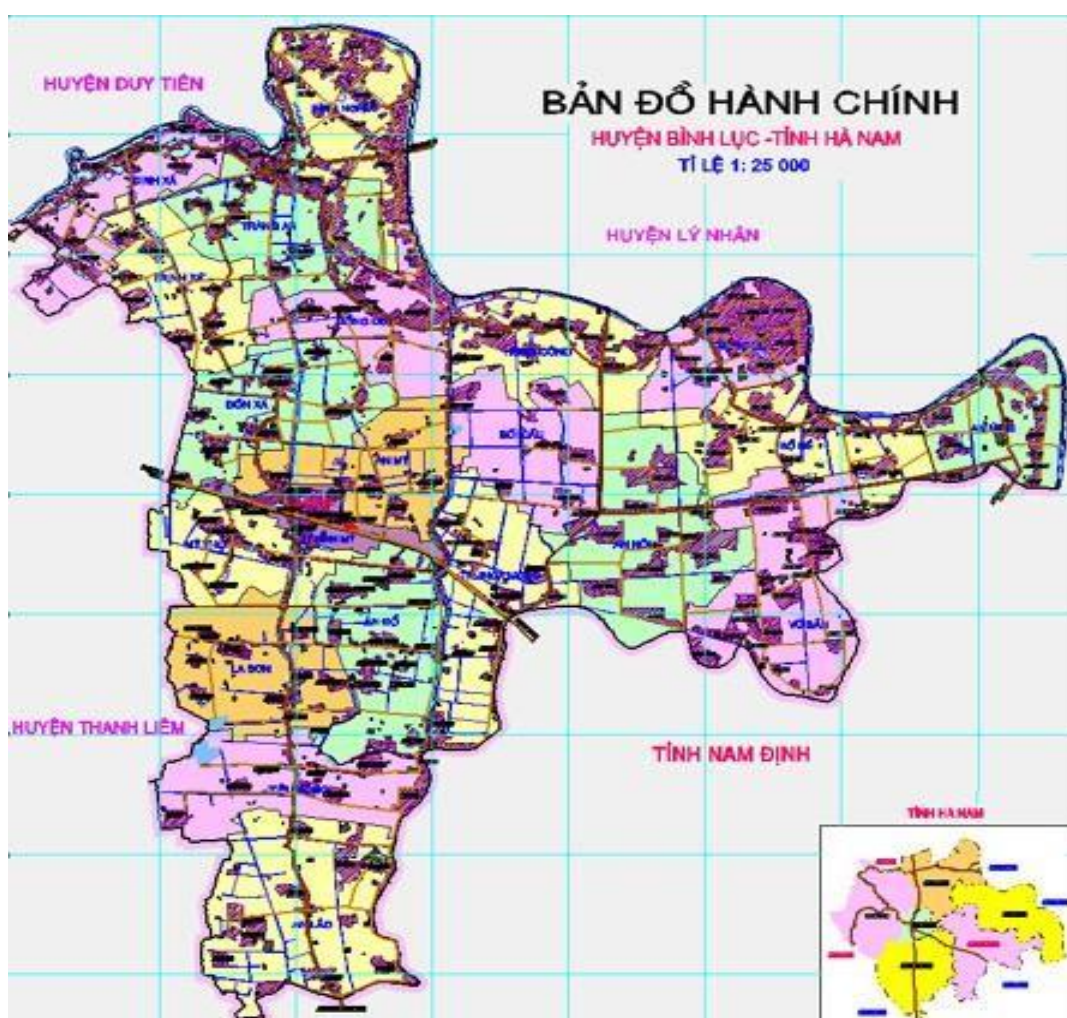
Huyện Bình Lục nằm ở phía đông của tỉnh Hà Nam, giáp với tỉnh Nam Định, cách thành phố Nam Định 15 km theo trục quốc lộ 21 A. Có vị trí và điều kiện khí hậu mang đầy đủ đặc trưng của tỉnh Hà Nam. Huyện có 1 thị trấn là Bình Mỹ và 20 xã [92].

Dân số của huyện tính đến tháng 6/2003 là 157.000 người, trong đó lao động nông nghiệp là 61.969 người, chiếm 69,1%; lao động trong ngành công nghiệp, tiểu thủ công nghiệp là 6.799 người, chiếm 7,5%; lao động trong ngành xây dựng 2.755 người, chiếm 3%; lao động trong ngành thương nghiệp, dịch vụ 3.761 người, chiếm 4,1%; lao động trong lĩnh vực quản lý nhà nước và hành chính sự nghiệp là 2.942 người, chiếm 3,28% [92].

Đồn Xá và An Lão là hai xã được lựa chọn cho nghiên cứu. Xã Đồn Xá nằm ở phía Bắc của huyện Bình Lục, có diện tích 7,66 km², dân số khoảng

7012 người. Xã An Lão nằm ở phía nam huyện Bình Lục, với diện tích khoảng 11,9 km², dân số khoảng 14.000 người [92].

Xã An Lão được chọn làm xã nghiên cứu can thiệp trong khuôn khổ đề tài cấp Nhà nước: “Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam” của Trường Đại học Y Hà Nội, mã số ĐTDL.2012- G/32. Nghiên cứu của chúng tôi là một phần của đề tài này. Chúng tôi áp dụng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng.



Biểu đồ 1.2. Bản đồ hành chính huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 7 năm 2015, trong đó:

- Điều tra cắt ngang trước can thiệp được tiến hành từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2013.
- Phân tích số liệu, xây dựng nội dung can thiệp từ tháng 9/2013 đến tháng 6/2014.
- Tiến hành can thiệp từ tháng 7/2014 đến tháng 7/2015.
- Đánh giá sau can thiệp được tiến hành vào tháng 8/2015.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Xã An Lão và Đồn Xá, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng

Người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã An Lão (xã can thiệp) và Đồn Xá (xã đối chứng) của huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam.

2.3.2. Đối tượng nghiên cứu định tính

- Tuyển huyện: Cán bộ y tế và đại diện cán bộ chính quyền và một số ban ngành của huyện.
- Tuyển xã: Cán bộ y tế xã/thôn và đại diện cán bộ chính quyền và một số ban ngành của xã tham gia, đại diện của người dân.

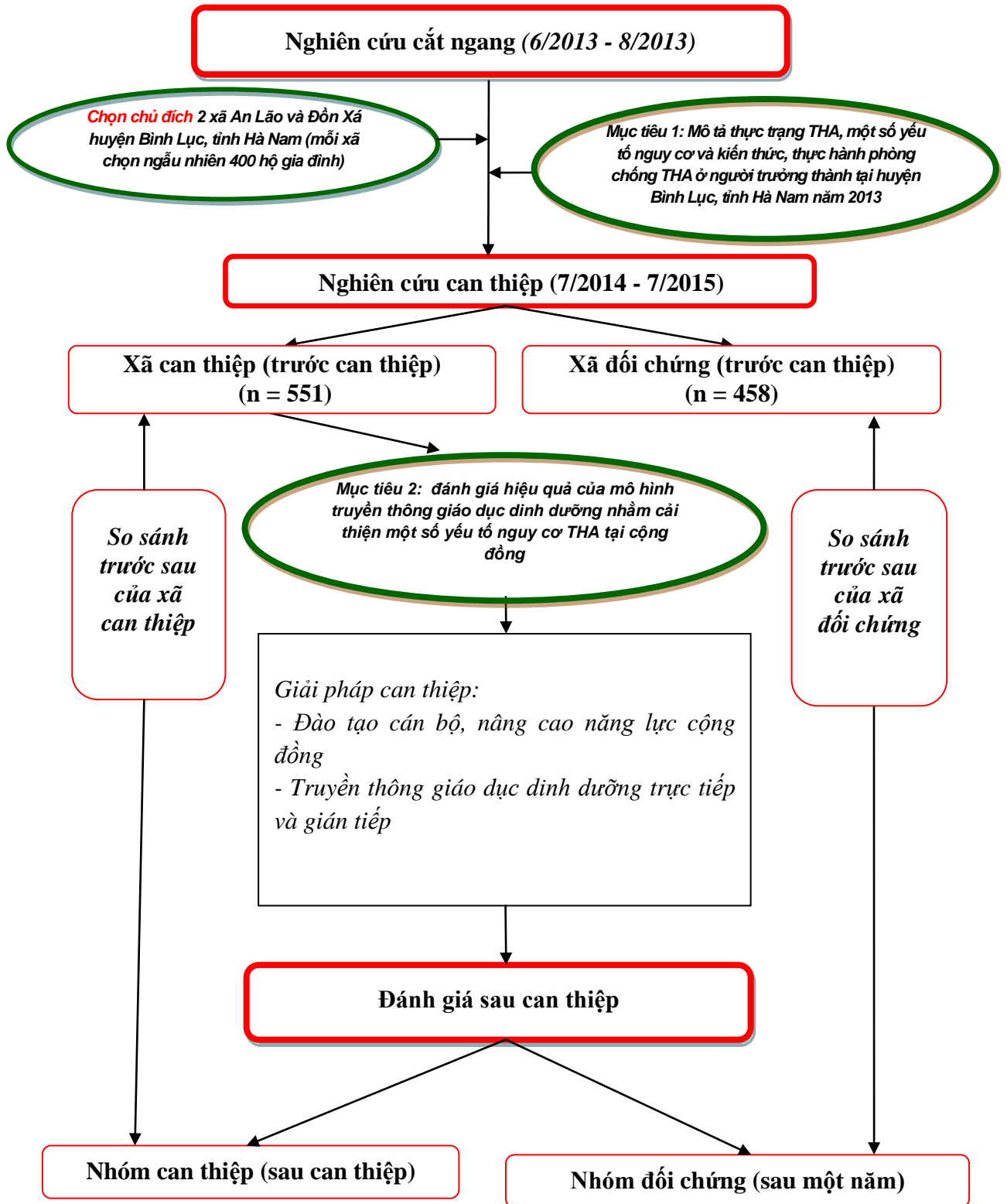
2.3.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đối tượng nghiên cứu có khả năng cung cấp đầy đủ thông tin, có hộ khẩu thường trú và sinh sống tại 2 xã vào thời điểm nghiên cứu.
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.3.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng dưới 18 tuổi.
- Phụ nữ đang mang thai.
- Người bị tâm thần, rối loạn trí nhớ.

2.4. Thiết kế nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo hai giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, đánh giá kiến thức, thực hành và tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành.

- **Giai đoạn 2:** Nghiên cứu thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá dựa trên kết quả điều tra cắt ngang trước và sau can thiệp.

2.5. Mẫu nghiên cứu

2.5.1. Cỡ mẫu

2.5.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng

* *Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:*

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

- n: Cỡ mẫu tối thiểu đạt được

- $Z_{(1-\alpha/2)}$: 1,96 với độ tin cậy 95%

- p = 23,2%: Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành của nghiên cứu trước [38].

- d = 0,05.

- de = 2: Hệ số thiết kế (design effect)

Theo công thức trên chúng tôi tính được n = 444 cho một xã. Thực tế chúng tôi điều tra được ở xã Đồn Xá n= 458, xã An Lão n = 551.

* *Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

* *Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

Áp dụng công thức mẫu can thiệp dự phòng:

$$n = Z_{\alpha} \frac{\left(\frac{p_0}{q_0} + \frac{p_1}{q_1} \right)}{[\ln(1-\varepsilon)]^2}$$

Chúng tôi lấy tỷ lệ biết hậu quả của bệnh THA (đột quy não/TBMMN) tại cộng đồng trước can thiệp là 36,3% (p_0), ước tính tỷ lệ này sau can thiệp là 50,0% (p_1). Lấy $\alpha = 0,05$ vậy $Z_{0,05} = 1,96, \varepsilon = 0,1$, do đó $[\ln(1-\varepsilon)]^2 = 0,01$. Từ đó tính được cỡ mẫu can thiệp cộng đồng là 540, thực tế chúng tôi điều tra được ở xã can thiệp $n = 551$ và $n = 458$ ở xã đối chứng.

2.5.1.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính

* Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

- *Tuyến huyện:*

+ 02 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với đại diện cán bộ y tế huyện và 01 cuộc với Ban chỉ đạo huyện. Mỗi cuộc thảo luận nhóm có 9 người tham gia.

+ 02 cuộc phỏng vấn sâu:

+ 01 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo ủy ban nhân dân huyện, 01 cuộc phỏng vấn sâu với giám đốc trung tâm y tế huyện.

- *Tuyến xã:*

+ 04 cuộc thảo luận nhóm:

. 02 cuộc thảo luận nhóm với cán bộ y tế xã: 01 cuộc với cán bộ y tế xã An Lão, 01 cuộc với cán bộ y tế xã Đồn Xá. Mỗi cuộc thảo luận nhóm gồm 10 người.

. 02 cuộc thảo luận nhóm với người dân: 01 cuộc với người dân xã An Lão và 01 cuộc với người dân xã Đồn Xá. Mỗi cuộc thảo luận nhóm gồm 10 người.

+ 04 cuộc phỏng vấn sâu:

. 02 cuộc phỏng vấn sâu với phó chủ tịch UBND xã: 01 cuộc phỏng vấn sâu ở xã An Lão và 01 cuộc ở xã Đồn Xá.

. 02 cuộc phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã: 01 cuộc phỏng vấn sâu ở xã An Lão và 01 cuộc ở xã Đồn Xá.

** Cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

- *Tuyến huyện:*

+ 02 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với với đại diện cán bộ y tế huyện và 01 cuộc với Ban chỉ đạo huyện. Mỗi cuộc thảo luận nhóm có 9 người tham gia.

+ 02 cuộc phỏng vấn sâu: 01 cuộc phỏng vấn sâu với lãnh đạo ủy ban nhân dân huyện, 01 cuộc phỏng vấn sâu với giám đốc trung tâm y tế huyện.

- *Tuyến xã:*

+ 04 cuộc thảo luận nhóm: 01 cuộc với cán bộ y tế xã An Lão gồm 10 người, 01 cuộc thảo luận nhóm với đại diện chính quyền và các ban ngành đoàn thể xã An Lão gồm 9 người, 02 cuộc thảo luận nhóm với người dân (mỗi cuộc gồm 9 người).

+ 02 cuộc phỏng vấn sâu: 01 cuộc phỏng vấn sâu với phó chủ tịch UBND xã An Lão, 01 cuộc phỏng vấn sâu trạm trưởng trạm y tế xã An Lão.

2.5.2. Kỹ thuật chọn mẫu

- Chọn xã nghiên cứu: Chọn chủ đích xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục bởi hai xã có một số đặc điểm tương đồng: Đều là xã thuần nông, có mức sống khá trong huyện, có hệ thống y tế cơ sở tốt và cũng là nơi thực địa của sinh viên trường Đại học Y Hà Nội.

+ Xã An Lão gồm 11 thôn và 14 cán bộ y tế thôn

+ Xã Đồn Xá gồm 10 thôn và 13 y tế cán bộ y tế thôn

- Chọn hộ gia đình:

+ Tại mỗi xã, từ danh sách các thôn của xã, chọn ngẫu nhiên 4 thôn cho nghiên cứu:

+ Dựa vào số hộ gia đình của các thôn để tính số hộ gia đình cần điều tra ở mỗi thôn. Tại mỗi thôn chọn hộ gia đình đầu tiên theo phương pháp

ngẫu nhiên đơn, hộ gia đình tiếp theo được chọn theo phương pháp công liên công cho đến khi đủ số hộ cần điều tra của thôn (400 hộ gia đình mỗi xã).

- Chọn đối tượng phỏng vấn:

+ Đối tượng được chọn để thu thập thông tin về nhân khẩu học và tình trạng kinh tế xã hội của gia đình là người có vai trò chính trong chăm sóc sức khỏe của gia đình.

+ Tất cả các đối tượng khác trong hộ gia đình từ 18 tuổi trở lên có mặt tại hộ gia đình tại thời điểm nghiên cứu được phỏng vấn để thu thập thông tin về tình hình mắc tăng huyết áp, kiến thức, thực hành về bệnh tăng huyết áp, các thói quen ăn uống liên quan đến phòng chống tăng huyết áp.

2.6. Nội dung, các biên số và chỉ số nghiên cứu

2.6.1. Nội dung, các biên số và chỉ số cho nghiên cứu mô tả cắt ngang (Mục tiêu 1)

* *Mô tả thông tin chung của đối tượng nghiên cứu gồm:*

- Nhóm biến số và chỉ số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ các nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn. Phỏng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập thông tin.

- Nhóm biến số và chỉ số nhân trắc:

+ Chỉ số BMI được thu thập bởi hai biến số:

. Cân nặng: Dùng cân SECA của Nhật Bản.

. Chiều cao: Dùng thước gỗ của Unicef.

+ Tỷ lệ VB/VM được thu thập bởi hai biến số:

. Vòng bụng: đo vòng bụng bằng thước dây không giãn.

. Vòng hông: đo vòng hông bằng thước dây không giãn.

* *Mô tả thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu gồm các biến số và chỉ số:*

- Số đo huyết áp: Dùng máy đo OMRON model HEM - 7111 của Nhật Bản.

- Huyết áp tâm thu, tâm trương: Trị số huyết áp tâm thu, tâm trương trung bình.

- Tăng huyết áp: Tỷ lệ tăng huyết áp chung, loại tăng huyết áp và mức độ tăng huyết áp.

** Mô tả một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (Phòng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập các thông tin về một số yếu tố nguy cơ) gồm các biến số và chỉ số:*

- Hút thuốc lá: Tỷ lệ hút thuốc lá.
- Uống rượu/bia: Tỷ lệ uống rượu/bia.
- Ăn mặn: Tỷ lệ ăn mặn.
- Thừa cân, béo phì: Tỷ lệ thừa cân, béo phì.
- Ăn ít rau, củ, quả: Tỷ lệ ăn ít rau, củ, quả.
- Ít hoạt động thể lực: Tỷ lệ ít hoạt động thể lực.

** Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (phòng vấn bằng phiếu điều tra để thu thập các thông tin về kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp) gồm các biến số và chỉ số:*

- Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp:
 - + Tỷ lệ hiểu biết số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp.
 - + Tỷ lệ hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp
 - + Tỷ lệ hiểu biết về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp
 - + Mức độ kiến thức phòng chống tăng huyết áp (dựa trên cơ sở tính điểm kiến thức phân ra làm 4 mức độ kiến thức kém, trung bình, khá, tốt):
 - . Mức độ hiểu biết số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp.
 - . Mức độ hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp.
 - . Mức độ hiểu biết về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp.
 - . Mức độ kiến thức chung về phòng chống tăng huyết áp.

- Thực hành ăn uống phòng chống tăng huyết áp:
- + Tỷ lệ phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp
- + Mức độ phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp (dựa trên cơ sở tính điểm thực hành phân ra làm 4 mức độ thực hành kém, trung bình, khá, tốt).
- + Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm là nguy cơ của tăng huyết áp.
- + Lượng thực phẩm tiêu thụ trung bình/ ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp.
- Hoạt động thể lực:
- + Tần suất hoạt động thể lực tối thiểu 30 phút/ngày.
- + Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày.

** Xác định nhu cầu truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm giảm một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng: Phân tích các thông tin thu thập được để xem các yếu tố nguy cơ tại địa bàn nghiên cứu là gì, thực trạng tăng huyết áp, kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ra như thế nào.*

2.6.2. Nội dung, các biến số và chỉ số cho nghiên cứu can thiệp cộng đồng (Mục tiêu 2)

** Hoạt động truyền thông giáo dục truyền thông:*

- Số buổi tập huấn nâng cao năng lực, kỹ năng truyền thông về THA cho cán bộ y tế xã, thôn.
- Số buổi tư vấn trực tiếp tại hộ gia đình.
- Số lần phát thanh bài viết về phòng chống tăng huyết áp.

** Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng (thông tin được thu thập từ cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm bằng mẫu phiếu phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm):*

- Số lớp tập huấn nâng cao năng lực thực hiện mô hình truyền thông.
- Các nội dung phòng chống THA đã được truyền thông.

- Hoạt động của các tổ chức xã hội tham gia truyền thông phòng chống THA.

- Thay đổi về năng lực của cán bộ thực hiện mô hình TTGDDD.

** Sự thay đổi một số yếu tố nguy cơ sau can thiệp:*

So sánh sự thay đổi tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Sự thay đổi kiến thức, thực hành về phòng chống THA:*

So sánh sự thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ở mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Sự thay đổi chỉ số nhân trắc và huyết áp:*

- So sánh sự thay đổi chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu ở mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

- So sánh sự thay đổi chỉ số huyết áp trung bình, tỷ lệ THA chung, loại THA và độ THA của đối tượng nghiên cứu ở mỗi xã giữa thời điểm trước và sau can thiệp; sự khác nhau giữa xã can thiệp và xã đối chứng sau can thiệp.

** Tính bền vững của mô hình TTGDDD (Thu thập thông tin từ cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm bằng mẫu phiếu phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm):*

- Khả năng duy trì các hoạt động của mô hình.

- Khả năng nhân rộng hoạt động của mô hình TTGDDD.

2.7. Các bước xây dựng mô hình và hoạt động của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại xã An Lão

2.7.1. Các bước xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Dựa vào kết quả đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành về phòng chống THA của người dân, xác định được các yếu tố nguy cơ của THA tại xã

can thiệp, chúng tôi xây dựng các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng để tác động vào các kiến thức, thực hành về THA còn thiếu cũng như tác động vào các yếu tố nguy cơ THA (có thể thay đổi được) nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về THA và giảm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ THA góp phần quan trọng trong phòng chống THA tại cộng đồng gồm:

* Nhóm nghiên cứu tổ chức hội thảo có sự tham gia của lãnh đạo các cơ sở y tế huyện, xã (Giám đốc, phó giám đốc trung tâm Y tế huyện Bình Lục, trạm trưởng trạm y tế xã An Lão), lãnh đạo cộng đồng (Chủ tịch, Phó chủ tịch UBND huyện Bình Lục; chủ tịch, phó chủ tịch UBND xã An Lão cùng các ban ngành, đoàn thể huyện, xã) với mục đích: Báo cáo kết quả điều tra thực trạng THA, kiến thức, thực hành về phòng chống THA và các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, làm cơ sở lập kế hoạch can thiệp, thống nhất mô hình can thiệp, đưa ra giải pháp can thiệp và các hoạt động cần ưu tiên (tháng 4/2014).

* Thành lập ban chỉ đạo phối hợp thực hiện đề tài nghiên cứu của huyện Bình Lục và Xã An Lão dựa trên tổ chức hiện có là Ban chăm sóc sức khỏe ban đầu của huyện, xã:

- Ban chỉ đạo huyện gồm 10 thành viên: Phó chủ tịch UBND huyện (trưởng ban), Giám đốc trung tâm y tế huyện (phó ban thường trực), trưởng phòng Y tế huyện, Giám đốc bệnh viện đa khoa huyện, Chánh văn phòng hội đồng nhân dân và UBND huyện, Phó phòng Tài nguyên và Môi trường huyện, Trưởng đài truyền thanh huyện, Trưởng phòng Nông nghiệp và Phát triển nông thôn huyện, Giám đốc UBND xã An Lão). Ban chỉ đạo huyện có nhiệm vụ chỉ đạo ngành y tế và các đơn vị liên quan của huyện phối hợp và hỗ trợ cán bộ tham gia nghiên cứu đề tài, thực hiện nghiên cứu can thiệp theo đúng tiến độ, phối hợp công tác với nhóm nghiên cứu thực hiện theo dõi, giám sát hoạt động can thiệp tại xã An Lão.

- Ban chỉ đạo xã gồm 10 thành viên: Phó chủ tịch UBND xã (trưởng ban), Trạm trưởng trạm y tế xã (phó ban), 2 cán bộ y tế xã, 1 cán bộ văn phòng UBND xã, 1 cán bộ phòng Tài chính xã, 1 cán bộ phòng văn hóa thông tin xã, chủ tịch hội nông dân, trưởng đài phát thanh xã. Ban chỉ đạo xã có nhiệm vụ phối hợp, triển khai tổ chức thực hiện theo dõi, giám sát tiến độ nghiên cứu, báo cáo với Ban chỉ đạo huyện các hoạt động can thiệp theo tiến độ; thảo luận, thống nhất với các ban ngành có liên quan giải quyết những khó khăn vướng mắc, các công việc phát sinh trong quá trình triển khai hoạt động can thiệp.

* Tạo nguồn nhân lực: Dựa trên mạng lưới hiện có, bao gồm Ban chỉ đạo huyện, xã, cán bộ y tế xã, thôn; đại diện các Ban ngành của xã/thôn.

* Phân công trách nhiệm cho từng nhóm đối tượng với sự tham gia của chính quyền, các bên liên quan tại địa phương, đồng thời huy động mạng lưới cộng đồng tham gia, tạo mối liên hệ giữa người dân với các tổ chức cộng đồng.

* Xây dựng quy chế hoạt động của mô hình: Thực hiện giao ban, báo cáo thông tin hàng tháng từ thôn - xã - huyện về hoạt động can thiệp tại xã An Lão. Thực hiện giao ban với Ban chỉ đạo huyện mỗi quý một lần. Hàng tháng thực hiện giao ban với cán bộ y tế xã/thôn và Ban chỉ đạo xã. Với mục đích báo cáo các công việc đã thực hiện, những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hiện hoạt động can thiệp và đưa ra giải pháp.

2.7.2. Các hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp

* Chúng tôi áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông (The Strategic Communication Model) vào truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống THA như sau:

- Xác định lý do truyền thông: Do tỷ lệ các yếu tố nguy cơ cao; tỷ lệ THA cao; kiến thức, thực hành của người dân còn rất hạn chế.

- Đối tượng truyền thông: Cho toàn thể cộng đồng bao gồm cả đối tượng chưa mắc và đã mắc THA nhằm giúp cho cộng đồng nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng chống THA từ đó nâng cao kiến thức, thực hành chế độ dinh dưỡng hợp lý, lối sống lành mạnh nhằm kiểm soát các yếu tố nguy cơ của THA. Đồng thời với người mắc THA còn giúp họ áp dụng chế độ ăn phòng để phòng biến chứng THA.

- Loại truyền thông thích hợp tới toàn thể cộng đồng (gồm người chưa mắc và đã mắc THA): Chúng tôi sử dụng phương pháp truyền thông gián tiếp là phát thanh, truyền thông trực tiếp tại hộ gia đình (quan tâm đặc biệt tới người THA). Ngoài hai biện pháp chính này, chúng tôi còn kết hợp truyền thông về THA tại trạm y tế khi người dân đến khám sức khỏe.

* Trên cơ sở áp dụng mô hình lý thuyết chiến lược truyền thông nêu trên chúng tôi thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống THA bao gồm các bước như sau:

Bước 1: Lựa chọn nội dung truyền thông, phương pháp truyền thông phù hợp với đối tượng truyền thông

- Nội dung truyền thông đảm bảo dễ hiểu, ngắn gọn, sử dụng những từ ngữ thông dụng với người dân.

- Kết hợp phương pháp truyền thông trực tiếp và phương pháp gián tiếp để tăng hiệu quả truyền thông.

Bước 2: Xây dựng và phát triển tài liệu truyền thông giáo dục dinh dưỡng (*thời gian thực hiện là 1 tháng từ tháng 4 - 5/2014*):

- Xây dựng bản thảo về tài liệu truyền thông gồm có hai tài liệu:

+ Cuốn sách mỏng có bài viết về tăng huyết áp bao gồm các nội dung: thể nào là tăng huyết áp, cách phát hiện tăng huyết áp, hậu quả của tăng huyết áp, biện pháp dự phòng tăng huyết áp và biện pháp theo dõi và điều trị khi được chẩn đoán là tăng huyết áp

+ Tờ rơi về chế độ ăn uống hợp lý để phòng chống tăng huyết áp gồm hai phần:

. Phần I: Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở người chưa mắc THA.

. Phần II: Chế độ ăn uống hợp lý dành cho người mắc THA nhằm góp phần kiểm soát huyết áp và phòng biến chứng tăng huyết áp.

- Tiến hành thảo luận với đại diện các ban ngành đoàn thể gồm đại diện lãnh đạo UBND huyện, xã An Lão, cán bộ y tế huyện, xã, cán bộ y tế thôn, các trưởng thôn đại diện cho người dân nhằm thu thập các ý kiến về nội dung của tài liệu truyền thông (thời gian thực hiện vào tháng 6/2014).

- Nhóm nghiên cứu chỉnh sửa lại nội dung của tài liệu truyền thông cho phù hợp (trên cơ sở các ý kiến đóng góp của các ban ngành đoàn thể) và in tài liệu truyền thông. Thời gian thực hiện là 1 tháng, từ tháng 6 - 7/2014).

* *Bước 3*: Nâng cao năng lực cho các cán bộ tham gia hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng

- Tổ chức 2 buổi tập huấn cho cán bộ y tế của trạm y tế xã, các cán bộ y tế thôn, các trưởng thôn của xã An Lão, thời gian thực hiện vào tháng 7/2014:

+ Buổi tập huấn thứ nhất: Nhóm nghiên cứu tập huấn cho các cán bộ kỹ năng truyền thông giáo dục dinh dưỡng đặc biệt là kỹ năng thảo luận nhóm và tư vấn sức khỏe.

+ Buổi tập huấn thứ hai: Cung cấp các kiến thức về khái niệm, nguy cơ, hậu quả của THA và biện pháp phòng chống THA và chế độ ăn hợp lý phòng chống tăng huyết áp cho các cán bộ tham gia truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống THA (sử dụng tài liệu truyền thông).

* *Bước 4*: Thực hiện truyền thông giáo dục dinh dưỡng cho đối tượng người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên của hộ gia đình tại xã An Lão (từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015):

- Truyền thông trực tiếp:

+ Người thực hiện: Nghiên cứu sinh, cán bộ y tế thôn

+ Thời gian thực hiện: 1 lần/tuần

+ Nội dung thực hiện:

. Đến từng hộ gia đình hướng dẫn sử dụng cuốn sách mỏng viết về bệnh THA và tờ rơi về chế độ ăn hợp lý để phòng chống tăng huyết áp.

. Giải thích chi tiết từng phần nội dung có trong tài liệu truyền thông.

. Nhắc nhở, động viên người dân đọc tài liệu thường xuyên và giữ gìn tài liệu truyền thông cẩn thận.

. Thông báo với người dân sau 1 tuần cán bộ truyền thông sẽ quay trở lại hộ gia đình để kiểm tra người dân đã đọc tài liệu truyền thông chưa và mức độ hiểu nội dung trong tài liệu truyền thông đồng thời phỏng vấn việc áp dụng chế độ ăn uống hợp lý phòng chống THA trong tuần qua của người dân như thế nào. Nghiên cứu sinh, y tế thôn tiếp tục tư vấn, giải thích những nội dung trong tài liệu mà người dân chưa hiểu và khó thực hiện.

. Cùng với việc thực hiện tư vấn tại hộ gia đình, hàng tuần chúng tôi đã tiến hành đo huyết áp cho người dân để theo dõi, kiểm tra tình trạng huyết áp của họ.

- Truyền thông gián tiếp:

+ Người thực hiện: Nghiên cứu sinh, Ban văn hóa của xã, các trưởng thôn của xã An Lão

+ Nội dung thực hiện:

. Truyền thông trên loa phát thanh của xã (sử dụng nội dung bài viết về tăng huyết áp trong cuốn sách mỏng) nhằm cung cấp thông tin nhanh về bệnh THA đến từng người dân.

Trước mỗi buổi phát thanh, các trưởng thôn có thông báo tới người dân trong thôn về thời gian và chủ đề phát thanh nhằm thu hút số lượng đông người dân quan tâm và lắng nghe.

Phát thanh được thực hiện vào lúc 5h30 sáng và 17h30 phút thứ 2 hàng tuần:

Phát cuốn sách mỏng có bài viết về bệnh tăng huyết áp và phát tờ rơi về chế độ ăn hợp lý để phòng chống tăng huyết áp cho từng hộ gia đình. Tài liệu truyền thông được phát tới từng hộ gia đình, các thành viên trong hộ gia đình.

* Định kỳ giao ban hàng tháng nhằm lấy ý kiến của cán bộ y tế thôn về hoạt động truyền thông của tháng trước: báo cáo các nội dung công việc đã thực hiện được, những khó khăn trong quá trình thực hiện công tác truyền thông, những nội dung chưa hiểu, chưa rõ trong tài liệu truyền thông và những vấn đề mà người dân hỏi về THA mà chưa giải đáp được đã được nhóm nghiên cứu tiếp tục tập huấn và thảo luận, thống nhất và đưa ra giải pháp phù hợp, kịp thời.

* Đánh giá sau can thiệp, khuyến nghị mở rộng mô hình ra các xã khác sau khi thực hiện TTGDDD: thời gian thực hiện từ 28/7 đến 10/8/2015.



Sơ đồ 2.2. Mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

2.8. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.8.1. Đo chỉ số nhân trắc

- Cân nặng: Sử dụng cân SECA của Nhật Bản (độ chính xác 0,1kg). Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với một số lẻ. Khi cân chỉ mặc quần áo gọn nhất và trừ bớt cân nặng quần áo khi tính kết quả. Đối tượng được đứng giữa bàn cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, trọng lượng phân bố đều cả hai chân. Cân được đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng [93].

- Chiều cao: Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ, có độ chia chính xác tới mm. Chiều cao được ghi theo cm và 1 số lẻ. Đối tượng bỏ giày, dép, đi chân không, đứng quay lưng vào thước đo. Gót chân, mông, vai, cằm theo một đường thẳng áp sát vào thước đo đứng, mắt nhìn thẳng theo một đường thẳng nằm ngang. Hai tay bỏ thông theo hai bên mình. Kéo cái chặn đầu của thước từ trên xuống, khi áp sát đến đỉnh đầu nhìn vào thước đọc kết quả [93].

- Vòng bụng: Đo vòng bụng bằng thước dây không co giãn, đo ở eo bụng, là điểm giữa bờ dưới của mạng sườn và điểm trên mào chậu. Đối tượng đứng thẳng, tay buông thõng, ngực ưỡn, nhìn thẳng về phía trước và đo ở cuối thì thở ra [86].

- Vòng mông: Đo vòng mông bằng thước dây không co giãn, đo ở mức nhô nhất phía sau mấu chuyển lớn xương đùi chiếu ngang gò mu. Nếu khó xác định, để đối tượng cử động khớp háng rồi sờ vào đầu mấu chuyển lớn để xác định điểm mấu chuyển. Khi đo, đối tượng đứng thẳng, cơ mông trùng, bỏ hết vật dụng trong túi quần để có thể đo chính xác từng mm [93].

2.8.2. Đo huyết áp

Sử dụng máy huyết áp tự động của Nhật Bản (OMRON, model HEM - 7111):

+ Trước khi đo huyết áp, đối tượng được nghỉ ngơi, tĩnh tâm 5 - 10 phút, đảm bảo không dùng chất kích thích (rượu, bia, cà phê, chè, thuốc lá) trước đó 2 giờ. Khi đo, đối tượng nằm thoải mái tại giường hoặc ngồi (không bắt

chéo 2 chân), không nói chuyện, không được cử động tay và máy đo luôn đặt ở vị trí ngang tim.

+ Phương pháp đo: Quấn băng huyết áp vào phần cánh tay, cách nếp gấp khuỷu tay 3cm, quấn băng huyết áp vừa chặt với cánh tay, đặt ngang với vị trí tim. Bấm nút Start/Stop để bắt đầu đo, máy sẽ tự động bơm hơi và xả hơi, khi có âm thanh kêu lên là báo hiệu là việc đo đã hoàn thành. Kết quả đo được hiện trên màn hình theo đơn vị mmHg. Khi đo đúng thao tác, biểu tượng trái tim sẽ ngừng nhấp nháy, nếu máy báo lỗi thì tìm nguyên nhân và tiến hành đo lại.

+ Đối tượng được đo huyết áp 2 lần cách nhau ít nhất 3 phút. Số đo huyết áp của đối tượng sẽ được tính là kết quả trung bình của 2 lần đo. Nếu kết quả huyết áp giữa 2 lần đo chênh lệch nhau $>10\text{mmHg}$ tiến hành đo lại lần thứ 3 sau khi đã nghỉ ít nhất 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng. Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương [11].

2.8.3. Phỏng vấn trực tiếp dựa vào bộ câu hỏi

- Phỏng vấn đối tượng để thu thập các thông tin chung và các thông tin về kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp.

- Điều tra tần suất tiêu thụ thực phẩm của đối tượng (thực hiện điều tra hai lần trước và sau can thiệp) [93].

- Hoạt động thể lực: Xác định hoạt động thể lực của đối tượng bằng phỏng vấn thời gian, loại hoạt động thể lực.

2.8.4. Phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm

- Thảo luận nhóm với ban chỉ đạo huyện; các ban ngành, đoàn thể xã; cán bộ y tế và người dân (phụ lục 11 - 18).

- Phỏng vấn sâu cán bộ lãnh đạo UBND xã và y tế huyện, xã (phụ lục 3 - 10).

2.8.5. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành bằng chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index: BMI): $BMI = \text{Cân nặng (kg)} / (\text{Chiều cao})^2 \text{ (m)}$ [88], [89] và phân loại tình trạng dinh dưỡng theo WHO năm 2006:

BMI	Mức độ béo phì	BMI	Mức độ thừa cân
35,00 - 39,99	Béo phì độ II	≥ 25	Thừa cân
30,00 - 34,99	Béo phì độ I	18,50 - 24,99	Bình thường
25,00 - 29,99	Tiền béo phì	$< 18,5$	Thiếu năng lượng trường diễn

* Tỷ số vòng eo/vòng hông (WHR) được coi là cao (béo phì vùng bụng) khi giá trị này $> 0,8$ đối với nữ và $> 0,9$ đối với nam (châu Á) [94].

* Đánh giá tình trạng tăng huyết áp: dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại của WHO/ISH năm 2003 [95], [96]:

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

- Phân loại tăng huyết áp:

+ Tăng huyết áp độ I: huyết áp tâm thu từ 140 - 159 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg.

+ Tăng huyết áp độ II: huyết áp tâm thu từ 160 - 179 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg.

+ Tăng huyết áp độ III: huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg.

2.8.6. Đánh giá kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

- Để đánh giá kiến thức, thực hành về THA của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi tiến hành chấm điểm cho các câu trả lời về kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc

không trả lời được 0 điểm. Sau đó tính tỷ lệ giữa tổng điểm đạt được của đối tượng về kiến thức/thực hành chia cho tổng điểm mong đợi [phụ lục 18] và phân loại kiến thức/ thực hành theo các mức độ:

- + Mức độ kém: tổng điểm về kiến thức/thực hành dưới 50% điểm mong đợi.
- + Mức độ trung bình: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt từ 50% đến <70% điểm mong đợi.
- + Mức độ khá: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt 70-<90% điểm mong đợi.
- + Mức độ tốt: tổng điểm về kiến thức/thực hành đạt $\geq 90\%$ điểm mong đợi.

- Điểm mong đợi là: là số điểm mà nhóm nghiên cứu mong muốn người dân có thể đạt được để phòng ngừa bệnh tật. Điểm mong đợi về kiến thức và thực hành đối với THA dựa trên những khuyến cáo của Bộ Y Tế về biện pháp phòng chống THA [97].

2.8.7. Tiêu chuẩn đánh giá một số yếu tố nguy cơ

- Ăn nhiều chất béo: là người đó thường xuyên ăn đồ xào rán (sử dụng hàng ngày hoặc 3 - 6 lần/tuần).
- Ăn nhiều đường: là người đó thường xuyên ăn bánh kẹo ngọt hoặc uống các loại nước ngọt (sử dụng hàng ngày hoặc 3 - 6 lần/tuần).
- Ăn ít rau quả: khi lượng rau xanh, củ, quả ăn ít hơn 400 g/ngày.
- Ăn nhiều/tăng cường rau quả là lượng rau xanh, củ, quả ăn ≥ 400 g/ngày (400 g rau xanh, củ, quả tương đương với 5 đơn vị chuẩn) [21].
- Có uống rượu/bia: Là trong 30 ngày qua, ngày nào cũng uống rượu/bia không kể số lượng.
- Uống nhiều rượu/bia: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, được coi là uống nhiều rượu bia là nam giới uống quá 3 cốc chuẩn/ngày, nữ giới uống quá 2 cốc chuẩn/ngày (một cốc chuẩn chứa 10 gram ethanol tương đương 330 ml bia hoặc 120 ml rượu vang hoặc 30 ml rượu mạnh) [11].

- Hút thuốc lá: Người được coi là có thói quen hút thuốc lá /thuốc lào (cả thụ động và chủ động) là người trong 30 ngày qua, ngày nào cũng hút hoặc hút phải khói thuốc lá/thuốc lào.

- Hút thuốc lá chủ động: là người trực tiếp hút thuốc lá/thuốc lào.

- Hút thuốc lá thụ động: là người hít phải khói thuốc lá/thuốc lào.

- Chế độ ăn mặn: là người ăn mặn hơn các thành viên khác trong gia đình (thường xuyên phải thêm nước mắm/muối vào thức ăn mà người khác không cần).

- Chế độ ăn giảm muối: là người đó ăn nhạt hơn so với trước đây/trước thời điểm can thiệp.

- Tiêu thụ thực phẩm thường xuyên có nghĩa là thực phẩm đó được tiêu thụ hàng ngày và hàng tuần.

- Ít tiêu thụ thực phẩm có nghĩa là thực phẩm đó được tiêu thụ hàng tháng hoặc thỉnh thoảng/theo mùa.

- Tiêu thụ thực phẩm hàng tháng, thỉnh thoảng/theo mùa có nghĩa lần lượt là: có tuần sử dụng, có tuần không sử dụng thực phẩm đó; có tháng sử dụng, có tháng không sử dụng thực phẩm [93].

- Tiêu thụ thực phẩm hàng ngày, hàng tuần có nghĩa lần lượt là: thực phẩm đó ngày nào cũng được sử dụng; thực phẩm đó được sử dụng 3 - 6 lần/1tuần; thực phẩm đó có tuần sử dụng, có tuần không sử dụng thực phẩm đó [93].

- Ít hoạt động thể lực: Có nghĩa là người đó không hoạt động thể lực dưới 30 phút/ngày và ≤ 3 ngày/tuần [98].

- Hoạt động thể lực thường xuyên: Có nghĩa là người đó hoạt động thể lực ít nhất 30 phút/ngày và từ ≥ 4 ngày/tuần.

- Thường xuyên tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp: có nghĩa là hàng ngày hoặc hàng tuần có tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp.

- Phân loại tình trạng kinh tế: Dựa vào kết quả phân loại tình trạng kinh tế của Ủy ban nhân dân xã, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2013.

2.8.8. Tính chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp

Hiệu quả can thiệp (HQCT) còn gọi là giá trị bảo vệ được tính bằng hiệu giữa chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp ($CSHQ_{ct}$) trừ đi chỉ số hiệu quả của nhóm chứng ($CSHQ_{ch}$) [99]:

$$HQCT (\%) = CSHQ_{ct} - CSHQ_{ch}$$

Trong đó:

- Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp được tính:

$$CSHQ_{ct} \% = \frac{|P_{tct} - P_{sct}|}{P_{tct}} \times 100$$

(p_{tct} là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu trước thời gian can thiệp của nhóm can thiệp, p_{sct} là tỷ lệ % của chỉ số nghiên cứu sau thời gian can thiệp của nhóm can thiệp).

- Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng được tính:

$$CSHQ_{ch} \% = \frac{|P_{tch} - P_{sch}|}{P_{tch}} \times 100$$

(p_{tch} là tỷ lệ % của chỉ số điều tra lần đầu của nhóm đối chứng, p_{sch} : là tỷ lệ % của chỉ số sau một năm so với điều tra lần đầu).

2.8.9. Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp

- Hiệu quả thay đổi năng lực cán bộ tham gia mô hình TTGDDD.
- Khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động của mô hình TTGDDD.
- Đánh giá sự thay đổi tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp, sự thay đổi kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp so với trước can thiệp và so với xã đối chứng.
- Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp dựa trên sự thay đổi chỉ số nhân trắc và tỷ lệ THA của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp so với trước can thiệp và so với xã đối chứng.

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

2.9.1. Số liệu định lượng

- Các thông tin thu thập được kiểm tra làm sạch số liệu thô và mã hóa. nhập trên phần mềm Epidata 3.1.

- Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0 bằng các thuật toán [99], [100]:

+ Các kết quả trình bày mô tả những số liệu điều tra cơ bản được thể hiện theo tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình về số đo các chỉ số nhân trắc, chỉ số huyết áp và thông tin kiến thức, thực hành của đối tượng.

+ Đánh giá mối liên quan giữa tăng huyết áp với các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp sử dụng tỷ suất chênh OR và OR và 95% CI.

+ Phân tích so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ tăng huyết áp và thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và xã can thiệp trước và sau can thiệp sử dụng χ^2 test.

+ Phân tích so sánh giữa tỷ lệ % mức độ kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và xã can thiệp sử dụng trước và sau can thiệp sử dụng Z test.

+ Phân tích so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình về chỉ số nhân trắc, chỉ số BMI, và chỉ số huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và can thiệp trước và sau can thiệp sử dụng t-test.

+ Phân tích so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình về lượng tiêu thụ thực phẩm trung bình là nguy cơ đối với tăng huyết áp và lượng tiêu thụ thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp, thời gian hoạt động tĩnh tại trong ngày của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và can thiệp trước và sau can thiệp sử dụng Mann - Whitney U test.

+ Áp dụng mô hình hồi quy tuyến tính logistic (đã loại bỏ yếu tố nhiễu) để xác định ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh tật (THA), trình độ học vấn tới hiệu quả can thiệp.

2.9.2. Số liệu định tính

Số liệu định tính được xử lý theo quy trình phân tích sâu trên cơ sở nội dung các lĩnh vực thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu của đối tượng nghiên cứu gồm các ý kiến về các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng được thực hiện, tính phù hợp và khả năng duy trì bền vững và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng.

2.10. Sai số và khống chế sai số

2.10.1. Sai số

- Sai số do thu thập số liệu:
 - + Sai số trong quá trình cân, đo chiều cao, đo huyết áp
 - + Sai số nhớ lại
 - + Sai số trong bảo toàn mẫu nghiên cứu

2.10.2. Biện pháp khắc phục

- Bộ công cụ được thiết kế đơn giản, các nội dung được sắp xếp logic, có hệ thống giúp cho đối tượng phỏng vấn dễ hiểu, dễ trả lời.
- Thử nghiệm và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi chính thức thu thập số liệu chính thức.
- Các nghiên cứu viên được tập huấn kỹ về mục đích điều tra và các kỹ thuật thu thập thông tin, thu thập số liệu nhân trắc (cân, đo chiều cao, vòng bụng, vòng hông), đo huyết áp.
 - Dụng cụ: Dụng cụ cân và thước đo chuẩn và được chuẩn lại sau mỗi lần cân.
 - Những hộ gia đình đi vắng đột xuất phải quay trở lại gia đình đó cho tới khi gặp được đối tượng nghiên cứu để bảo tồn mẫu nghiên cứu.
 - Quy trình can thiệp ở cộng đồng được tập huấn kỹ cho nghiên cứu viên thực hiện biện pháp can thiệp dinh dưỡng.
 - Quy trình thu thập số liệu và triển khai giáo dục truyền thông dinh dưỡng được kiểm tra, theo dõi.

- Việc thu thập số liệu được giám sát chặt chẽ: Giám sát viên rà soát, kiểm tra lại toàn bộ số phiếu đã phỏng vấn. Sau một ngày thu thập số liệu, điều tra viên họp với giám sát viên để trao đổi và giải đáp những thắc mắc xảy ra trong quá trình điều tra.

- Những phiếu điều tra được đánh giá là không có độ tin cậy cao vì các lý do khác nhau được kiểm tra và phỏng vấn lại.

- Làm sạch số liệu và nhập kếp trước khi phân tích.

2.11. Các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài luận án là một phần của đề tài Độc lập cấp nhà nước mã số ĐTĐL.2012-G/32, đề tài này đã được Hội đồng của Bộ Khoa học và công nghệ và Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt cho thực hiện (QĐ số 122/HĐĐĐ - ĐHYHN ngày 28 tháng 2 năm 2013):

- Nhóm nghiên cứu đề tài liên hệ, thông báo trước với các địa phương được chọn nghiên cứu về mục đích, nội dung, phương pháp tiến hành nghiên cứu để đạt được sự đồng thuận.

- Thực hiện nghiên cứu với tinh thần trung thực trong nghiên cứu. Tôn trọng cộng đồng, đảm bảo không làm ảnh hưởng đến uy tín của cá nhân và các địa phương tham gia nghiên cứu.

- Đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối mà cá nhân đối tượng đã cung cấp. Nghiên cứu sinh và các nghiên cứu viên luôn quan tâm và tôn trọng ý kiến của đối tượng nghiên cứu để có sự hợp tác tốt, cung cấp thông tin trung thực, khách quan.

- Không có sự phân biệt đối với đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu, các đối tượng vẫn được cân, đo chiều cao, đo huyết áp và tư vấn sức khỏe nếu họ có nhu cầu.

- Các cá nhân tham gia nghiên cứu được biết rõ mục tiêu nghiên cứu và các thông tin được sử dụng đúng mục đích nghiên cứu.

- Quá trình cân, đo đảm bảo tuyệt đối an toàn, riêng tư cho đối tượng.
- Những đối tượng ở xã đối chứng tuy không tham gia vào giai đoạn can thiệp bằng phương pháp truyền thông giáo dục dinh dưỡng cũng sẽ được thực hiện vào sau giai đoạn can thiệp, bởi mô hình này sẽ được nhân rộng tới các xã của huyện Bình Lục.
- Thực hiện xây dựng mô hình nghiên cứu can thiệp với sự tham gia ý kiến của các chuyên gia và của chính quyền, người dân và ngành y tế địa phương.
- Các kết quả nghiên cứu được thông báo với địa phương và đối tượng tham gia nghiên cứu nếu địa phương và đối tượng tham gia nghiên cứu yêu cầu.
- Các kết quả nghiên cứu được sử dụng cho mục đích phòng, chống bệnh, góp phần chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.
- Các đối tượng tham gia vào quá trình can thiệp tăng huyết áp được giải thích đầy đủ mục đích, hoàn toàn tự nguyện và có thể rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào nếu họ muốn.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã Đồn Xá (xã đối chứng) và An Lão (xã can thiệp) của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu tại hai xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam tại thời điểm điều tra ban đầu

Đặc điểm		Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tuổi*	18 - 29	97	9,6	38	8,3	59	10,7	> 0,05
	30 - 39	159	15,8	65	14,2	94	17,1	> 0,05
	40 - 49	204	20,2	87	19,0	117	21,2	> 0,05
	50 - 59	272	27,0	123	26,9	149	27,1	> 0,05
	60 - 69	143	14,2	72	15,7	71	12,9	> 0,05
	70 - 79	87	8,6	46	10,0	41	7,4	> 0,05
	≥ 80	47	4,6	27	5,9	20	3,6	> 0,05
	Tổng	1009	100	458	100	551	100	
Giới*	Nam	318	31,5	140	30,6	178	32,3	> 0,05
	Nữ	691	68,5	318	69,4	373	67,7	> 0,05
	Tổng	1009	100	458	100	551	100	
Trình độ học vấn*	≤ Tiểu học	226	22,4	92	20,1	134	24,3	> 0,05
	THCS	619	61,3	294	64,2	325	59,0	> 0,05
	THPT	88	8,7	39	8,5	49	8,9	> 0,05
	Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học	76	7,6	33	7,2	43	7,8	> 0,05
	Tổng	1009	100	458	100	551	100	
Nghề nghiệp*	Cán bộ, công nhân viên	76	7,5	36	7,9	40	7,3	> 0,05
	Làm ruộng	628	62,2	293	64,0	335	60,8	> 0,05
	Buôn bán	40	4,0	16	3,5	24	4,3	> 0,05
	Nội trợ	13	1,3	5	1,1	8	1,5	> 0,05
	Khác	252	25,0	108	23,5	144	26,1	> 0,05
	Tổng	1009	100	458	100	551	100	

* χ^2 test

Nhận xét:

Đối tượng nghiên cứu của cả hai xã chủ yếu là nữ, chiếm 68,5%.

Phân bố theo độ tuổi tương đối đồng đều, cao nhất ở độ tuổi 50 - 59 (27,0%), tiếp đến là độ tuổi 40 - 49 chiếm 20,2%, thấp nhất là độ tuổi từ 80 trở lên chiếm 4,6%.

Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, đối tượng có trình độ đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,6%).

Nghề nghiệp làm ruộng chiếm đa số 62,2%.

Đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và xã can thiệp khá tương đồng về độ tuổi, giới, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

3.1.2. Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Bảng 3.2. Giá trị trung bình về chỉ số nhân trắc, BMI và huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã đối chứng và xã can thiệp của huyện Bình Lục

Chỉ số		Chung (n = 1009)	Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Cân nặng*		49,8 ± 7,8	50,0 ± 7,7	49,7 ± 7,9	> 0,05
BMI*		20,8 ± 2,6	21,0 ± 2,6	20,5 ± 2,6	> 0,05
Vòng bụng (VB)*	Nam	76,10 ± 7,85	76,16 ± 8,05	76,06 ± 7,74	> 0,05
	Nữ	74,39 ± 7,94	75,46 ± 7,99	73,41 ± 7,78	> 0,05
	p	< 0,001	> 0,05	< 0,001	
Vòng hông (VM)*	Nam	87,95 ± 5,79	87,34 ± 6,64	88,37 ± 5,11	> 0,05
	Nữ	86,67 ± 5,37	86,81 ± 5,6	86,54 ± 5,16	> 0,05
	p	< 0,001	> 0,05	< 0,001	
Tỷ lệ VB/VM*	Nam	0,86 ± 0,64	0,87 ± 0,07	0,89 ± 0,11	> 0,05
	Nữ	0,86 ± 0,07	0,87 ± 0,08	0,91 ± 0,54	< 0,001
	p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Huyết áp tâm thu*		126,5 ± 19,5	127,8 ± 19,7	125,4 ± 19,3	> 0,05
Huyết áp tâm trương*		76,3 ± 30,9	74,9 ± 11,9	77,5 ± 40,3	> 0,05

* *t-test*

Nhận xét: Cân nặng và BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu ở cả hai xã là $49,8 \pm 7,8$ và $20,8 \pm 2,6$.

Vòng bụng và vòng mông trung bình của nam ở cả hai xã cao hơn nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên tỷ lệ VB/VM không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình ở cả hai xã lần lượt là $126,5 \pm 19,5$ và $76,3 \pm 30,9$.

Các chỉ số về cân nặng, BMI, vòng bụng, vòng mông, tỷ lệ VB/VM của nam, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở xã đối chứng và xã can thiệp là tương đương nhau. Riêng tỷ lệ VB/VM của nữ ở xã can thiệp cao hơn rõ rệt so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

		Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tình hình mắc tăng huyết áp*								
Có tăng huyết áp*		246	24,4	128	27,9	118	21,4	< 0,05
Loại tăng huyết áp*	Tăng huyết áp tâm thu	221	21,9	116	25,3	105	19,1	< 0,05
	Tăng huyết áp tâm trương	123	12,2	57	12,4	66	12,0	> 0,05
	Tăng huyết áp tâm thu và tâm trương	98	9,7	45	9,8	53	9,6	> 0,05
Độ tăng huyết áp*	THA độ I	171	16,9	92	20,1	79	14,3	< 0,05
	THA độ II	50	5,0	28	5,4	26	4,7	> 0,05
	THA độ III	25	2,5	10	2,2	13	2,4	> 0,05

* χ^2 test

Nhận xét:

Tỷ lệ tăng huyết áp của người trưởng thành chung 2 xã là 24,4%. Trong đó tỷ lệ tăng huyết áp ở xã đối chứng (28,0%) cao hơn xã can thiệp (21,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong 3 loại tăng huyết áp, tăng huyết áp tâm thu chiếm tỷ lệ cao nhất: chung hai xã 21,9%, xã đối chứng (25,3%) cao hơn xã can thiệp (19,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương: chung hai xã là 9,7%, xã đối chứng (9,8%) không có sự khác biệt với xã can thiệp (9,6%), $p > 0,05$.

Tăng huyết áp độ I chiếm tỷ lệ cao nhất: chung hai xã là 16,9%, xã đối chứng 17,9% cao hơn xã can thiệp là 14,3%, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là tăng huyết áp độ III: chung hai xã là 2,5%, xã đối chứng là 2,2% không có sự khác biệt với xã can thiệp 2,4%, $p > 0,05$.

3.1.3. Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã đối chứng và xã can thiệp của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Bảng 3.4. Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã

Yếu tố nguy cơ	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Hút thuốc lá*	657	65,1	310	67,7	347	63,0	> 0,05
Uống rượu bia*	234	23,2	119	26,0	115	20,9	> 0,05
Ăn mặn*	230	22,8	108	23,6	122	22,1	> 0,05
Thừa cân, béo phì (BMI \geq 25)*	59	5,8	31	6,8	28	5,1	> 0,05
Ăn ít rau, củ, quả*	609	60,4	272	59,4	337	61,2	> 0,05
Ít hoạt động thể lực*	547	54,2	255	55,7	292	53,0	> 0,05

*Test χ^2

Nhận xét: Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở cả hai xã khá cao, trong đó yếu tố hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất

(chung hai xã là 65,1%, xã đối chứng là 67,7%, xã can thiệp là 63,0%), tiếp đến là yếu tố nguy cơ ăn ít rau, củ, quả (chung hai xã là 60,4%, xã đối chứng là 59,4%, xã can thiệp là 61,2%), tiếp đến là yếu tố ít hoạt động thể lực (chung hai xã là 54,2%, xã đối chứng là 55,7%, xã can thiệp là 53,0%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là yếu tố thừa cân, béo phì (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1%).

Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa giới, chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu ở hai xã với tăng huyết áp ($n = 1009$)

Yếu tố liên quan		Tăng huyết áp ($n = 246$)		Không tăng huyết áp ($n = 763$)		OR (95%CI)
		SL	%	SL	%	
Giới*	Nam	90	28,3	228	71,7	1,35 (1,01 - 1,83)
	Nữ	156	22,6	535	77,4	
Tình trạng dinh dưỡng*	Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25)	25	42,4	34	57,6	2,43 (1,42 - 4,20)
	Không thừa cân, béo phì BMI (<25)	221	23,3	729	76,7	

Nhận xét:

Nam giới có nguy cơ bị tăng huyết áp cao hơn nữ giới gấp 1,35 lần (95%CI: 1,01 - 1,83).

Người thừa cân, béo phì có nguy cơ bị tăng huyết áp gấp 2,43 lần (95%CI: 1,42 - 4,20) so với người không thừa cân, béo phì.

Bảng 3.6. Liên quan giữa độ tuổi của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp (n = 1009)

Nhóm tuổi	Tăng huyết áp (n = 246)		Không tăng huyết áp (n = 763)		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	
18 - 29	8	8,2	89	91,8	1
30 - 39	12	7,6	146	92,4	0,91 (0,33 - 2,56)
40 - 49	22	10,8	182	89,2	1,34 (0,54 - 3,43)
50 - 59	67	24,5	206	75,5	3,62 (1,6 - 8,51)
60 - 69	61	42,7	82	57,3	8,28 (3,55 - 19,97)
70 - 79	49	56,3	38	43,7	14,35 (5,84 - 36,45)
≥ 80	27	57,4	20	42,6	15,02 (5,48 - 42,5)

Nhận xét:

Tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần theo độ tuổi. Đặc biệt độ tuổi từ 50 trở lên, tuổi càng cao nguy cơ tăng huyết áp càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thói quen ăn uống và lối sống của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp (n =1009)

Thói quen	Tăng huyết áp (n = 246)		Không tăng huyết áp (n = 763)		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	
Thói quen hút thuốc lá					
Có hút thuốc	174	26,5	483	73,5	1,40 (1,03 - 1,91)
Không hút	72	20,5	280	79,5	
Thói quen uống rượu bia					
Có uống rượu bia	63	26,9	171	73,1	1,19 (0,85 - 1,67)
Không uống rượu bia	183	23,6	592	76,4	
Thói quen ăn mặn					
Có ăn mặn	63	27,4	167	72,6	1,23 (0,88 - 1,72)
Không ăn mặn	183	23,5	596	76,5	
Ăn ít rau, củ, quả					
Có ăn ít rau, củ, quả	156	25,6	453	74,4	1,19 (0,88 - 1,60)
Ăn đủ rau, củ, quả	90	22,5	310	77,5	
Hoạt động thể lực					
Ít hoạt động thể lực	145	26,5	402	73,5	1,29 (0,96 - 1,72)
Hoạt động thể lực thường xuyên	101	21,9	361	78,1	

Nhận xét:

Nhóm người hút thuốc lá có nguy cơ bị tăng huyết áp cao gấp 1,4 lần so với nhóm người không hút thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (95% CI: 1,03-1,91).

Kết quả cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm người có thói quen uống rượu bia, có thói quen ăn mặn hay ăn ít rau, củ, quả có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,19 lần (95% CI: 0,85-1,67), 1,23 lần (95% CI: 0,88-1,72) và 1,19 lần (95% CI: 0,88 - 1,60) so với nhóm người không uống rượu bia, ăn mặn hay ăn đủ rau, củ, quả, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả cũng cho thấy ở nhóm người có thói quen ít hoạt động thể lực có nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 1,29 lần (95%CI: (0,96 - 1,72) hơn so với

nhóm hoạt động thể lực thường xuyên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.4. Thực trạng kiến thức phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục - tỉnh Hà Nam

Bảng 3.8. Kiến thức về số đo huyết áp của bản thân về khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của tăng huyết áp	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Biết số đo huyết áp của bản thân	142	14,1	69	15,1	73	13,2	> 0,05
Hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp	151	15,0	78	17,0	73	13,2	> 0,05
Biết các dấu hiệu có thể có của tăng huyết áp							
Đau đầu	281	27,8	128	27,9	153	27,8	> 0,05
Hoa mắt/chóng mặt	476	47,2	220	48,0	256	46,5	> 0,05
Đau ngực	32	3,2	10	2,2	22	4,0	> 0,05
Cơn nóng mặt/đỏ mặt	285	28,2	129	28,1	156	28,3	> 0,05
Biết hậu quả của tăng huyết áp							
Đột quy não/Tai biến mạch máu não	393	39,0	193	42,1	200	36,3	> 0,05
Suy tim/bệnh tim mạch	111	11,0	50	10,9	61	11,1	> 0,05
Biến chứng mắt	16	1,6	8	1,7	8	1,5	> 0,05
Suy gan, suy thận	7	0,7	1	0,2	6	1,1	> 0,05
Tử vong	170	16,9	69	15,1	101	18,3	> 0,05

* χ^2 test

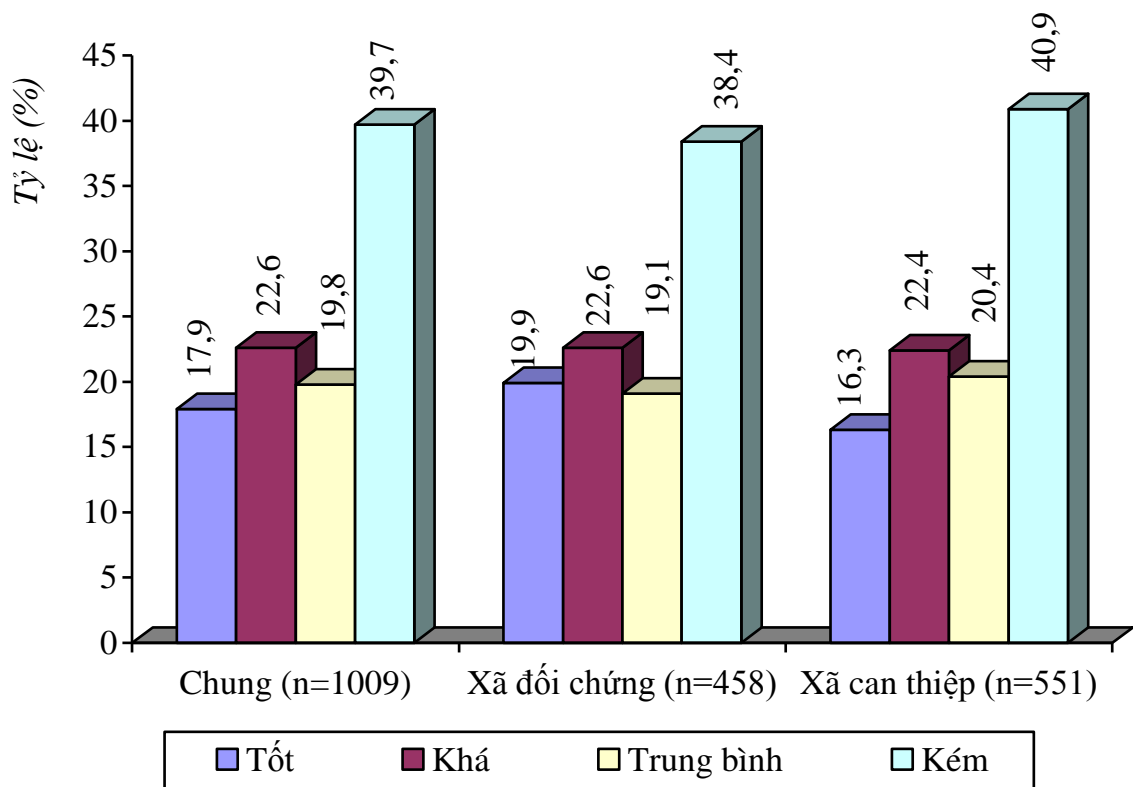
Nhận xét:

Số đối tượng nghiên cứu biết số đo huyết áp của bản thân chiếm tỷ lệ rất thấp (chung hai xã là 14,1%, xã đối chứng là 15,1% và xã can thiệp là 13,2%).

Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp chiếm tỷ lệ thấp (chung hai xã là 15,0%, xã đối chứng là 17,0%, xã can thiệp 13,2%). Trong các dấu hiệu của tăng huyết áp, số người biết dấu hiệu hoa mắt/chóng mặt chiếm tỷ lệ cao

nhất (chung hai xã là 47,2%, xã đối chứng là 48,0%, xã can thiệp là 46,5%), tiếp đến là dấu hiệu con nóng mặt/đỏ mặt (chung hai xã là 28,2%, xã đối chứng là 28,1%, xã can thiệp là 28,3%) và đau đầu (chung hai xã là 27,8%, xã đối chứng là 27,9%, xã can thiệp là 27,8%). Trong các hậu quả của tăng huyết áp, số người biết hậu quả đột quỵ não chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 39,0%, xã đối chứng là 42,1%, xã can thiệp là 36,3%), thấp nhất là hậu quả gây suy gan, suy thận (chung hai xã là 0,7%, xã đối chứng là 0,2%, xã can thiệp là 1,1%).

Tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp của bản thân, hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp, biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.



Z test, $p > 0,05$

Biểu đồ 3.1. Mức độ kiến thức về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá (chung hai xã là 22,6%, xã đối chứng là 22,6%, xã can thiệp là 22,4%) và tốt (chung hai xã là 17,9%, xã đối chứng là 19,9%, xã can thiệp là 16,3%) về khái niệm, dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp chiếm tỷ lệ khá. Số đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém chiếm tỷ lệ tương đối cao (chung hai xã là 39,7%, xã đối chứng là 38,4%, xã can thiệp là 40,9%).

Không có sự khác biệt về mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

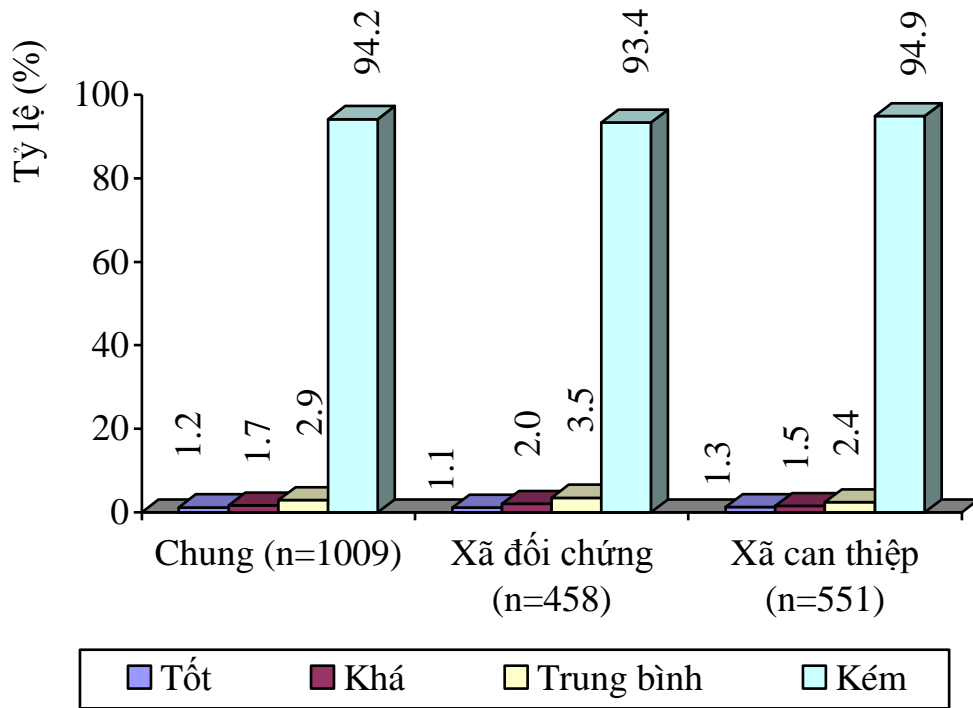
Bảng 3.9. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu với tăng huyết áp ở hai xã

Yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thIỆP (n = 551)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thói quen ăn mặn*	50	5,0	15	3,3	35	6,4	<0,05
Ăn nhiều chất béo*	116	11,5	47	10,3	69	15,1	>0,05
Ăn nhiều đường*	17	1,7	10	2,2	7	1,3	>0,05
Uống nhiều rượu/bia*	130	12,9	57	12,5	73	13,3	>0,05
Hút thuốc lá*	69	6,8	26	5,7	43	7,8	>0,05
Tuổi cao (> 40)*	76	7,5	31	6,8	45	8,2	>0,05
Căng thẳng thần kinh*	28	2,8	11	2,4	17	3,1	>0,05
Ít vận động*	44	4,4	19	4,1	25	4,5	>0,05
Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp*	10	1,0	4	0,9	6	1,1	>0,05

* χ^2 test

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp được người dân biết nhiều nhất là uống nhiều rượu/bia (chung hai xã là 12,9%, xã đối chứng là 12,5%, xã can thiệp là 13,3%) và thấp nhất là yếu tố tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp (chung hai xã là 1,0%, xã đối chứng là 0,9%, xã can thiệp 1,1%).

Đối tượng biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp ở xã đối chứng và can thiệp chiếm tỷ lệ rất thấp và đa số tương đương nhau. Riêng tỷ lệ biết về yếu tố nguy cơ là thói quen ăn mặn ở xã can thiệp (6,4%) cao hơn xã đối chứng (3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Z test, $p > 0,05$

Biểu đồ 3.2. Mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp ở hai xã

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá (chung hai xã là 1,7%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 1,5%) và tốt (chung hai xã là 1,2%, xã đối chứng là 1,1%, xã can thiệp là 1,3%) chiếm tỷ lệ rất thấp. Trong

khi số đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về các yếu tố nguy cơ chiếm đa số (chung hai xã là 94,2%, xã đối chứng là 93,4%, xã can thiệp là 94,9%).

Không có sự khác biệt về mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở hai xã

Khả năng phòng bệnh và biện pháp dự phòng	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được*	674	66,8	349	76,2	325	59,0	<0,001
Biết các biện pháp dự phòng*							
Ăn giảm chất béo	199	19,7	105	22,9	94	18,3	<0,05
Ăn giảm muối	97	9,6	74	16,2	23	4,5	<0,05
Ăn giảm đường	52	5,2	37	8,1	15	2,9	<0,05
Tăng cường rau /quả	113	11,2	68	14,8	45	8,8	<0,05
Không uống rượu bia	146	14,5	95	20,7	51	9,9	<0,05
Không hút thuốc lá	68	6,7	46	10,0	22	4,3	<0,05
Giảm cân nặng	38	3,8	24	5,2	14	2,7	<0,05
Tránh căng thẳng thần kinh	27	2,7	22	4,8	5	1,0	<0,001
Tăng cường thể dục thể thao	130	12,9	75	16,4	55	10,7	<0,05

* χ^2 test

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết THA có thể dự phòng được chung hai xã 66,8%, xã đối chứng 76,2% và 59,0% ở xã can thiệp, trong đó, số người biết biện pháp ăn giảm chất béo chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 19,7%, xã đối chứng là 22,9%, xã can thiệp là 18,3%), thấp nhất là biện pháp tránh căng thẳng thần kinh (chung hai xã là 2,7%, xã đối chứng là 4,8%, xã can thiệp là 1,0%).

Tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã đối chứng cao hơn so với xã can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

Bảng 3.11. Mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở hai xã

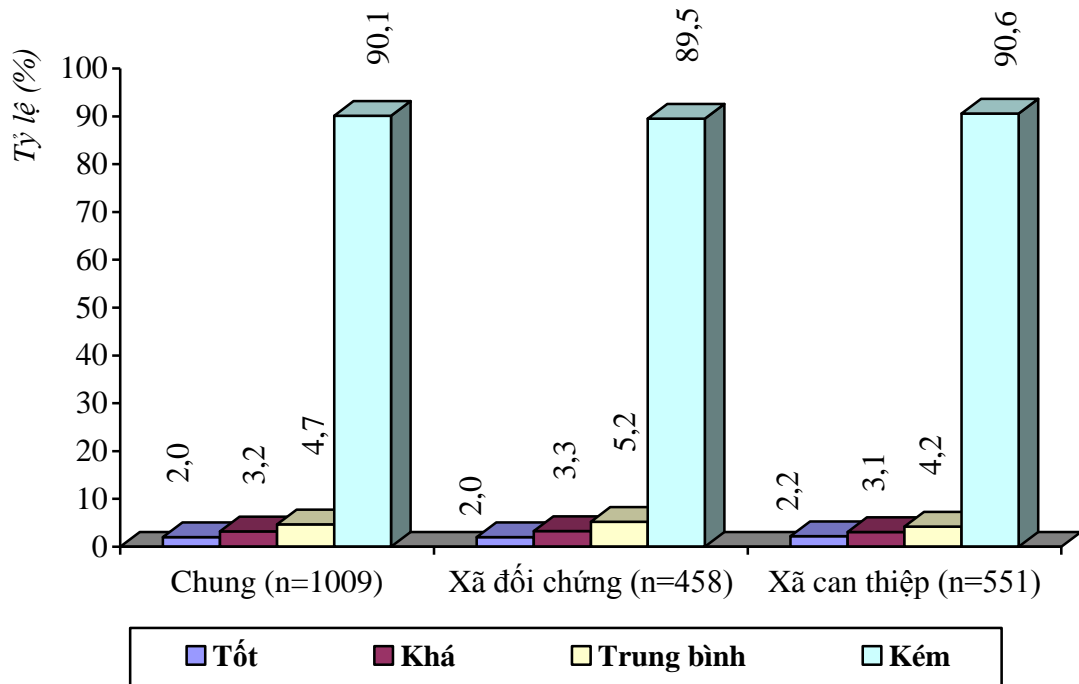
Mức độ kiến thức	Chung (n = 1009)		Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tốt*	12	1,2	9	2,0	3	0,5	<0,05
Khá*	23	2,3	15	3,3	8	1,5	<0,05
Trung bình*	40	4,0	24	5,2	16	2,9	<0,05
Kém*	934	92,5	410	89,5	524	95,1	<0,001

*Z test

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá (chung hai xã là 2,3%, xã đối chứng là 3,3%, xã can thiệp là 1,5%) và tốt (chung hai xã là 1,2%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 0,5%) chiếm rất thấp. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng chiếm đa số (chung hai xã là 93,6%, xã đối chứng là 89,5%, xã can thiệp là 95,1%).

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá, tốt về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở xã đối chứng (3,3% và 2,0%) cao hơn xã can thiệp (1,5% và 0,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng ở xã can thiệp (95,1%) cao hơn so với xã đối chứng (89,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Z test, $p > 0,05$

Biểu đồ 3.3. Mức độ kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về phòng chống tăng huyết áp ở hai xã

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đạt mức khá (chung hai xã là 3,2%, xã đối chứng là 3,3%, xã can thiệp là 3,1%) và tốt (chung hai xã là 2,0%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 2,2% chiếm rất thấp. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém chiếm đa số (chung hai xã là 90,1%, xã đối chứng là 89,5%, xã can thiệp là 90,6%).

Không có sự khác biệt về mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung về tăng huyết áp giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

3.1.5. Thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng tại hai xã An Lão và Đôn Xá, huyện Bình Lục, Hà Nam

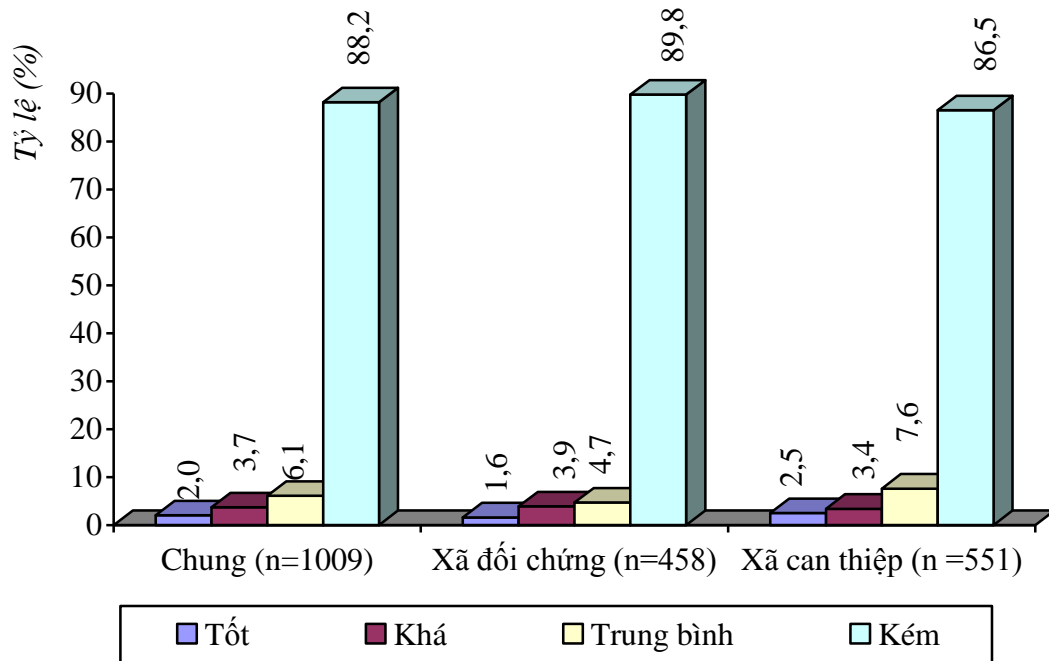
Bảng 3.12. Thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp của người mắc tăng huyết áp

Thực hành phòng chống tăng huyết áp	Chung (n = 246)		Xã đối chứng (n = 128)		Xã can thiệp (n = 118)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Ăn giảm muối*	9	3,7	6	4,7	3	2,5	>0,05
Ăn giảm đường*	8	3,3	5	3,9	3	2,5	>0,05
Tăng cường ăn rau quả*	24	9,8	13	10,2	11	9,3	>0,05
Không uống rượu bia*	12	4,9	7	5,5	5	4,2	>0,05
Không hút thuốc lá*	8	3,3	4	3,1	4	3,4	>0,05
Giảm cân nặng*	1	0,4	1	0,8	0	0	--
Không thức quá khuya*	3	1,2	2	1,6	1	0,8	>0,05
Tránh căng thẳng thần kinh*	5	2,0	3	2,3	2	1,7	>0,05
Uống thuốc huyết áp thường xuyên*	21	8,5	10	7,8	11	9,3	>0,05

* χ^2 test

Nhận xét: Trong số 246 người mắc tăng huyết áp, số người có chế độ ăn tăng cường rau quả chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 9,8%, xã đối chứng là 10,2%, xã can thiệp là 9,3%), thực hiện giảm cân nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (chung hai xã là 0,4%, xã đối chứng là 0,8%, xã can thiệp 0%).

Đối tượng mắc tăng huyết áp thực hành đúng phòng biến chứng tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt giữa hai xã với $p > 0,05$.



Z test, $p > 0,05$

Biểu đồ 3.4. Mức độ thực hành của người mắc tăng huyết áp về phòng biến chứng tăng huyết áp

Nhận xét: Trong tổng số 246 người mắc tăng huyết áp, tỷ lệ người thực hành ở mức khá (chung hai xã 3,7%, xã đối chứng là 3,9%, xã can thiệp là 3,4%) và tốt (chung hai xã là 2,0%, xã đối chứng là 1,6%, xã can thiệp là 2,5%) chiếm rất thấp (3,7% và 2,0%). Trong khi số người thực hành kém về phòng biến chứng tăng huyết áp ở mức kém chiếm tỷ lệ rất cao (chung hai xã là 88,2%, xã đối chứng là 89,8%, xã can thiệp là 86,5%).

Không có sự khác biệt về mức độ thực hành của phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 3.13. Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm có nguy cơ với

tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Tên thực phẩm	Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p	Xã đối chứng (n = 458)		Xã can thiệp (n = 551)		p
	Ăn thường xuyên (hàng ngày, hàng tuần)					Ít hoặc không ăn				
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%	
Dầu, bơ/mỡ động vật*	378	82,5	502	91,1	< 0,001	80	17,5	49	8,9	< 0,001
Thịt và các chế phẩm*	420	91,7	521	94,6	> 0,05	38	8,3	30	5,4	> 0,05
Thức ăn xào, rán*	317	69,2	450	81,7	< 0,001	141	30,8	101	18,3	< 0,001
Các món kho mặn*	276	60,3	301	54,6	> 0,05	182	39,7	250	45,4	> 0,05
Các loại phủ tạng động vật*	101	22,1	118	21,4	> 0,05	357	77,9	433	78,6	> 0,05
Đường và đồ ngọt*	113	24,7	206	37,4	< 0,001	345	75,3	345	62,6	< 0,001

* χ^2 test

Nhận xét:

Số đối tượng nghiên cứu ăn thường xuyên các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao ở cả hai xã đối chứng và xã can thiệp, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thực phẩm thịt và các chế phẩm (91,7% ở xã đối chứng và 94,6% ở xã can thiệp), tiếp đến là nhóm thực phẩm dầu, bơ/mỡ động vật (82,5% ở xã đối chứng và 91,1% ở xã can thiệp), nhóm thức ăn xào, rán (69,2% ở xã đối chứng và 81,7% ở xã can thiệp) và nhóm các loại phủ tạng động vật chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,1% ở xã đối chứng tương đương với xã can thiệp 21,4%).

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ăn thường xuyên các loại thịt và các chế phẩm, các món kho mặn và các loại phủ tạng động vật ở hai xã tương đương nhau. Tuy nhiên tỷ lệ ăn thường xuyên các loại dầu, bơ/ mỡ động vật, thức ăn

xào rán và đường/ đồ ngọt của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp cao hơn xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.14. Lượng tiêu thụ một số thực phẩm trung bình trong một ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở hai xã

Tên thực phẩm	Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Trái cây (g/ngày)*	150,4 ± 108,4	149,3 ± 194,1	> 0,05
Rau xanh (g/ngày)*	334,3 ± 215,8	322,3 ± 208,3	> 0,05
Củ quả làm rau (g/ngày)*	138,3 ± 186,1	97,3 ± 140,0	> 0,05

*Mann - Whitney U test

Nhận xét: Trong số các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp, lượng rau trung bình được đối tượng nghiên cứu tiêu thụ nhiều nhất (xã đối chứng là 334,3 ± 215,8), xã can thiệp là 322,3 ± 208,3). Lượng củ quả làm rau được tiêu thụ ít nhất (xã đối chứng là 138,3 ± 186,1, xã can thiệp là 97,3 ± 140,0).

Không có sự khác biệt về lượng tiêu thụ trái cây, rau xanh, củ quả làm rau giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 3.15. Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu

Tên hoạt động tĩnh tại	Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
	($\bar{X} \pm SD$) (phút/ngày)	($\bar{X} \pm SD$) (phút/ngày)	
Xem ti vi*	93,7 ± 65,0	99,5 ± 73,2	> 0,05
Nói chuyện với mọi người/nói chuyện qua điện thoại*	22,6 ± 18,03	28,8 ± 30,8	> 0,05
Đọc sách/học tập/nghiên cứu*	35,8 ± 31,4	42,3 ± 40,9	> 0,05
Xem internet/chơi game*	23,5 ± 13,2	29,3 ± 31,01	> 0,05

*Mann - Whitney U test

Nhận xét: Thời gian xem tivi trung bình trong một ngày của đối tượng nghiên cứu là nhiều nhất (xã đối chứng là $93,7 \pm 65,0$, xã can thiệp là $99,5 \pm 73,2$) và thấp nhất là thời gian xem internet/chơi game (xã đối chứng là $23,5 \pm 13,2$, xã can thiệp là $29,3 \pm 31,01$).

Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình trong một ngày ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

3.2.1. Kết quả xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Nhóm nghiên cứu đã xây dựng được mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại địa bàn can thiệp cụ thể là:

- Thành lập được Ban chỉ đạo tuyến huyện, xã dựa trên nguồn lực sẵn có (*Hộp 21.1 - Phụ lục 21*).

- Phân công trách nhiệm cho người tham gia mô hình phòng chống THA tại cộng đồng:

- + UBND xã cùng với trạm y tế hỗ trợ, theo dõi, giám sát việc thực hiện TTGDDD phòng chống tăng huyết áp của cán bộ y tế thôn.

- + Trạm y tế xã kiểm tra, theo dõi tình trạng HA của người dân và cùng với y tế thôn thực hiện TTGDDD.

- + Cán bộ y tế thôn/xóm kiểm tra, theo dõi tình trạng HA của người dân và hướng dẫn, xử lý ban đầu những trường hợp.

- + Người dân báo cáo biểu hiện bất thường về HA của người dân và thực hiện tốt theo hướng dẫn phòng chống THA.

3.2.2. Kết quả triển khai mô hình

3.2.2.1. Kết quả xác định nhu cầu truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Các ý kiến của đối tượng nghiên cứu đều cho rằng cần phải truyền thông giáo dục dinh dưỡng để nâng cao hiểu biết về phòng chống tăng huyết áp (*Hộp 21.2 - Phụ lục 21*).

Từ kết quả của các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và kết quả định lượng về thực trạng kiến thức, thực hành về bệnh THA của người dân ở trên chúng tôi thấy nổi bật lên hai vấn đề:

- Kiến thức của người dân về bệnh tăng huyết áp còn nhiều hạn chế.
- Thực hành về dự phòng và phòng biến chứng THA còn yếu.

Vì vậy chúng tôi đã lựa chọn và biên soạn nội dung truyền thông phù hợp với thực tế.

3.2.2.2. Kết quả phát triển tài liệu truyền thông

Tài liệu truyền thông là cuốn sách nhỏ có bài viết tăng huyết áp và tờ rơi chế độ ăn hợp lý để phòng chống tăng huyết áp, được người dân đánh giá cao về giá trị nội dung, đa số người dân đọc và hiểu rõ nội dung (*Hộp 21.3 - Phụ lục 21*).

3.2.2.3. Kết quả đào tạo cán bộ tham gia hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Trước can thiệp, các ý kiến đều cho rằng: các cán bộ hay người dân tham gia hoạt động can thiệp phòng chống tăng huyết áp nói riêng cần được đào tạo để có kiến thức và kỹ năng truyền thông (*Hộp 21.4 - Phụ lục 21*).

Những người tham gia được đào tạo nâng cao kiến thức về phòng chống THA, kỹ năng về truyền thông giáo dục dinh dưỡng, kỹ năng tư vấn sức khỏe nhằm cải thiện các yếu tố nguy cơ THA cho người dân tại cộng đồng: Nhóm nghiên cứu đã tổ chức 5 đợt tập huấn cho cán bộ y tế của trạm y tế xã, các trưởng thôn, các cán bộ y tế thôn của xã An Lão về kỹ năng truyền thông, kỹ

năng tư vấn sức khỏe và các nội dung về nguy cơ, hậu quả và một số biện pháp phòng chống tăng huyết áp (*Hộp 21.5 - Phụ lục 21*).

3.2.2.4. *Kết quả thực hiện truyền thông giáo dục dinh dưỡng*

Các hoạt động truyền thông đã được thực hiện:

+ Phát cuốn sách nhỏ có bài viết về tăng huyết áp và tờ rơi về chế độ ăn hợp lý để phòng chống tăng huyết áp cho từng hộ gia đình.

+ Truyền thông tại hộ gia đình: Đến từng hộ gia đình hướng dẫn sử dụng cuốn sách mỏng và tờ rơi đồng thời tư vấn theo nội dung trong tài liệu truyền thông.

+ Truyền thông trên loa phát thanh của xã mỗi tuần một ngày, phát 2 lần vào 5^h30 phút sáng và 17^h30 phút chiều do nghiên cứu sinh, Ban văn hóa của xã thực hiện (sử dụng tài liệu cuốn sách mỏng có bài viết về tăng huyết áp).

Các ý kiến từ các cuộc phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm đều cho rằng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng là phù hợp và được người dân chấp nhận (*Hộp 21.6 - Phụ lục 21*).

Sự phù hợp của hoạt động can thiệp còn thể hiện ở chỗ các hoạt động TTGDDD đáp ứng nhu cầu thực tế hiện nay trong phong trào xây dựng nông thôn mới, thu hút được chính quyền và nhiều ban ngành, đoàn thể tham gia (*Hộp 21.6 - Phụ lục 21*).

3.2.2.5. *Kết quả khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động truyền thông*

Sau can thiệp, các ý kiến của đối tượng nghiên cứu đều cho rằng hoạt động truyền thông cần được duy trì và nhân rộng (*Hộp 21.7 - Phụ lục 21*).

3.2.3. Hiệu quả cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại xã An Lão của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

3.2.3.1. Thay đổi kiến thức, thực hành về tăng huyết áp nhằm phòng chống tăng huyết áp của người dân

Trước can thiệp, kiến thức, thực hành của người dân còn nhiều hạn chế (Hộp 21.8 - Phụ lục 21).

Sau một năm can thiệp, người dân đã có thay đổi không chỉ là kiến thức được tăng lên mà cả thực hành phòng chống tăng huyết áp được dân thực hiện tốt hơn (Hộp 21.9 - Phụ lục 21).

3.2.3.2. Hiệu quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng về tăng huyết áp trên các chỉ số một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

* Sự thay đổi kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.16. Sự thay đổi về kiến thức số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, các dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Biết số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả về tăng huyết áp	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) n = 458		Sau can thiệp (2) n = 458		Trước can thiệp (3) n = 551		Sau can thiệp (4) n = 551				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Biết số đo huyết áp của bản thân	69	15,1	75	16,4	73	13,2	118	21,4	>0,05	<0,05	27,0
Hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp*	78	17,0	83	18,1	73	13,2	321	58,3	>0,05	<0,001	335,2
Biết dấu hiệu của THA*											
Đau đầu	128	27,9	180	39,3	153	27,8	485	88,0	>0,05	<0,001	175,6
Hoá mắt/chóng mắt	220	48,0	256	55,9	256	46,5	354	64,2	>0,05	<0,05	21,6

Đau ngực	10	2,2	11	2,4	22	4,0	221	40,1	>0,05	<0,001	893,4
Con nóng mặt /đỏ mặt	129	28,1	170	37,1	156	28,3	412	74,8	>0,05	<0,001	132,3
Biết hậu quả của tăng huyết áp*											
Đột quy não/Tai biến mạch máu não	193	42,1	253	55,2	200	36,3	527	95,6	>0,05	<0,001	133,3
Suy tim/bệnh tim mạch	50	10,9	61	11,1	67	12,2	219	39,7	>0,05	<0,001	223,6
Biến chứng mắt	8	1,7	45	9,8	8	1,5	103	18,7	>0,05	<0,001	670,1
Suy gan, suy thận	1	0,2	3	0,7	6	1,1	182	33,0	>0,05	<0,001	22,7
Tử vong	69	15,1	82	17,9	101	18,3	376	68,2	>0,05	<0,001	254,1

* χ^2 test

Nhận xét:

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp của bản thân ở hai xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuy nhiên sau can thiệp, tỷ lệ này tăng lên ở cả hai xã nhưng xã can thiệp (21,4%) tăng nhiều hơn xã đối chứng (16,4%) và tăng lên so với trước can thiệp (13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 27,0%.

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp và biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp và biết các dấu hiệu của tăng huyết áp và hậu quả của tăng huyết áp tăng lên không đáng kể so với trước can thiệp.

Tại xã can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp sau can thiệp (58,3%) cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp (13,2%) và so với xã đối chứng (18,3%). Hiệu quả can thiệp (HQCT) đạt 335,2%.

- Tỷ lệ đối tượng biết các dấu hiệu của tăng huyết áp ở xã can thiệp cao hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt từ 21,6% - 893,4% tùy theo từng dấu hiệu của tăng huyết áp.

- Tỷ lệ đối tượng biết hậu quả của tăng huyết áp ở xã can thiệp cao hơn rõ rệt so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. HQCT đạt từ 22,7% - 255,1% tùy theo từng dấu hiệu tăng huyết áp.

Bảng 3.17. Sự thay đổi mức độ kiến thức về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Mức độ kiến thức	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tốt*	91	20,0	94	20,5	90	16,3	173	31,4	>0,05	< 0,001	90,1
Khá*	103	22,6	165	36,0	124	22,4	257	46,6	>0,05	< 0,001	48,7
Trung bình*	87	19,1	103	22,5	113	20,4	105	19,1	>0,05	> 0,05	- 24,2
Kém*	175	38,4	96	21,0	226	40,9	16	2,9	>0,05	<0,001	- 47,6

*Z test

Nhận xét:

Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém, trung bình, khá, tốt về số đo huyết áp của bản thân, khái niệm, dấu hiệu và hậu quả tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt (36,0% và 20,5%) có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ kiến thức khá, tốt (46,6% và 31,4%) tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp (22,4% và 16,3%) và cao hơn so với xã đối chứng (36,0% và 20,5%), sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp tới mức kiến thức khá và tốt về khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của THA là 48,7% và 90,1%.

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 40,9% xuống còn 2,9%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 38,4% xuống 21,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.18. Sự thay đổi kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Thói quen ăn mặn*	15	3,3	103	22,5	35	6,4	468	84,9	<0,05	<0,001	644,8
Ăn nhiều chất béo*	47	10,3	86	18,8	69	15,1	267	48,5	>0,05	<0,001	138,7
Ăn nhiều đường*	10	2,2	45	9,8	7	1,3	99	18,0	>0,05	<0,001	939,2
Uống nhiều rượu/bia*	57	12,5	106	23,1	73	13,3	414	75,1	>0,05	<0,001	379,9
Hút thuốc lá*	26	5,7	62	13,5	43	7,8	376	68,2	>0,05	<0,001	637,5
Tuổi cao (> 40)*	31	6,8	58	12,7	45	8,2	304	55,2	>0,05	<0,001	486,4
Căng thẳng thần kinh*	11	2,4	54	11,8	17	3,1	234	42,5	>0,05	<0,001	879,3
Ít vận động*	19	4,1	35	7,6	25	4,5	94	17,1	>0,05	<0,001	194,6
Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp*	4	0,9	7	1,5	6	1,1	58	10,5	>0,05	<0,05	787,8

* χ^2 test

Nhận xét: Trước can thiệp: Đối tượng biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp ở xã đối chứng và can thiệp chiếm tỷ lệ rất thấp và đa số tương đương nhau. Riêng tỷ lệ biết về yếu tố nguy cơ là thói quen ăn mặn ở xã can thiệp (6,4%) cao hơn xã đối chứng (3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp và cao hơn rất nhiều so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt từ 138,7% - 939,2% tùy theo từng yếu tố nguy cơ.

Bảng 3.19. Sự thay đổi mức độ kiến thức về các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Mức độ kiến thức	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2)(n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tốt*	5	1,1	51	11,1	7	1,3	83	15,1	>0,05	>0,05	152,4
Khá*	9	2,0	63	13,8	8	1,5	98	17,8	>0,05	>0,05	497,0
Trung bình*	16	3,5	78	17,0	13	2,4	121	22,0	>0,05	>0,05	431,0
Kém*	428	93,4	266	58,1	523	94,9	249	45,1	>0,05	<0,05	- 14,7

*Z test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém, trung bình, khá, tốt về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt về các yếu tố nguy cơ có xu hướng tăng lên. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này tăng lên nhiều (17,8% và 15,1%) so với trước can thiệp (1,5% và 1,3%) và cao hơn so với xã đối chứng (13,8% và 11,1%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở hai xã đối chứng và can thiệp với $p > 0,05$. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá và tốt về các yếu tố nguy cơ đạt 497,0% và 152,4%.

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức kém về các yếu tố nguy cơ giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 94,9% xuống còn 45,1%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 93,4% xuống còn 58,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.20. Sự thay đổi kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp

Khả năng phòng bệnh và biện pháp dự phòng	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n= 458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được	349	76,2	382	83,4	325	59,0	504	91,5	<0,001	<0,001	45,7
Biết các biện pháp dự phòng											
Ăn giảm chất béo*	105	22,9	114	24,9	94	18,3	417	75,7	<0,05	<0,001	304,9
Ăn giảm muối*	74	16,2	90	19,7	23	4,5	393	71,3	<0,05	<0,001	146,3
Ăn giảm đường*	37	8,1	41	9,0	15	2,9	232	42,1	<0,05	<0,001	134,6
Tăng cường rau /quả*	68	14,8	74	16,2	45	8,8	434	78,8	<0,05	<0,001	786,0
Không uống rượu bia*	95	20,7	97	21,2	51	9,9	439	79,7	<0,05	<0,001	702,6
Không hút thuốc lá*	46	10,0	49	10,7	22	4,3	395	71,7	<0,05	<0,001	156,4
Giảm cân nặng*	24	5,2	27	5,9	14	2,7	282	51,2	<0,05	<0,001	178,3
Tránh căng thẳng thần kinh*	22	4,8	25	5,5	5	1,0	212	38,5	<0,001	<0,001	373,5
Tăng cường thể dục thể thao*	75	16,4	84	18,3	55	10,7	374	67,9	<0,05	<0,001	523,0

* χ^2 test

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã đối chứng cao hơn so với xã can thiệp, sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Tuy nhiên sau một năm, tỷ lệ này tăng lên không đáng kể so với trước can thiệp.

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được và biết các biện pháp dự phòng ở xã can thiệp (91,5%) tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp (59,0%).

Sau can thiệp, tỷ lệ này ở xã can thiệp cũng tăng cao hơn hẳn so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. HQCT đạt từ 45,7% - 786,0% tùy theo từng biện pháp dự phòng tăng huyết áp.

Bảng 3.21. Sự thay đổi mức độ kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Mức độ kiến thức	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tốt*	9	2,0	36	7,9	3	0,5	64	11,6	<0,05	< 0,05	1925
Khá*	15	3,3	47	10,3	8	1,5	98	17,8	<0,05	<0,001	874,5
Trung bình*	24	5,2	95	20,7	16	2,9	152	27,6	<0,05	<0,05	553,6
Kém*	410	89,5	280	61,1	524	95,1	237	43,0	<0,001	< 0,001	- 23,1

*Z test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá, tốt về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp ở xã đối chứng cao hơn xã can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng ở xã can thiệp (95,1%) cao hơn so với xã đối chứng (89,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt về các biện pháp dự phòng có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này tăng lên nhiều (17,8% và 11,6%) so với trước can thiệp (1,5% và 0,5%) và so với xã đối chứng (10,3% và 7,9%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá và tốt về các biện pháp dự phòng THA đạt 874,5% và 1925,0%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 95,1% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống còn 61,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$.

Bảng 3.22. Sự thay đổi mức độ kiến thức chung về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

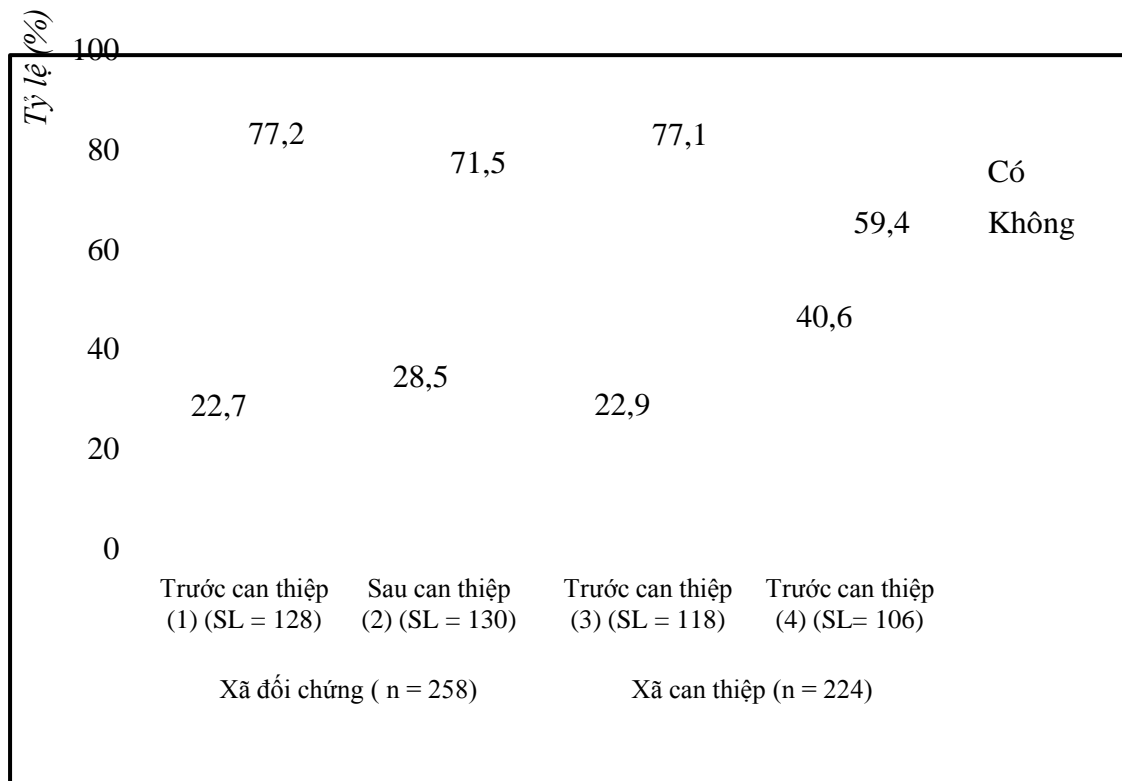
Mức độ kiến thức	Xã đối chứng				Xã can thiệp				p _{1,3}	p _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tốt*	9	2,0	15	3,3	12	2,2	85	15,4	>0,05	<0,001	535,0
Khá*	15	3,3	19	4,1	17	3,1	97	17,6	>0,05	<0,001	443,5
Trung bình*	24	5,2	32	7,0	23	4,2	132	24,0	>0,05	<0,001	436,8
Kém*	410	89,5	392	85,6	499	90,6	237	43,0	>0,05	<0,001	- 48,2

*Z test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém, trung bình, khá, tốt ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này (17,6% và 15,4%) tăng lên nhiều so với trước can

thiếp (3,1% và 2,2%) và so với xã đối chứng (4,1% và 3,3%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt là 443,5% và 535,0%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 90,6% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống 85,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



χ^2 test ; $p_{1,2} > 0,05$; $p_{2,4} < 0,05$; HQCT(%) = 51,7

Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi về tỷ lệ đối tượng nghiên cứu điều trị tăng huyết áp

Nhận xét:

Trước can thiệp, đối tượng nghiên cứu mắc tăng huyết áp có điều trị tăng huyết áp ở xã đối chứng (22,7%) và xã can thiệp (22,9%) không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, đối tượng mắc tăng huyết áp ở xã can thiệp có điều trị tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 40,6%, cao hơn nhóm đối chứng (28,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 51,7 %.

Bảng 3.23. Sự thay đổi về thực hành điều trị THA của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp điều trị tăng HA	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=128)		Sau can thiệp (2) (n=130)		Trước can thiệp (3) (n=118)		Sau can thiệp (4) (n=106)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Sử dụng thuốc điều trị*											
Uống thuốc theo đơn bác sĩ	37	28,9	42	32,3	27	22,9	26	24,5	>0,05	<0,001	4,8
Dùng thuốc nam/YHCT	3,0	2,3	3,0	2,3	1,0	1,0	7	6,6	>0,05	<0,05	560,0
Tần suất đo huyết áp theo dõi*											
Hàng ngày	4	3,1	7	5,4	3	2,5	9	7,0	>0,05	>0,05	-105,8
Hàng tháng	6	4,7	11	8,5	7	5,9	35	33,0	>0,05	<0,05	394,4
Thỉnh thoảng/ không đo	118	92,2	112	86,2	106	89,8	62	58,5	>0,05	>0,05	14,4

* χ^2 test

Nhận xét:

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp điều trị tăng huyết áp bằng uống thuốc theo đơn bác sĩ đã tăng lên (24,5%) so với trước can thiệp (22,9%). Trong khi đó ở nhóm đối chứng, trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị mắc tăng huyết áp ở xã đối chứng có uống thuốc theo đơn của bác sĩ chiếm 28,9% và sau một năm tỷ lệ này tăng lên và đạt 32,3%. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp đạt 4,8%.

Sau can thiệp, tần suất theo dõi huyết áp hàng tháng ở xã can thiệp chiếm tỷ lệ 33,0%, cao hơn so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả can thiệp đạt 394,4%.

Bảng 3.24. Sự thay đổi thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp

Thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=128)		Sau can thiệp (2) (n=130)		Trước can thiệp (3) (n=118)		Sau can thiệp (4) (n=106)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Ăn giảm muối*	6	4,7	9	6,9	3	2,5	25	23,6	>0,05	<0,001	797,2
Ăn giảm đường*	5	3,9	21	16,2	3	2,5	31	29,2	>0,05	<0,001	752,6
Tăng cường ăn rau quả*	13	10,2	15	11,5	11	9,3	32	30,2	>0,05	<0,05	212,0
Không uống rượu bia*	7	5,5	5	3,8	5	4,2	5	4,7	>0,05	>0,05	-19,0
Không hút thuốc lá*	4	3,1	2	1,5	4	3,4	5	4,7	>0,05	>0,05	-13,4
Giảm cân nặng*	1	0,8	24	18,5	0	0	39	36,8	---	<0,001	---
Không thức quá khuya*	2	1,6	12	9,2	1	0,8	20	18,9	>0,05	<0,05	1787,5
Tránh căng thẳng thần kinh*	3	2,3	1	0,8	2	1,7	11	10,4	>0,05	<0,05	446,5
Uống thuốc huyết áp thường xuyên*	10	7,8	15	11,5	11	9,3	18	17,0	>0,05	>0,05	35,4

* χ^2 test

Nhận xét:

Trước can thiệp, đối tượng mắc tăng huyết áp thực hành đúng phòng biến chứng tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt giữa hai xã với $p > 0,05$.

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng mắc tăng huyết áp thực hành đúng phòng biến chứng tăng huyết áp về uống thuốc huyết áp thường xuyên, tăng cường rau quả, ăn giảm đường, giảm muối, tránh căng thẳng thần kinh, không thức quá khuya ở xã can thiệp cao hơn so với xã đối chứng. HQCT = 35,4% - 1787,5%.

Sau can thiệp, thực hành về không uống rượu, bia; không hút thuốc lá và thực hiện uống thuốc huyết áp thường xuyên không có sự khác biệt giữa hai xã với $p > 0,05$.

Bảng 3.25. Sự thay đổi mức độ thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp

Mức độ kiến thức	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=128)		Sau can thiệp (2) (n=130)		Trước can thiệp (3) (n=118)		Sau can thiệp (4) (n=106)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tốt*	2	1,6	7	5,4	3	2,5	14	13,2	>0,05	< 0,05	190,5
Khá*	5	3,9	8	6,2	4	3,4	21	19,8	>0,05	< 0,001	423,4
Trung bình*	6	4,7	10	7,7	9	7,6	35	33,0	>0,05	< 0,001	270,4
Kém*	115	89,8	105	81,0	102	86,5	36	34,0	>0,05	< 0,001	- 50,9

*Z test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng mắc tăng huyết áp có thực hành ở mức kém, trung bình, khá, tốt về phòng biến chứng tăng huyết áp của đối tượng mắc tăng huyết áp ở xã đối chứng và xã can thiệp tương đương nhau.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp đạt mức khá, tốt có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này (19,8% và 13,2%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,4% và 2,5%) và so với xã đối chứng (6,2% và 5,4%), sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá, tốt về thực hành phòng biến chứng THA đạt 423,4% và 190,5%.

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có thực hành ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 86,5% xuống còn 34,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,8% xuống 81,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.26. Sự thay đổi về tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp ở hai xã

Yếu tố nguy cơ	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n = 458)		Sau can thiệp (2) (n = 458)		Trước can thiệp (3) (n = 458)		Sau can thiệp (4) (n = 551)				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Hút thuốc lá*	310	67,7	246	53,7	347	63,0	145	26,3	>0,05	<0,001	37,6
Uống rượu bia*	119	26,0	86	18,8	115	20,9	80	14,5	>0,05	>0,05	2,9
Ăn mặn*	108	23,6	97	21,2	122	22,1	62	11,3	>0,05	<0,001	38,7
Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25)*	31	6,8	29	6,3	28	5,1	18	3,3	>0,05	<0,05	27,9
Ăn ít rau, củ, quả*	272	59,4	243	53,1	337	61,2	167	30,3	>0,05	<0,001	39,9
Ít hoạt động thể lực	255	55,7	201	43,9	292	53,0	146	22,9	>0,05	<0,001	35,6

* χ^2 test

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn ít rau, củ, quả; ít hoạt động thể lực; ăn mặn và thừa cân; béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT với yếu tố rau, củ, quả đạt cao nhất 39,9%, yếu tố uống rượu/bia đạt HQCT thấp nhất (2,9%), $p > 0,05$.

Bảng 3.27. Tần suất tiêu thụ một số thực phẩm có nguy cơ đối với tăng huyết áp sau can thiệp

Tên thực phẩm	Xã đối chứng		Xã can thiệp		p	Xã đối chứng		Xã can thiệp		p
	Ăn thường xuyên (hàng ngày, hàng tuần)					Ít hoặc không ăn				
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%	
Dầu, bơ/ mỡ động vật*	448	97,8	424	77,0	<0,05	10	2,2	127	23,0	<0,001
Thịt và các chế phẩm*	440	96,1	528	95,9	>0,05	18	3,9	23	4,1	>0,05
Thức ăn xào, rán*	369	80,6	429	77,8	<0,05	89	19,4	122	22,2	<0,05
Các món kho mặn*	248	54,1	171	31,1	<0,05	210	45,9	380	68,9	<0,05
Các loại phủ tạng động vật*	56	12,2	28	5,1	<0,05	402	87,8	523	94,9	<0,05
Đường và đồ ngọt*	87	19,0	117	21,2	>0,05	371	81,0	434	78,8	>0,05

* χ^2 test

Nhận xét:

Sau can thiệp số đối tượng nghiên cứu ăn các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp ở xã can thiệp giảm nhiều hơn so với xã đối chứng, trong đó giảm nhiều nhất là nhóm thức ăn dầu, bơ, mỡ động vật (77,0% ở xã can thiệp so với 97,8% ở xã đối chứng), tiếp đến là nhóm thức ăn kho mặn (54,1% ở xã can thiệp so với 31,1% ở xã đối chứng).

Bảng 3.28. Sự thay đổi về lượng tiêu thụ thuốc lá, rượu bia của đối tượng nghiên cứu

Tên thực phẩm		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thuốc lá (điều/ ngày) *	Trước can thiệp	1,9 ± 5,8	1,6 ± 5,4	> 0,05
	Sau can thiệp	1,7 ± 5,0	1,1 ± 2,7	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Rượu (ml/ngày) *	Trước can thiệp	18,2 ± 65,1	11,5 ± 44,7	> 0,05
	Sau can thiệp	14,5 ± 49,3	9,8 ± 27,3	> 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Bia (ml/ngày) *	Trước can thiệp	46,1 ± 181,0	31,2 ± 143,5	> 0,05
	Sau can thiệp	28,0 ± 125,0	12,3 ± 73,4	> 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

*Mann - Whitney U test

Nhận xét:

Trước can thiệp, không có sự khác biệt về lượng tiêu thụ thuốc lá, rượu bia trung bình ở xã đối chứng và can thiệp với $p > 0,05$.

Sau can thiệp, lượng tiêu thụ thuốc lá và bia trung bình ở xã can thiệp ($1,07 \pm 2,7$ và $31,15 \pm 143,5$) giảm so với trước can thiệp ($1,6 \pm 5,4$ và $12,3 \pm 73,4$) và giảm hơn so với xã đối chứng ($1,7 \pm 5,0$ và $28,0 \pm 125,0$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp, lượng tiêu thụ rượu trung bình ở xã can thiệp ($9,8 \pm 27,3$) giảm so với trước can thiệp ($11,5 \pm 44,7$) và giảm hơn so với xã đối chứng ($18,2 \pm 65,1$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa xã can thiệp và xã đối chứng với $p > 0,05$.

Bảng 3.29. Lượng tiêu thụ một số thực phẩm trung bình trong một ngày góp phần phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Tên thực phẩm		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Trái cây (g/ngày)*	Trước can thiệp	150,4 ± 108,4	149,3 ± 194,1	> 0,05
	Sau can thiệp	192,6 ± 149,2	315,1 ± 149,2	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Rau xanh (g/ngày)*	Trước can thiệp	334,3 ± 215,8	322,3 ± 208,3	> 0,05
	Sau can thiệp	343,9 ± 177,0	381,01 ± 194,2	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Củ quả làm rau (g/ngày)*	Trước can thiệp	138,3 ± 186,1	97,3 ± 140,0	> 0,05
	Sau can thiệp	119,6 ± 245,9	145,3 ± 106,9	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

*Mann - Whitney U test

Nhận xét:

Trước can thiệp, không có sự khác biệt về lượng tiêu thụ trái cây, rau xanh, củ quả làm rau giữa xã đối chứng và xã can thiệp ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp ở xã can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, trong đó lượng thực phẩm tăng nhiều nhất là rau xanh ($381,01 \pm 194,2$ trước can thiệp so với $322,3 \pm 208,3$ sau can thiệp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.30. Tần suất hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu

Loại hoạt động thể lực	Xã đối chứng				Xã can thiệp				p _{1,3}	p _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Làm việc nhà*	102	22,3	161	35,2	127	23,0	251	45,5	>0,05	<0,001	40,0
Đi bộ*	58	12,7	92	20,1	73	13,2	148	26,8	>0,05	<0,05	45,8
Đạp xe*	13	2,8	22	4,8	23	4,2	76	13,8	>0,05	<0,001	157,1
Chạy*	89	19,4	97	21,2	100	18,1	153	27,8	>0,05	<0,05	44,3
Cầu lông/tennis/đá bóng*	3	0,7	5	1,1	1	0,2	4	0,8	>0,05	>0,05	242,9

* χ^2 test

Nhận xét:

Trước can thiệp, thời gian hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, thời gian hoạt động thể lực bằng hình thức làm việc nhà, chạy, đi bộ, đạp xe ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và tăng hơn rõ rệt so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt lần lượt là 40,0%, 44,3%, 45,8%, 157,1%. Riêng tỷ lệ hoạt động thể lực bằng chơi cầu lông/tennis ở xã can thiệp tăng lên rõ rệt so với trước can thiệp nhưng không có sự khác biệt so với xã đối chứng ($p > 0,05$), hiệu quả can thiệp đạt 242,9%.

Bảng 3.31. Thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình/ngày trong tuần qua của đối tượng nghiên cứu

Tên hoạt động tĩnh tại		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		($\bar{X} \pm SD$) (phút/ngày)	($\bar{X} \pm SD$) (phút/ngày)	
Xem ti vi*	Trước can thiệp	93,7 ± 65,0	99,5 ± 73,2	> 0,05
	Sau can thiệp	106,3 ± 73,3	79,1 ± 54,5	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Nói chuyện với mọi người/nói chuyện qua điện thoại*	Trước can thiệp	22,6 ± 18,0	28,8 ± 30,8	> 0,05
	Sau can thiệp	19,73 ± 16,9	15,2 ± 26,3	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Đọc sách/học tập/nghiên cứu*	Trước can thiệp	35,8 ± 31,4	42,3 ± 40,9	> 0,05
	Sau can thiệp	38,1 ± 34,1	32,1 ± 28,8	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Xem internet/chơi game*	Trước can thiệp	23,5 ± 13,2	29,3 ± 31,0	> 0,05
	Sau can thiệp	19,8 ± 16,1	12,8 ± 10,6	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

*Mann - Whitney U test

Nhận xét:

Trước can thiệp, thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, thời gian hoạt động tĩnh tại ở xã can thiệp đã giảm xuống rõ rệt và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.32. Sự thay đổi về mức độ tìm hiểu thông tin về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Tìm hiểu về bệnh THA	Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
	Trước can thiệp (1)		Sau can thiệp (2)		Trước can thiệp (3)		Sau can thiệp (4)				
	(n = 458)		(n = 458)		(n = 551)		(n = 551)				
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tìm hiểu thông tin về THA*											
Thường xuyên	243	53,1	401	87,5	374	67,9	515	93,5	> 0,05	< 0,001	27,1
Không thường xuyên	215	46,9	57	12,5	177	32,1	36	6,5			

* χ^2 test

Nhận xét:

Trước can thiệp, mức độ tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp và xã đối chứng không có sự khác biệt $p > 0,05$.

Sau can thiệp, mức độ tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp đã tăng lên ở cả 2 xã đối chứng và can thiệp. Tuy nhiên tỷ lệ này ở xã can thiệp cao hơn xã đối chứng (93,5% so với 87,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt 27,1%.

* Sự thay đổi về chỉ số nhân trắc, BMI, huyết áp, tỷ lệ tăng huyết áp, của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp.

Bảng 3.33. Sự thay đổi về chỉ số nhân trắc và BMI của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Cân nặng*	Trước can thiệp	50,0 ± 7,7	49,7 ± 7,9	> 0,05
	Sau can thiệp	50,7 ± 8,0	48,7 ± 6,6	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
BMI*	Trước can thiệp	21,0 ± 2,6	20,5 ± 2,6	> 0,05
	Sau can thiệp	20,3 ± 3,3	19,76 ± 3,0	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
Vòng bụng (VB)*	Nam trước can thiệp	76,16 ± 8,05	76,06 ± 7,74	> 0,05
	Nam sau can thiệp	78,05 ± 8,50	74,13 ± 6,79	<0,001
	p	> 0,05	< 0,05	
	Nữ trước can thiệp	75,46 ± 7,99	73,41 ± 7,78	> 0,05
	Nữ sau can thiệp	76,05 ± 9,16	70,72 ± 6,49	<0,001
	p	> 0,05	< 0,05	
Vòng hông (VM)*	Nam trước can thiệp	87,34 ± 6,64	88,37 ± 5,11	> 0,05
	Nam sau can thiệp	87,85 ± 3,93	85,43 ± 11,37	<0,05
	p	> 0,05	< 0,05	
	Nữ trước can thiệp	86,81 ± 5,6	86,54 ± 5,16	> 0,05
	Nữ sau can thiệp	86,40 ± 6,45	85,39 ± 8,25	< 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
Tỷ lệ VB/VM*	Nam trước can thiệp	0,87 ± 0,07	0,89 ± 0,11	> 0,05
	Nam sau can thiệp	0,89 ± 0,11	0,87 ± 0,45	> 0,05
	p	>0,05	< 0,05	
	Nữ trước can thiệp	0,87 ± 0,08	0,91 ± 0,54	< 0,001
	Nữ sau can thiệp	0,91 ± 0,54	0,87 ± 0,45	< 0,05
	p	> 0,05	< 0,05	

* t- test

Nhận xét:

Trước can thiệp: cân nặng trung bình, chỉ số BMI, tỷ lệ VB/VM ở xã đối chứng và can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau can thiệp: cân nặng trung bình, chỉ số BMI, tỷ lệ VB/VM ở xã can thiệp đều giảm hơn so với trước can thiệp và giảm hơn so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.34. Sự thay đổi về chỉ số huyết áp trung bình của đối tượng nghiên cứu

Huyết áp trung bình		Xã đối chứng (n = 458)	Xã can thiệp (n = 551)	P
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Huyết áp tâm thu *	Trước can thiệp	127,8 ± 19,7	125,4 ± 19,3	> 0,05
	Sau can thiệp	126,1 ± 18,7	122,0 ± 19,5	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	
Huyết áp tâm trương *	Trước can thiệp	74,9 ± 11,9	77,5 ± 40,3	> 0,05
	Sau can thiệp	78,2 ± 12,2	77,0 ± 11,9	> 0,05
	p	> 0,05	> 0,05	

* *t- test*

Nhận xét:

Trước can thiệp, huyết áp tâm thu trung bình của đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng (127,8 ± 19,7) cao hơn xã can thiệp (125,4 ± 19,3), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Huyết áp tâm trương trung bình ở xã can thiệp (77,5 ± 40,3) lại cao hơn xã đối chứng (74,9 ± 11,9) tuy nhiên sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau can thiệp, huyết áp tâm thu trung bình của xã đối chứng có xu hướng giảm xuống, tuy nhiên huyết áp tâm trương trung bình lại có xu hướng tăng lên. Trong khi huyết áp tâm thu (từ 125,4 ± 19,3 xuống còn 122,0 ± 19,5) và tâm trương trung bình (từ 77,5 ± 40,3 xuống còn 77,0 ± 11,9) của xã can thiệp đều có xu hướng giảm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.35. Sự thay đổi về tỷ lệ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Tình hình mắc tăng huyết áp		Xã đối chứng				Xã can thiệp				P _{1,3}	P _{2,4}	HQCT (%)
		Trước can thiệp (1) (n=458)		Sau can thiệp (2) (n=458)		Trước can thiệp (3) (n=551)		Sau can thiệp (4) (n=551)				
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Có THA*		128	27,9	130	28,4	118	21,4	106	19,2	< 0,05	< 0,05	12,1
Loại THA*	THA tâm thu	116	25,3	107	23,4	105	19,1	96	17,4	< 0,05	< 0,05	1,4
	THA tâm trương	57	12,4	55	12,0	66	12,0	66	12,0	> 0,05	> 0,05	- 3,2
	THA tâm thu và tâm trương	45	9,8	43	9,4	53	9,6	47	8,5	> 0,05	> 0,05	7,4
Độ THA*	THA độ I	92	20,1	92	20,1	79	14,3	78	14,2	< 0,05	< 0,05	0,7
	THA độ II	24	5,2	28	6,1	26	4,7	17	3,1	> 0,05	< 0,05	16,7
	THA độ III	12	2,6	10	2,2	13	2,4	11	2,0	> 0,05	> 0,05	1,3

* χ^2 test**Nhận xét:**

Trước can thiệp tỷ lệ tăng huyết áp tâm trương và tâm thu, tăng huyết áp độ II, III tương đương nhau giữa hai xã đối chứng và xã can thiệp.

Tỷ lệ tăng huyết áp chung ở xã đối chứng (27,9%) cao hơn xã can thiệp (21,4%), tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu ở xã đối chứng (25,3%) cao hơn xã can thiệp (19,1%) và tỷ lệ tăng huyết áp độ I ở xã đối chứng (20,1%) cao hơn xã can thiệp (14,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp, tỷ lệ tăng huyết áp chung ở xã đối chứng tăng lên 0,5% so với trước can thiệp (27,9% trước can thiệp so với 28,4% sau can thiệp). Trong khi sau can thiệp, tỷ lệ THA ở xã can thiệp lại giảm 2,2% (từ 21,4% trước can thiệp giảm xuống 19,2% sau can thiệp). Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai xã sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; HQCT đạt 12,1%.

Tỷ lệ THA tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và tâm trương đều giảm so với trước can thiệp ở cả hai nhóm đối chứng và can thiệp nhưng không nhiều.

Sau can thiệp, ở xã can thiệp: Tỷ lệ THA độ I, độ III giảm so với trước can thiệp nhưng không đáng kể. Tỷ lệ THA độ II giảm nhiều nhất (giảm 1,6% so với trước can thiệp) và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (giảm 0,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, hiệu quả can thiệp đạt 16,7%.

Bảng 3.36. Hồi quy logistic xác định các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp

Yếu tố ảnh hưởng	OR	95% CI
Tuổi	1,54	0,96 - 1,83
Giới		
Nam	0,83	0,61 - 1,18
Nữ	-	
Học vấn		
<= Tiểu học	0,92	0,81 - 1,25
Trung học cơ sở trở lên	-	
Kinh tế*		
Nghèo	1,94	1,54 - 2,48
Không nghèo	-	
Bệnh tật (THA) *		
Tăng HA	2,37	1,97 - 2,95
Không THA	-	
Nghề nghiệp*		
Làm ruộng	2,53	2,16 - 2,97
Cán bộ, viên chức	-	
<i>N</i>	551	
<i>Prob</i>	< 0,05	
<i>R-squared</i>	0,10	

* Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với 95% khoảng tin cậy không chứa giá trị

Nhận xét:

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến đã khống chế các yếu tố nhiễu cho thấy nếu các yếu tố trong mô hình không đổi thì:

+ Khi tuổi tăng thêm 1 đơn vị thì hiệu quả can thiệp sẽ giảm 1,54 lần (OR = 1,54, 95%CI: 0,96 - 1,83).

+ Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nam giới bằng 0,83 lần so với nữ giới (OR = 0,83, 95%CI: 0,62 - 1,18).

+ Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống bằng 0,92 lần so với người có trình độ THCS trở lên (OR = 0,92, 95%CI: 0,81 - 1,25).

+ Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm không mắc tăng huyết áp tăng 2,37 lần so với nhóm mắc tăng huyết áp (OR = 2,37, 95%CI: 1,97 - 2,95).

+ Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm cán bộ công nhân viên chức tăng 2,53 lần so với nhóm làm ruộng (OR = 2,53, 95%CI: 2,16 - 2,97).

Tuy nhiên, kết quả mô hình hồi quy đa biến logistic chỉ tìm thấy sự ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê của yếu tố bệnh tật và nghề nghiệp đến hiệu quả can thiệp phòng chống THA. Chúng tôi chưa tìm thấy sự ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp phòng chống THA có ý nghĩa thống kê bởi các yếu tố: tuổi, giới tính, học vấn.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy, đối tượng nghiên cứu chung của hai xã của huyện Bình Lục là nữ nhiều hơn nam (68,5% và 31,5%). Phân bố theo độ tuổi tương đối đồng đều, cao nhất ở nhóm 50 - 59 tuổi (27,0%), tiếp đến là độ tuổi 40 - 49 chiếm 20,2%, thấp nhất là độ tuổi từ 80 trở lên chiếm 4,6%. Đối tượng nghiên cứu ở xã đối chứng và xã can thiệp khá tương đồng về độ tuổi, giới, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

Giới và tuổi là những yếu tố liên quan đến tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã.

Kết quả ở bảng 3.1 cũng cho thấy đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, chỉ có 8,7% có trình độ đại học và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu đa số là làm ruộng chiếm 62,2% và đây có lẽ là lý do dẫn đến kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân tại hai xã còn rất hạn chế.

4.1.2. Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy các chỉ số trung bình về cân nặng, BMI, huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình ở xã đối chứng và can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tỷ lệ VB/VM (WHR) trung bình của nam ($0,87 \pm 0,07$), nữ ($0,87 \pm 0,08$) ở xã đối chứng và VB/VM trung bình ở nam ($0,89 \pm 0,11$) và nữ ($0,91 \pm 0,54$) ở xã can thiệp ở mức cao. Trong đó, tỷ lệ VB/VM của nữ ở xã can thiệp cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ VB/VM của nữ ở xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số VB/VM được coi là có giá trị để đánh giá tình trạng béo bụng. Béo bụng có thể xem là một chỉ tiêu quan trọng để tiên lượng các vấn đề sức khỏe liên quan tới phân bố mỡ cơ thể cũng như thừa cân béo phì và THA. Nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Khải (2000) đã chỉ ra rằng chỉ số $WHR \geq 0,80$ có nguy cơ tương đối liên quan chặt chẽ (theo

chiều thuận) với THA. Điều này có nghĩa là vòng bụng càng to thì nguy cơ THA càng cao [36].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ tăng huyết áp của người trưởng thành chung 2 xã là 24,4%, kết quả này cao hơn các kết quả nghiên cứu của các tác giả Đào Duy An (2003) nghiên cứu ở người dân tộc thiểu số ở thị xã Kon Tum và xung quanh thị xã tỷ lệ tăng huyết áp là 12,54% [42], kết quả này của chúng tôi cũng cao hơn các kết quả nghiên cứu của các tác giả Cao Thị Yến Thanh, Nguyễn Công Khẩn, Đặng Tuấn Đạt (2006) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại tỉnh Đắk Lắk là 17,5% [40], Lại Đức Trường (2011) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành độ tuổi 25 - 64 tuổi tại hai xã của huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên năm 2011 là 17,8% [43], Trần Thị Mai Hoa (2014) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tại xã thuộc huyện Quảng Trạch, Quảng Bình là 16,8% [95] và điều tra quốc gia năm 2015 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi là 18,9% [3]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả điều tra của Viện Tim mạch Trung Ương tại 8 tỉnh, thành phố của cả nước năm 2008 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên bị tăng huyết áp là 25,1% [2] và kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Hà (2015) trên người thừa cân béo phì 25 - 64 tuổi là 25,2% [44].

Chúng tôi nhận thấy có sự chênh lệch này là do các nghiên cứu ở các vùng địa lý, kinh tế, xã hội khác nhau và vào thời điểm khác nhau. Môi trường sống, thời tiết, khí hậu, công việc, thu nhập đều ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật [47]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về phân độ tăng huyết áp cho thấy tăng huyết áp độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (16,9%) và thấp nhất là độ III (5,0%) (bảng 3.3), nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Khải (2003) nghiên cứu ở các tỉnh phía Bắc và địa bàn thành phố Hà Nội [38], và nghiên cứu của Đào Duy An ở Đắk Lắk [42] và Cao Thị Yến Thanh ở Kon Tum [40], Lại Đức Trường ở Thái Nguyên [44], cũng cho kết quả tăng huyết áp chủ yếu tập trung ở mức độ I. Có thể lý giải rằng, những năm gần đây với công tác truyền thông từ các chương trình quốc gia về phòng chống tăng huyết áp mà ý thức giữ gìn và bảo vệ sức khỏe của người dân được cải thiện, cũng như công tác điều trị tăng huyết áp tốt hơn nên những người đã mắc tăng huyết áp thường duy trì ở giai đoạn nhẹ và tăng huyết áp mức độ nặng thấp dần. Điều

này cũng gợi ý rằng nếu được can thiệp kịp thời thì có thể làm giảm tỷ lệ tăng huyết áp và hạn chế những biến chứng của tăng huyết áp.

4.1.3. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở cả hai xã khá cao, trong đó nguy cơ ăn ít rau quả (< 400 g/ngày) chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 89,5%, xã đối chứng 89,7% và xã can thiệp 89,3%). Kết quả điều tra STEPS (2010) cũng cho thấy, có tới 80,4% số người trưởng thành ăn ít rau và trái cây, trong đó tỷ lệ ăn ít rau và trái cây ở nữ giới và nam giới tương đương nhau [67]. Theo kết quả tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng (2010), cho thấy mức tiêu thụ rau và trái cây trung bình khoảng 250g/người/ngày [101]. Kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ ăn đủ lượng rau củ hàng ngày theo khuyến cáo chỉ đạt 29,0% ở nam và 22,4% ở nữ [44]. Các bằng chứng khoa học đã cho thấy ăn ít rau và trái cây cũng tương tự việc ăn nhiều thức ăn giàu năng lượng làm tăng nguy cơ béo phì và tăng huyết áp [31].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ hút thuốc lá (chủ động và thụ động) của đối tượng nghiên cứu cũng khá cao (chung hai xã 65,1%, xã đối chứng 67,7%, xã can thiệp 63,0%). Việt Nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới (khoảng 16 triệu người). Theo kết quả điều tra năm 2010, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới từ 15 tuổi trở lên chỉ giảm 2% so với năm 2006, vẫn còn ở mức cao so với mục tiêu 20%. Đặc biệt tỷ lệ tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc lá tại gia đình là 67,6% [101]. Nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) cũng cho thấy, tỷ lệ hiện hút thuốc lá ở nam giới chiếm tới 51,1%, hút hàng ngày là 47,1% [43].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thói quen uống rượu bia chung hai xã là 23,2%, xã đối chứng là 26,0%, xã can thiệp là 20,9%). Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả điều tra toàn quốc của Viện Dinh dưỡng (2010) cho thấy tỷ lệ uống rượu bia ở người trưởng thành 25 - 64 tuổi có uống ít nhất 5 đơn vị rượu/bia trong 1 ngày bất kỳ trong tuần qua chiếm 25,2% [101]. Theo điều tra STEPS (2013), 25,1% số

nam giới trưởng thành có ít nhất 1 lần sử dụng rượu, bia ở mức có hại trong tuần qua (60g rượu nguyên chất) [67].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cũng cho thấy tỷ lệ ăn mặn chung hai xã là 22,8%, xã đối chứng là 23,6%, xã can thiệp là 22,1%. Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ tim mạch. WHO khuyến cáo không nên ăn quá 5 gam muối/ngày để phòng chống các bệnh tim mạch [101].

Tỷ lệ thừa cân, béo phì của đối tượng nghiên cứu trong kết quả của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các yếu tố nguy cơ của THA (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1% (bảng 3.4). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011), tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người trưởng thành 25 - 64 tuổi là 16,5% [43].

Như vậy, các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp cần được chú trọng ở hai xã của huyện Bình Lục là thói quen hút thuốc lá (chủ động và thụ động); ăn ít rau, củ, quả ; thói quen uống rượu/bia và ăn mặn.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa giới với tăng huyết áp, nam giới có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,35 lần nữ giới (bảng 3.5). Nghiên cứu của các tác giả Đào Duy An (2003) cũng cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ [42]. Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và CS (2008) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ rõ rệt (tỷ lệ THA ở nam là 10,4% trong khi nữ là 4,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$) [2]. Điều này cũng phù hợp vì lối sống của nam giới thích uống rượu, hút thuốc hơn nữ giới, cường độ làm việc cao hơn nữ giới. Hơn nữa có thể có liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính. Về nguy cơ tăng huyết áp ở người thừa cân, béo phì, kết quả ở bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp cao gấp 2,43 lần người không bị thừa cân, béo phì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu: Nghiên cứu của Lê Anh Tuấn tại Hà Nội, BMI > 23 có nguy cơ từ 2,2 đến 3,9 lần so với BMI bình thường [39]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt (2002) BMI \geq 23 có nguy cơ tăng huyết áp 2,78 lần so với BMI bình thường [47]. Theo nghiên cứu của tác giả Theodore A và CS tại Iran (2008),

những người béo phì có tỷ lệ tăng huyết áp ở nam giới 19,8%, nữ giới là 26,9% [79].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng tăng (bảng 3.6). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt (2002) ở vùng đồng bằng Thái Bình [47], Cao Thi Yến Thanh và CS (2003) tại Đắc Lắc [40], Lại Đức Trường (2011) tại huyện Đồng Hỷ, Thái Nguyên [43].

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa hút thuốc lá với tăng huyết áp, những người hút thuốc lá có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn những người không hút thuốc lá (bảng 3.7). Kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Anh Tuấn tại Hà Nội [39], hút thuốc lá có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,16 lần so với người không hút thuốc lá.

Về thói quen ăn mặn hay uống rượu bia (bảng 3.7), kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (2008): Người có thói quen uống rượu bia nguy cơ mắc tăng huyết áp cao gấp 1,72 lần, có thói quen ăn mặn nguy cơ mắc tăng huyết áp cao gấp 1,7 lần [2].

Theo điều tra STEPS (2013): 25,1% số nam giới trưởng thành có ít nhất 1 lần sử dụng rượu, bia ở mức có hại trong tuần qua (60g rượu nguyên chất) [67].

Kết quả ở bảng 3.7 cũng cho thấy: Người có thói quen ăn ít rau, củ, quả có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,19 lần (95%CI: 0,88 - 1,60) so với Người ăn đủ rau, củ, quả, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Người có thói quen ít hoạt động thể lực có nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 1,29 lần (95%CI: 0,96 - 1,72) hơn so với người hoạt động thể lực thường xuyên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Hoa (2014), nguy cơ THA ở nhóm không hoạt động thể lực thường xuyên (dưới 3 lần/tuần) cao hơn 1,2 lần so với những người thường xuyên vận động (OR = 1,2; 95%CI: 0,80 - 1,79), nguy cơ THA ở nhóm ăn ít rau quả hàng ngày (dưới 400g) bằng 0,76 lần so với nhóm ăn nhiều rau quả hàng ngày ($\geq 400g$) (OR = 0,76; 95%CI: 0,47 - 1,24), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [95].

Theo điều tra STEPS (2013), khoảng 30% người trưởng thành thiếu hoạt động thể lực kể cả ở nông thôn. Trong xu thế đô thị hóa và tăng sử dụng các

phương tiện giao thông cơ giới hiện nay, nếu không can thiệp thì chắc chắn tỷ lệ người thiếu hoạt động can thiệp sẽ tăng lên [67].

Dự báo trong những năm tới số người mắc bệnh THA sẽ còn tăng do các yếu tố liên quan như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu - bia, dinh dưỡng bất hợp lý, ít hoạt động thể lực vẫn còn phổ biến. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), không chế được những yếu tố nguy cơ này có thể làm giảm được 80% bệnh tăng huyết áp [55].

4.1.4. Thực trạng kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu tại hai xã về phòng chống tăng huyết áp

4.1.4.1. Thực trạng kiến thức của đối tượng nghiên cứu phòng chống tăng huyết áp

Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy, số đối tượng nghiên cứu biết số đo huyết áp của bản thân chiếm tỷ lệ rất thấp (chung hai xã là 14,1%, xã đối chứng là 15,1% và xã can thiệp là 13,2%). Thực tế cho thấy người dân ở cộng đồng có THA nhưng họ không biết vì vậy họ không phòng chống, không điều trị nên rất dễ xảy ra tai biến. Do vậy biết số đo huyết áp của bản thân là một thông tin ban đầu rất quan trọng giúp người dân có thể kiểm soát huyết áp của mình bởi THA thường diễn biến thầm lặng, ít có biểu hiện lâm sàng. Những dấu hiệu của tăng huyết áp thường không đặc hiệu và người bệnh thường không thấy có gì khác biệt với người bình thường đến khi xuất hiện biến chứng. Thực tế cho thấy khi có những dấu hiệu này thì người bệnh đã ở giai đoạn nguy hiểm. Nhiều khi, người bệnh thấy có triệu chứng đau đầu xuất hiện thì ngay tiếp theo đó cũng là những giây phút cuối cùng của cuộc đời do họ đã bị xuất huyết não nặng nề. Do vậy người dân nên tự kiểm tra huyết áp thường xuyên tại nhà để có thể phát hiện sớm tình trạng tăng huyết áp của bản thân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.8 cũng cho thấy, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng khái niệm tăng huyết áp chiếm tỷ lệ thấp (chung hai xã là 15,0%, xã đối chứng là 17,0%, xã can thiệp 13,2%). Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Hạp ở người trưởng thành từ 60 tuổi trở lên tại Phường Phú Hội, thành phố Huế hiểu đúng về khái niệm tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 58,6% [102]. Hiểu đúng khái niệm THA là điều kiện cần thiết để giúp người dân có thể phát hiện sớm bệnh THA. Kết quả ở bảng 3.8 cũng cho thấy, trong các dấu hiệu của tăng huyết áp, số người biết dấu hiệu hoa mắt - chóng

mặt (chung hai xã là 47,2%, xã đối chứng là 48,0%, xã can thiệp là 46,5%), con nóng mặt/đỏ mặt (chung hai xã là 28,2%, xã đối chứng là 28,1%, xã can thiệp là 28,3%) và đau đầu (chung hai xã là 27,8%, xã đối chứng là 27,9%, xã can thiệp là 27,8%) chiếm tỷ lệ khá cao. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Hạp cũng cho thấy trong số các dấu hiệu của tăng huyết áp người dân biết dấu hiệu đau đầu (73,3%); hoa mắt (71,1%), chóng mặt (71,4%); chiếm tỷ lệ cao nhất [102].

Kết quả sự hiểu biết của người dân về hậu quả của tăng huyết áp (bảng 3.8) cho thấy trong các hậu quả của tăng huyết áp, số người biết hậu quả đột quỵ não chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 39,0%, xã đối chứng là 42,1%, xã can thiệp là 36,3%), tiếp đến là hậu quả tử vong (chung hai xã là 16,9%, xã đối chứng là 15,1%, xã can thiệp là 18,3%), bệnh tim/mạch (chung hai xã là 11,0%, xã đối chứng là 10,9%, xã can thiệp là 11,1%), thấp nhất là hậu quả gây suy gan, suy thận (chung hai xã là 0,7%, xã đối chứng là 0,2%, xã can thiệp là 1,1%). Kết quả của Phạm Thị Ngọc Hạp (2012) cho thấy tỷ lệ hiểu biết về các hậu quả của tăng huyết áp cao nhất là bệnh về tim mạch chiếm 80,0%, chết đột ngột chiếm 78,8%; bệnh về não chiếm 56,6%; tiếp đến là bệnh thận chiếm 18,3% [98]. Kết quả nghiên cứu của Đào Duy An (2003) tỷ lệ người biết tăng huyết áp gây hậu quả (biến chứng) bệnh tim là: 87,8%; bệnh thận: 40,5%; bệnh não: 62,2% [42]. Kết quả phân loại mức độ kiến thức về khái niệm, dấu hiệu và hiệu quả của tăng huyết áp đạt mức khá, tốt chiếm tỷ lệ tương đối thấp (biểu đồ 3.1).

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9 cho thấy, yếu tố nguy cơ tăng huyết áp được người dân biết nhiều nhất là uống nhiều rượu/bia (chung hai xã là 12,9%, xã đối chứng là 12,5%, xã can thiệp là 13,3%) và thấp nhất là yếu tố tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp (chung hai xã là 1,0%, xã đối chứng là 0,9%, xã can thiệp 1,1%). Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của THA đạt mức khá, tốt chiếm tỷ lệ rất thấp. Đối tượng biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp ở xã đối chứng và can thiệp chiếm tỷ lệ đa số tương đương nhau. Riêng tỷ lệ biết về yếu tố nguy cơ là thói quen ăn mặn ở xã can thiệp (6,4%) cao hơn xã đối chứng (3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (biểu đồ 3.2).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.9 thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Hạp [102].

Kết quả ở bảng 3.10 cho thấy, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết THA có thể dự phòng được chung hai xã 66,8%, xã đối chứng 76,2% và 59,0% ở xã can thiệp, trong đó, số người biết biện pháp ăn giảm chất béo chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 19,7%, xã đối chứng là 22,9%, xã can thiệp là 18,3%), thấp nhất là biện pháp tránh căng thẳng thần kinh (chung hai xã là 2,2%, xã đối chứng là 4,8%, xã can thiệp là 1,0%).

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức khá (chung hai xã là 2,3%, xã đối chứng là 3,3%, xã can thiệp là 1,5%) và tốt (chung hai xã là 1,2%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 0,5%) chiếm rất thấp. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng chiếm đa số (chung hai xã là 93,6%, xã đối chứng là 89,5%, xã can thiệp là 95,1%) (bảng 3.11).

Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Hạp cho thấy tỷ lệ hiểu biết về dự phòng tăng huyết áp cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong đó sự hiểu biết tập trung nhiều vào các biện pháp hạn chế ăn mặn để phòng tăng huyết áp (78,8%), ăn nhiều rau quả (76,9%), hạn chế uống rượu bia (60%), không hút thuốc lá (50%) [102].

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.3 cho thấy, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đạt mức khá (chung hai xã là 3,2%, xã đối chứng là 3,3%, xã can thiệp là 3,1%) và tốt (chung hai xã là 2,0%, xã đối chứng là 2,0%, xã can thiệp là 2,2%) chiếm rất thấp. Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém chiếm đa số (chung hai xã là 90,1%, xã đối chứng là 89,5%, xã can thiệp là 90,6%). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Hoa (2014), tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung đạt ($\geq 50\%$ so với điểm tối đa) về bệnh tăng huyết áp chiếm 20,2% [95].

Tóm lại kiến thức về tăng huyết áp của đối tượng ở hai xã trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ rất thấp. Điều này có thể giải thích rằng nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là làm ruộng (62,2%), trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao (61,3%), thậm chí có tới 22,4% số người có trình độ tiểu học và mù chữ. Hơn nữa họ chủ quan đến sức khỏe của bản thân (đặc biệt những người chưa được phát hiện bị tăng huyết áp) và ít quan tâm tìm hiểu về bệnh và vấn đề truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh tăng huyết áp tại địa bàn nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế.

4.1.4.2. Thực trạng thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Kết quả của chúng tôi ở bảng 3.12 cho thấy, trong số 246 người mắc tăng huyết áp, số người có chế độ ăn tăng cường rau quả chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 9,8%, xã đối chứng là 10,2%, xã can thiệp là 9,3%), thực hiện giảm cân nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (chung hai xã là 0,4%, xã đối chứng là 0,8%, xã can thiệp 0%). Tỷ lệ người thực hành ở mức khá (chung hai xã là 3,7%, xã đối chứng là 3,9%, xã can thiệp là 3,4%) và tốt (chung hai xã là 2,0%, xã đối chứng là 1,6%, xã can thiệp là 2,5%) chiếm rất thấp (3,7% và 2,0%). Trong khi số người thực hành kém về phòng biến chứng tăng huyết áp ở mức kém chiếm tỷ lệ rất cao (chung hai xã là 88,2%, xã đối chứng là 89,8%, xã can thiệp là 86,5%) (biểu đồ 3.4).

Kết quả ở bảng 3.12 và biểu đồ 3.4 của chúng tôi cũng là phù hợp bởi thiếu kiến thức về bệnh tăng huyết áp thì việc tuân thủ chế độ ăn uống hợp lý, thay đổi lối sống để phòng biến chứng tăng huyết áp rất hạn chế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về kiến thức, thực hành tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu đều thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Hạp. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Hạp (2012) cho thấy số người cao tuổi thực hành hạn chế hút thuốc lá (94,2%), hạn chế ăn mặn (81,2%), hạn chế uống rượu bia (81,9%) chiếm tỷ lệ cao [102]. Có thể lý giải đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, ở nhiều độ tuổi khác nhau và địa bàn nghiên cứu của chúng tôi là ở vùng nông thôn. Còn nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Hạp tiến hành trên người từ 60 tuổi trở lên và ở địa bàn thành phố.

Kết quả ở bảng 3.13 cho thấy, số đối tượng nghiên cứu ăn thường xuyên các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao ở cả hai xã đối chứng và xã can thiệp, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thực phẩm thịt và các chế phẩm (91,7% ở xã đối chứng và 94,6% ở xã can thiệp), tiếp đến là nhóm thực phẩm dầu, bơ/mỡ động vật (82,5% ở xã đối chứng và 91,1% ở xã can thiệp) và nhóm thức ăn xào, rán (69,2% ở xã đối chứng và 81,7% ở xã can thiệp).

Theo kết quả tổng điều tra của Viện Dinh dưỡng (2010) cho thấy, mức tiêu thụ thịt tăng 7,6 lần với 11,1g/người/ngày (1981-1985) và lên tới 84g/người/ngày (năm 2010), đặc biệt vùng đồng bằng sông Hồng và Đông

nam bộ mức tiêu thụ là 108g/người/ngày và 104g/ người/ngày. Còn mức tiêu thụ dầu, mỡ trung bình tăng 3 lần từ 11,6g/người/ngày năm 1981-1985 lên 37,7g/người/ngày năm 2010 [101].

Chất béo và chất đạm là nguồn năng lượng cao, là thành phần cấu trúc của nhiều tổ chức quan trọng trong cơ thể, tuy nhiên khi chất béo hay chất đạm dư thừa là khởi nguồn của xơ vữa động mạch. Nhưng nguy hiểm hơn nữa là xơ vữa động mạch thường đi kèm bệnh mạch vành, tăng huyết áp và đột quỵ não. Theo nghiên cứu của tác giả Uemura K, Mori N (2006) tại Nhật Bản ngay cả khi không có chế độ ăn uống có mức năng lượng cao, nhưng việc sử dụng mỡ động vật quá mức sẽ dẫn đến béo phì và dẫn đến tăng huyết áp [103].

Theo kết quả điều tra của Viện Dinh dưỡng (2010) về mức tiêu thụ muối và nguồn cung cấp muối khẩu phần cho thấy mức tiêu thụ muối/người/ngày cao gấp 2-3 lần so với khuyến cáo, khoảng từ 10-15g/ngày. nguồn muối của khẩu phần chủ yếu từ các loại gia vị có chứa nhiều muối được cho thêm vào trong quá trình sơ chế, tẩm ướp và nấu nướng (chiếm khoảng 70-80%) và tiếp theo là các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối [104].

Thói quen ăn mặn (ăn nhiều muối, kho mặn) ảnh hưởng không tốt tới sức khỏe và là một trong các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp và các bệnh tim mạch. Với chế độ ăn nhiều muối, nước sẽ giữ lại trong lòng mạch làm tăng thể tích máu lưu thông, làm tăng áp lực máu trong lòng mạch dẫn đến tăng huyết áp.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp còn thấp. Vì vậy, cần truyền thông giáo dục dinh dưỡng để nâng cao kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp cho người dân nhằm giảm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, kiểm soát tỷ lệ tăng huyết áp và phòng ngừa biến chứng của tăng huyết.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.14 cho thấy, trong số các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp, lượng rau trung bình được đối tượng nghiên cứu tiêu thụ nhiều nhất (xã đối chứng là $334,3 \pm 215,8$), xã can thiệp là $322,3 \pm 208,3$). lượng củ quả làm rau được tiêu thụ ít nhất (xã đối chứng là $138,3 \pm 186,1$, xã can thiệp là $97,3 \pm 140,0$). Kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại Thái Nguyên cũng cho thấy tổng lượng rau xanh được đối

tượng nghiên cứu tiêu thụ (2,82 đơn vị rau xanh tương đương 282 g) nhiều hơn rõ rệt so với lượng trái cây (1,0 đơn vị tương đương 100g) [43].

Kết quả ở bảng 3.15 cho thấy, thời gian xem tivi trung bình trong một ngày của đối tượng nghiên cứu là nhiều nhất (xã đối chứng là $93,7 \pm 65,0$, xã can thiệp là $99,5 \pm 73,2$) và thấp nhất là thời gian xem internet/chơi game (xã đối chứng là $23,5 \pm 13,2$, xã can thiệp là $29,3 \pm 31,01$). Kết quả điều tra của STEPS (2013) cho thấy tỷ lệ người trưởng thành ít vận động thể lực là 28,7% (nam giới 26,4%, nữ giới 30,8%), trong đó tỷ lệ ít hoạt động thể lực ở thành thị cao hơn ở nông thôn và tương ứng là 36,9% và 25,1% [67]. Cùng với yếu tố ăn uống, sự gia tăng tỷ lệ béo phì và THA thường đi song song với giảm hoạt động thể lực trong lối sống tĩnh tại. Kiểu lối sống tĩnh tại có mối liên quan mật thiết với tình trạng thừa cân, béo phì và THA; những người hoạt động thể lực nhiều thường ăn thức ăn giàu năng lượng nhưng khi điều kiện làm việc và lối sống thay đổi, hoạt động thể lực giảm hơn, nếu vẫn giữ thói quen ăn nhiều họ dễ bị thừa cân, béo phì kéo theo đó là tình trạng THA [105].

4.2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

4.2.1. Kết quả xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Chúng tôi đã xây dựng được mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng: thành lập được Ban chỉ đạo tuyến huyện, tuyến xã và phân công trách nhiệm cho người tham gia mô hình phòng chống THA tại cộng đồng.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Kế (2013) về mô hình kiểm soát THA ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên: Xây dựng mô hình kiểm soát THA ở người cao tuổi tại phường Quang Trung và xã Bảo Khê thuộc thị xã Hưng Yên và chọn phường Hiến Nam, xã Trung Nghĩa làm đối chứng. Nội dung can thiệp tập trung vào truyền thông về phòng chống THA và kiểm soát THA cho người cao tuổi tại cộng đồng, kết quả định tính về sự chấp nhận của cộng đồng đối với mô hình kiểm soát THA ở người cao tuổi cho thấy có 38/40 người tham dự thảo luận đều nhất trí với việc xây dựng mô hình này. Các ý kiến của đối tượng nghiên cứu đều cho rằng việc nâng cao hiểu biết về cách phòng chống THA và quản lý THA cho NCT là rất cần thiết. Ý kiến của các cấp lãnh đạo phường cũng đều cho rằng đây là việc làm có ý nghĩa nên rất ủng hộ và sẵn sàng giúp đỡ [91].

4.2.2. Kết quả triển khai mô hình

4.2.2.1. Kết quả xác định nhu cầu truyền thông

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đối tượng nghiên cứu xác định được sự cần thiết phải truyền thông giáo dục dinh dưỡng để nâng cao kiến thức, thực hành trong phòng chống bệnh trong đó có bệnh tăng huyết áp

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Ké (2013): sau hai năm thực hiện mô hình kiểm soát huyết áp tại phường Quang Trung và xã Bảo Khê, cũng cho kết quả định tính tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: Các ý kiến của các thành viên tham gia thảo luận đều đánh giá cao hiệu quả đạt được. Mọi người đều cho rằng mô hình có ý nghĩa, dễ thực hiện trong chăm sóc sức khỏe NCT, khả năng thực hiện cũng như sự duy trì mô hình rất cao [91].

4.2.2.2. Kết quả phát triển tài liệu truyền thông

Tài liệu truyền thông là cuốn sách mỏng có bài viết về phòng chống tăng huyết áp cho người trưởng thành của hộ gia đình, tờ rơi chế độ ăn để phòng chống tăng huyết áp. Qua các cuộc phỏng vấn sâu với cán bộ y tế, thảo luận nhóm của ban chỉ đạo huyện, thảo luận nhóm của người dân đều đánh giá cao về giá trị nội dung của tài liệu truyền thông: *“Tài liệu rất có ích, viết ngắn gọn, rõ ràng, tài liệu như một cuốn cẩm nang rất hay và tiện cho người dân và người làm công tác tuyên truyền”*.

Để có được các tài liệu truyền thông (cuốn sách mỏng trong đó có bài viết về phòng chống bệnh tăng huyết áp cho người trưởng thành, tờ rơi về chế độ ăn để phòng chống THA) nhóm nghiên cứu đã xây dựng bản thảo, sau đó thảo luận với đại diện các ban ngành đoàn thể gồm đại diện lãnh đạo UBND xã An Lão, cán bộ y tế xã, cán bộ y tế thôn, đại diện người dân nhằm lấy các ý kiến về nội dung của tài liệu truyền thông. Trên cơ sở các ý kiến đóng góp này, nhóm nghiên cứu chỉnh sửa lại nội dung phù hợp.

4.2.2.3. Kết quả đào tạo cán bộ

Trước can thiệp, các ý kiến đều cho rằng: các cán bộ hay người dân tham gia hoạt động can thiệp phòng chống bệnh tăng huyết áp cần được đào tạo để có kiến thức và kỹ năng truyền thông. Sau một năm can thiệp, qua các cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo cộng đồng, thảo luận nhóm cán bộ y tế huyện và thảo

luận nhóm của người dân, các ý kiến đều cho rằng “*Cán bộ tham gia đề tài đã được học tập về kiến thức, kỹ năng chuyên môn về truyền thông nên đã áp dụng vào công việc của mình tốt*”.

Như vậy những người tham gia đã được đào tạo nâng cao kiến thức về phòng chống THA, kỹ năng về truyền thông giáo dục sức khỏe trong đó có truyền thông giáo dục dinh dưỡng, kỹ năng tư vấn sức khỏe, họ đã tự tin và chủ động hơn trong hoạt động TTGDSK nói chung và TTGDDD nói riêng.

4.2.2.4. Kết quả thực hiện truyền thông giáo dục dinh dưỡng

Các ý kiến đều cho rằng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trong đó có truyền thông giáo dục dinh dưỡng là phù hợp và được người dân chấp nhận. Sự phù hợp của hoạt động can thiệp còn thể hiện ở chỗ các hoạt động TTGDSK đáp ứng nhu cầu thực tế hiện nay trong phong trào xây dựng nông thôn mới, thu hút được chính quyền và nhiều ban ngành, đoàn thể tham gia.

Hoạt động TTGDDD đã làm thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng tham gia nghiên cứu trong đó cán bộ y tế đã có những cố gắng rõ rệt và có trách nhiệm cao trong hoạt động TTGDDD, đây là cơ sở vững chắc, là thành phần quan trọng để duy trì các hoạt động TTGDDD. Và với kết quả thảo luận nhóm của các cấp lãnh đạo trong ban chỉ đạo huyện Bình Lục cũng như lãnh đạo ban ngành của xã An Lão đã đánh giá cao giá trị của đề tài và mong muốn tiếp tục mở rộng hoạt động TTGDDD cho người dân và khẳng định một lần nữa là hoạt động TTGDDD có thể duy trì được.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại xã An Lão của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

4.2.3.1. Thay đổi kiến thức, thực hành về tăng huyết áp nhằm phòng chống tăng huyết áp của người dân

Trước can thiệp, kiến thức, thực hành của người dân còn nhiều hạn chế: “*Dân chúng em là điếc không sợ súng, trừ các nhà có kinh tế 6 tháng khám bệnh một lần, còn lại thường bệnh giai đoạn cuối mới đi khám*”.

Sau một năm can thiệp, người dân đã có thay đổi không chỉ là kiến thức được tăng lên mà cả những hoạt động thực hành được dân thực hiện trong

phòng chống THA. Kết quả cuộc TLN ban chỉ đạo huyện Bình Lục, đại diện chính quyền, ban ngành, đoàn thể, PVS đại diện cán bộ y tế xã, đại diện người dân, kết quả cho thấy hoạt động TTGDDD đã giúp kiến thức, thực hành phòng chống bệnh THA của người dân cải thiện rõ rệt: *“Việc thực hiện đề tài đã giúp cho người dân thay đổi nhận thức rất nhiều và có thay đổi hẳn so với ngày trước, ý thức của đã được nâng cao lên rất nhiều thông qua các hoạt động truyền thông nhiều và liên tục”*. Và với quan điểm “mưa dầm thấm lâu” của người dân thì việc tăng cường TTGDDD qua đài phát thanh của xã, phát tài liệu truyền thông (cuốn sách nhỏ, tờ rơi chế độ ăn phòng chống THA) sẽ giúp người dân nhớ và thực hành theo.

Như vậy, hoạt động can thiệp trong đó có truyền thông giáo dục dinh dưỡng là phù hợp vì được người dân chấp nhận. Tài liệu truyền thông được dân đánh giá cao về giá trị nội dung. Người dân đã có thay đổi không chỉ là kiến thức được tăng lên mà cả những hoạt động thực hành được dân thực hiện trong phòng chống THA.

4.2.3.2. *Hiệu quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trên các chỉ số một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp*

* Sự thay đổi kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu:

Sự thay đổi kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu. Hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã cho kết quả rõ rệt:

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.16 cho thấy: Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng biết số đo huyết áp tăng lên ở cả hai xã nhưng xã can thiệp (21,4%) tăng nhiều hơn xã đối chứng (16,4%) và tăng lên so với trước can thiệp (13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và hiệu quả can thiệp đạt 27,0%. Như vậy sau một năm can thiệp, đối tượng nghiên cứu đã có ý thức quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe của bản thân. Cần đến cơ sở y tế để kiểm tra sức khỏe và chỉ số huyết áp đồng thời kết hợp với việc theo dõi huyết áp tại nhà bằng cách đo huyết áp. Tăng huyết áp áo choàng trắng là hiện tượng huyết áp của người bệnh thường tăng khi đo ở các cơ sở y tế nhưng lại thấp ở nhà. Tăng huyết áp giấu mặt lại là trường hợp đo ở các cơ sở y tế thì bình thường

nhưng về nhà thì lại tăng cao. Trong những trường hợp này, máy đo huyết áp tại nhà sẽ giúp người bệnh và bác sĩ có đầy đủ thông tin hơn về huyết áp của người bệnh. Việc theo dõi huyết áp bằng máy đo huyết áp tại nhà tuy không thay thế việc theo dõi sức khỏe định kỳ tại bệnh viện, nhưng có tác dụng hỗ trợ rất tốt cho việc phát hiện sớm tình trạng tăng huyết áp và giúp theo dõi và điều trị, vì khi đo tại bệnh viện, không thể hiện được những thay đổi huyết áp trong các thời điểm khác nhau, hoàn cảnh khác nhau góp phần quan trọng trong phòng ngừa các biến chứng của tăng huyết áp.

Kết quả ở bảng 3.16 cho thấy: Sau một năm can thiệp, tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về khái niệm tăng huyết áp ở xã đối chứng tăng lên không đáng kể so với trước can thiệp (18,1% so với 17,0%). Trong khi tỷ lệ này ở xã can thiệp cao hơn so với trước can thiệp (58,3% so với 13,2%) và cao hơn rõ rệt so với xã đối chứng (18,1% so với 58,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, HQCT đạt 335,2%.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lân Việt (2008) về áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng cho thấy sau 1 năm tiến hành can thiệp cho cộng đồng dân cư (1838 người trưởng thành độ tuổi từ ≥ 25 tuổi) thuộc xã Xuân Canh, Đông Anh, Hà Nội với các hoạt động can thiệp gồm hoạt động tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp và giáo dục lối sống lành mạnh, quản lý và theo dõi đối tượng bị THA cho thấy: Tỷ lệ người dân biết về bệnh THA sau can thiệp tăng hơn trước can thiệp là 8,3% (85,7% so với 77,4%) [2].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.16 cũng cho thấy: Sau can thiệp số người biết các dấu hiệu của tăng huyết áp tăng lên rõ rệt ở xã can thiệp và tăng nhiều hơn so với nhóm đối chứng, hiệu quả can thiệp đạt từ 21,6% - 893,4% tùy theo từng dấu hiệu tăng huyết áp. Về hậu quả hay biến chứng của THA cũng có sự thay đổi lớn trong nhận thức của người dân, sau can thiệp sự hiểu biết của người dân về các hậu quả tăng lên: Hậu quả đột quỵ não/TBMMN tăng thêm 39,6% (95,6% so với 36,3%), hiệu quả can thiệp đạt 87,6%; suy tim/bệnh tim mạch tăng thêm 63,8% (76,0% so với 12,2%), hiệu quả can thiệp đạt 223,6%; biến chứng mắt tăng thêm 41,5% (43,0% so với 1,5%), đạt hiệu quả can thiệp cao nhất (670,1%); suy gan, suy thận 31,9% (33,0% so với

1,1%), hiệu quả can thiệp đạt 22,7%; tử vong tăng thêm 49,9% (68,2% so với 18,3%), hiệu quả can thiệp đạt 254,1%.

Sau một năm, tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt (36,0% và 20,5%) có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ kiến thức khá, tốt (46,6% và 31,4%) cao hơn rõ rệt so với trước can thiệp (22,4% và 16,3%) và cao hơn so với xã đối chứng (36,0% và 20,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp tới mức kiến thức khá và tốt về khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của THA là 48,7% và 90,1%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 40,9% xuống còn 2,9%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 38,4% xuống 21,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 3.17).

Kết quả của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008) cũng cho thấy sau một năm can thiệp, chỉ số hiểu biết về các biến chứng THA cao hơn so với trước can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ như biến chứng đột quỵ não, tai biến mạch não tăng 6,3% (84,1% so với 77,8%), suy thận tăng 15,1% (67,1% so với 52,0%), suy tim tăng thêm 12,2% (75,7% so với 63,5%) [2].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Ké (2013) về mô hình kiểm soát THA trên 300 người cao tuổi ở thị xã Hưng Yên cũng cho thấy sau 2 năm can thiệp, người cao tuổi có kiến thức tốt về bệnh và biến chứng của bệnh THA sau can thiệp ở các xã can thiệp cũng cao hơn trước can thiệp 16,0% (70,0% so với 54,0%) và cao hơn xã đối chứng (70,0% so với 53,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, hiệu quả can thiệp đạt 13,8% [91].

Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Long (2015) về tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống THA tại hai xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 - 2012, sau một năm can thiệp bằng phương pháp TTGDSK thực hiện trên 345 người cao tuổi (trong đó nhóm can thiệp $n = 159$ trước can thiệp và sau can thiệp $n = 109$, nhóm đối chứng $n = 186$ trước can thiệp và sau can thiệp $n = 159$), kết quả cho thấy: Trước can thiệp, kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh tăng huyết áp là rất hạn chế. Sau can thiệp, kiến thức của NCT ở nhóm can thiệp về biến chứng của bệnh tăng huyết áp có sự thay đổi nhiều hơn so với trước can thiệp và so với nhóm đối chứng đặc biệt, biến chứng được NCT nhớ nhiều nhất là đột quỵ/TBMMN tăng từ 10,7% (trước can thiệp) đến 53,2%

(sau can thiệp) và tăng nhiều hơn so với nhóm đối chứng sau can thiệp (53,2% so với 14,2%) [106].

Sự thay đổi kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ THA ở bảng 3.19 cho thấy: Trước can thiệp, người dân biết các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp ở xã đối chứng và can thiệp chiếm tỷ lệ rất thấp và đa số tương đương nhau. Nhưng sau một năm can thiệp tỷ lệ này ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê, kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt từ 138,7% - 939,2% tùy theo từng yếu tố nguy cơ. Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt về các yếu tố nguy cơ có xu hướng tăng lên. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này tăng lên nhiều (17,8% và 15,1%) so với trước can thiệp (1,5% và 1,3%) và cao hơn so với xã đối chứng (13,8% và 11,1%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở hai xã đối chứng và can thiệp với $p > 0,05$ (bảng 3.18). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá và tốt về các yếu tố nguy cơ đạt 497,0% và 152,4 (bảng 3.19).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008) cũng cho thấy tỷ lệ các đối tượng sau một năm can thiệp hiểu biết đúng về yếu tố nguy cơ của bệnh THA cũng đều tăng so với trước can thiệp trong đó các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá của bệnh THA tăng thêm 11,6% (84,4% so với 72,8%); béo phì tăng thêm 3,4% (84,5% so với 81,1%), ăn nhiều mỡ động vật tăng thêm 6,8% (83,0% so với 76,2%); ít vận động thể lực tăng thêm 8,1% (82,4% so với 74,3%); THA có liên quan đến yếu tố gia đình tăng thêm 10,5% (45,5% so với 35,0%); nhiều căng thẳng trong cuộc sống có liên quan đến THA tăng thêm 4,3% (65,8% so với 54,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ [2].

Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Long (2015) cho kết quả tương tự: sau một năm can thiệp, kiến thức của NCT về 9 yếu tố nguy cơ (đồng thời cũng là biện pháp phòng chống) của bệnh tăng huyết áp, được cải thiện sau can thiệp. Nhìn chung mức độ thay đổi sau can thiệp đều cao ở cả nhóm bệnh và nhóm chứng, nhưng ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (trừ 2 yếu tố là ăn mặn và hoạt động thể lực) [106].

Kết quả của chúng tôi ở bảng 3.20 cho thấy: Trước can thiệp, đối tượng nghiên cứu biết bệnh THA có thể dự phòng được chiếm tỷ lệ khá cao từ 50,0% trở lên ở cả hai xã đối chứng và can thiệp, trong đó xã đối chứng tỷ lệ

này cao hơn xã can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuy nhiên sau can thiệp, số đối tượng biết về bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và cao hơn xã đối chứng ($p < 0,001$), hiệu quả can thiệp đạt 45,7%. Mỗi biện pháp dự phòng được đối tượng nghiên cứu biết ở xã can thiệp đều tăng hơn so với xã đối chứng và so với trước can thiệp (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$), hiệu quả can thiệp tới biện pháp ăn giảm đường đạt thấp nhất (134,6%), biện pháp ăn tăng cường rau quả đạt hiệu quả cao nhất 786,0%.

Sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt về các biện pháp dự phòng có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này tăng lên nhiều (17,8% và 11,6%) so với trước can thiệp (1,5% và 0,5%) và so với xã đối chứng (10,3% và 7,9%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá và tốt về các biện pháp dự phòng THA đạt 1925,0% và 874,5%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức kém về các biện pháp dự phòng giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 95,1% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống còn 61,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$ (bảng 3.21).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008) cũng cho thấy tỷ lệ người dân hiểu biết đúng về các yếu tố có thể phòng bệnh được THA ở giai đoạn sau can thiệp cũng tăng hơn trước can thiệp (tránh béo phì, ít ăn mặn, tăng hoạt động thể lực, ăn nhiều rau xanh và hoa quả, không hút thuốc lá, thuốc lào, hạn chế thức ăn xào rán, không nên ăn mỡ động vật), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tuy nhiên sự thay đổi về 2 biện pháp dự phòng là tránh căng thẳng (từ 80,6% trước can thiệp đến 81,8% sau can thiệp) và giảm uống rượu (từ 86,2% trước can thiệp đến 86,7% sau can thiệp) chưa có ý nghĩa thống kê [2].

Kết quả ở bảng 3.22 cho thấy, sau can thiệp: Tại xã đối chứng, tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này (17,6% và 15,4%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,1% và 2,2%) và so với xã đối chứng (4,1% và 3,3%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức

khá, tốt là 443,5% và 535,0%. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 90,6% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống 85,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Như vậy, kiến thức về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp đều có sự chuyển biến tích cực và phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008). Tuy nhiên mức độ chuyển biến kiến thức về bệnh tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt [2], điều này có thể lý giải là trước can thiệp kiến thức này trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt đã đạt tỷ lệ khá cao và mẫu nghiên cứu sau can thiệp giảm nhiều so với trước can thiệp (từ 2328 xuống còn 1838) trong khi mẫu nghiên cứu của chúng tôi trước và sau can thiệp không thay đổi ($n = 551$).

Tóm lại, hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã giúp nâng cao kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh THA. Kiến thức tốt là cơ sở quan trọng cho quá trình thực hành tốt.

Kết quả ở bảng 3.23 cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị THA (246 người) có điều trị bệnh ở xã đối chứng và xã can thiệp chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt ($p > 0,05$), tuy nhiên sau can thiệp, tỷ lệ này ở xã can thiệp đã tăng lên 13,7% so với trước can thiệp (40,6% so với 22,9%) và tăng hơn 12,1% so với xã đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (40,6% so với 28,5%), hiệu quả can thiệp đạt 51,7%.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Kế (2013) cũng cho thấy, sau can thiệp người cao tuổi điều trị THA tăng thêm 37,7% ở xã can thiệp so với trước can thiệp (56,7% so với 19,0%) và tăng hơn xã đối chứng 33,0% (56,7% so với 22,0%) [91].

Kết quả ở bảng 3.23 cho thấy có sự thay đổi về thực hành điều trị THA bằng phương pháp uống thuốc theo đơn của bác sỹ của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp ở cả hai xã đối chứng và can thiệp: ở xã can thiệp, tỷ lệ này tăng 1,6% so với trước can thiệp (24,5% so với 22,9%); ở xã đối chứng tỷ lệ này cũng tăng 3,4%. Bên cạnh việc điều trị bằng thuốc theo đơn của bác sỹ cũng

có một số rất ít người bị THA điều trị bệnh bằng phương pháp dùng thuốc nam/YHCT.

Sau một năm can thiệp bằng TTGDDD, người dân đã biết được mức độ nguy hiểm của bệnh THA và đã quan tâm hơn đến sức khỏe của bản thân và gia đình. Số người đo kiểm tra, theo dõi huyết áp của mình hàng ngày hay hàng tháng đã tăng lên sau can thiệp ở cả hai xã nhưng xã can thiệp tăng lên nhiều hơn (hàng ngày: 7,0% so với 2,5% của xã can thiệp, 5,4% so với 3,1% của xã đối chứng và hàng tháng: 33,0% so với 5,9% ở xã can thiệp, 8,5% so với 4,7% ở xã đối chứng) (bảng 3.27). Và số người mắc THA thực hành phòng biến chứng THA đã có sự biến chuyển rõ rệt: trước can thiệp, đối tượng mắc tăng huyết áp thực hành đúng phòng biến chứng tăng huyết áp ở hai xã đối chứng và xã can thiệp chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt giữa hai xã với $p > 0,05$. Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng mắc tăng huyết áp thực hành đúng phòng biến chứng tăng huyết áp ở xã can thiệp tăng hơn rõ rệt so với trước can thiệp (bảng 3.24). Tuy nhiên thực hành của đối tượng mắc THA về không uống rượu, bia; không hút thuốc lá và thực hiện uống thuốc huyết áp thường xuyên đã có sự chuyển biến nhưng sự khác biệt giữa hai xã với $p > 0,05$. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008), sau can thiệp, thực hành điều chỉnh chế độ ăn của đối tượng THA và nghi ngờ THA cao hơn người bình thường với $p = 0,03 - 0,01$. Tuy nhiên tỷ lệ còn hút thuốc lá và uống rượu bia ở đối tượng mắc THA có giảm nhưng giảm ít hơn so với các yếu tố phòng biến chứng khác (36,1% và 55,1%) so với người bình thường (55,3% và 55,1%) [2].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Ké (2013) cũng kết quả tương tự: Một số thực hành thay đổi chế độ ăn của đối tượng nghiên cứu để phòng biến chứng THA có sự thay đổi so với trước can thiệp như kiểm soát cân nặng (tăng 19,5%), tập thể dục đều (tăng 25,9%), uống thuốc đều đặn, kéo dài (tăng 41,1%), theo dõi HA thường xuyên (tăng 34,5%) [91]. Nhưng việc cải thiện hành vi bỏ thuốc lá và giảm uống rượu chưa thực sự rõ ràng. Có thể lý giải kết quả nêu trên của các nghiên cứu là ở đối tượng THA do việc hút thuốc lá, uống rượu bia đã trở thành thói quen.

Tỷ lệ đối tượng có thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp đạt mức khá, tốt sau can thiệp ở xã đối chứng có xu hướng tăng lên nhưng không đáng kể. Tại xã can thiệp, tỷ lệ này (19,8% và 13,2%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,4% và 2,5%) và so với xã đối chứng (6,2% và 5,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức khá, tốt về thực hành phòng biến chứng THA đạt 423,4% và 190,5%. Tỷ lệ đối tượng có thực hành ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 86,5% xuống còn 34,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,8% xuống 81,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ (bảng 3.25).

Như vậy việc tăng cường và duy trì các hoạt động TTGDDD nhằm thay đổi lối sống đến từng cá nhân của hộ gia đình để người dân hiểu được những biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra, cách phòng tránh những biến chứng đó là hết sức quan trọng và cấp bách.

Kết quả ở bảng 3.26 cho thấy, sau can thiệp, tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn mặn và thừa cân; béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt lần lượt là 27,9%, 37,6% và 41,6%. Riêng tỷ lệ uống rượu/bia ở xã can thiệp có giảm hơn so với trước can thiệp và giảm hơn xã đối chứng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, hiệu quả can thiệp chỉ đạt 2,9%.

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại hai xã của huyện Đồng Hỷ, Thái Nguyên [43].

Theo WHO (2012), biện pháp can thiệp hữu hiệu để phòng chống các bệnh không lây nhiễm nói chung và tăng huyết áp nói riêng là tập trung can thiệp vào các yếu tố nguy cơ như thói quen hút thuốc lá; uống rượu, bia; dinh dưỡng không hợp lý. Các biện pháp can thiệp tốt nhất là:

Với thói quen hút thuốc lá: Cần tăng thuế thuốc lá, cấm hút thuốc nơi làm việc và nơi công cộng, cần tăng cường cung cấp thông tin về sức khỏe và cảnh báo về thuốc lá và cấm quảng cáo, khuyến mại. Với thói quen uống rượu, bia: Cần tăng thuế rượu, bia; hạn chế quảng cáo và cấm tiếp thị rượu, bia; hạn chế về sự sẵn có của rượu, bia bán lẻ và thực thi nghiêm chính sách

kiểm soát lái xe uống rượu, bia. Với thói quen dinh dưỡng không hợp lý: Cần giảm tiêu thụ muối thông qua các chiến dịch truyền thông đại chúng và giảm lượng muối trong thực phẩm chế biến sẵn, thay thế chất béo chuyển hóa (trans-fats) bằng chất béo đa không bão hòa (polyunsaturated fats) và tăng cường truyền thông nâng cao kiến thức, thực hành của cộng đồng về dinh dưỡng và vận động hợp lý [105].

Nước Thái Lan đã thành công trong việc thiết lập một cơ chế tài chính bền vững cho hoạt động nâng cao sức khỏe nhân dân, đó là Quỹ Nâng cao sức khỏe Thái Lan (ThaiHealth). Nguồn tài chính của Quỹ được hình thành từ khoản phụ thu được tính bằng 2,0% giá tính thuế tiêu thụ đặc biệt đối với 2 sản phẩm có ảnh hưởng đến sức khỏe là thuốc lá và rượu, bia. Kết quả đến năm 2010, Thái Lan đã đạt được những thành tựu: xây dựng được 21 văn bản chính sách công trong đó có Chiến lược quốc gia về kiểm soát thuốc lá 2010 - 2014, Chiến lược kiểm soát rượu, Luật kiểm soát đồ uống có cồn, Nghị quyết về quản lý béo phì... và đã góp phần giúp Thái Lan đạt được nhiều kết quả như giảm tỷ lệ hút thuốc chung ở người trưởng thành từ 35,0% (1999) xuống 19,0% (2009); tỷ lệ lợi dụng rượu, bia ở nhóm trên 15 tuổi giảm 19,8% khi so sánh giai đoạn 2003 - 2004 với giai đoạn 2008 - 2009 [97].

Trong điều kiện kinh tế, xã hội hiện nay của nước ta thì những thay đổi các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở khu vực nông thôn diễn biến khó dự báo hơn so với khu vực đô thị bởi ở vùng thành thị có hệ thống chăm sóc sức khỏe tốt hơn, người dân sống ở đây có khuynh hướng nhận được nhiều thông tin về tình trạng bệnh tật, truyền thông giáo dục sức khỏe về các yếu tố nguy cơ và được khuyến cáo các phương pháp dự phòng đầy đủ hơn, vì vậy mà họ có nhiều kiến thức về bệnh và có ý thức quan tâm đến việc phòng chống bệnh tật hơn so với người dân sống ở vùng nông thôn. Do đó việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ đạt hiệu quả cao hơn. Trong khi ở vùng nông thôn, người dân thường giữ thói quen ăn uống có nguy cơ đối với tăng huyết áp, họ chủ quan với sức khỏe của bản thân, ít quan tâm đến vấn đề phòng bệnh cho đến khi được phát hiện ra bệnh thì lại ít có cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế tốt như vùng thành thị, kém tuân thủ quá trình điều trị và dùng thuốc đầy đủ, đúng cách. Vì vậy cần có những biện pháp đồng bộ để nâng cao chất lượng y tế của tuyến cơ sở - là

tuyên y tế trực tiếp gần dân nhất đảm bảo mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp. Nâng cao trình độ chuyên môn của nhân viên y tế tuyến cơ sở (nhân viên y tế xã, thôn bản). Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe về các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp và dự phòng tăng huyết áp tại cộng đồng đặc biệt khu vực nông thôn.

Kết quả của chúng tôi ở bảng 3.28 về tần suất tiêu thụ thực phẩm của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp cho thấy: Số đối tượng nghiên cứu ăn các thực phẩm là nguy cơ của tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao ở cả hai xã đối chứng và xã can thiệp. Tuy nhiên, sau can thiệp số đối tượng nghiên cứu ăn các loại thực phẩm nguy cơ này đã giảm ở cả hai xã đối chứng và xã can thiệp trong đó xã can thiệp giảm nhiều hơn, đặc biệt giảm nhiều nhất là nhóm thức ăn dầu, bơ, mỡ động vật (77,0% ở xã can thiệp so với 97,8% ở xã đối chứng), tiếp đến là nhóm thức ăn kho mặn (54,1% ở xã can thiệp so với 31,1% ở xã đối chứng) (bảng 3.27).

Ở giai đoạn can thiệp, chúng tôi đã soạn thảo được một tài liệu về “*Chế độ ăn hợp lý để phòng chống THA*”. Nội dung của tài liệu đề cập đến vấn đề “*Để phòng bệnh THA cần làm gì*” và “*Những người mắc THA thì ngoài việc uống thuốc đầy đủ theo đúng chỉ định của thầy thuốc và cần theo dõi huyết áp thường xuyên thì cần ăn uống như thế nào cho hợp lý*”. Tài liệu được phát đến từng hộ gia đình xã An Lão. Sau đó đều đặn hàng tuần, chúng tôi quay trở lại từng hộ gia đình để kiểm tra mức độ đọc, hiểu và áp dụng chế độ ăn theo tài liệu như thế nào đồng thời tư vấn và giải thích thêm cho người dân về chế độ ăn uống hợp lý để phòng, chống THA. Và kết quả đã được thể hiện ở bảng 3.27: Người dân đã giảm việc sử dụng các thực phẩm là nguy cơ gây THA.

Kết quả ở bảng 3.28 cho thấy; trước can thiệp, không có sự khác biệt về lượng tiêu thụ thuốc lá, rượu bia trung bình ở xã đối chứng và can thiệp với $p > 0,05$. Sau can thiệp, lượng tiêu thụ thuốc lá và bia trung bình ở xã can thiệp ($1,1 \pm 2,7$ và $31,2 \pm 143,5$) giảm so với trước can thiệp ($1,6 \pm 5,4$ và $12,3 \pm 73,4$) và giảm hơn so với xã đối chứng ($1,73 \pm 5,0$ và $28,0 \pm 125,0$) một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau can thiệp, lượng tiêu thụ rượu trung bình ở xã can thiệp ($9,8 \pm 27,3$) giảm so với trước can thiệp ($11,5 \pm 44,7$) và giảm

hơn so với xã đối chứng ($18,2 \pm 65,1$). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa xã can thiệp và xã đối chứng với $p > 0,05$. Kết quả ở bảng 3.29 của chúng tôi là phù hợp, đây là kết quả tiêu thụ lượng rượu, bia của tất cả đối tượng nghiên cứu gồm THA và không THA bởi nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp cộng đồng bằng TTGDDD về THA tới tất cả người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên để giúp người dân nâng cao kiến thức, thực hành phòng bệnh THA nhằm kiểm soát nguy cơ của THA, giảm thiểu tỷ lệ mắc thêm THA tại cộng đồng và phòng biến chứng THA với những người đang THA cũng như khống chế mức độ nặng của bệnh.

Kết quả lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Trước can thiệp lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm này ở hai xã tương đương nhau. Tuy nhiên sau can thiệp, lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm này ở xã can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó lượng thực phẩm tăng nhiều nhất là rau xanh ($381,0 \pm 194,2$ trước can thiệp so với $322,3 \pm 208,3$). Kết quả này của chúng tôi là phù hợp bởi vùng nông thôn việc trồng rau của mỗi hộ gia đình là phổ biến nên lượng tiêu thụ rau là nhiều nhất so với lượng tiêu thụ trái cây hay củ quả làm rau (bảng 3.29). Rau xanh, trái cây hay củ quả làm rau chứa nhiều kali góp phần quan trọng trong phòng chống THA. Kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011) tại Thái Nguyên cũng cho thấy sau 6 tháng can thiệp tỷ lệ đối tượng ăn đủ rau ăn đủ 5 đơn vị rau quả/ngày ở xã can thiệp tăng từ 16,0% lên 23,3% ($p < 0,05$) [43].

Kết quả ở bảng 3.30 cho thấy: Trước can thiệp, thời gian hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) trong tuần qua ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Sau can thiệp, thời gian hoạt động thể lực bằng hình thức làm việc nhà, chạy, đi bộ, đạp xe ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và tăng hơn rõ rệt so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt lần lượt là 40,0%, 44,3%, 45,8%, 157,1%. Riêng tỷ lệ hoạt động thể lực bằng chơi cầu lông/tennis ở xã can thiệp tăng

lên rõ rệt so với trước can thiệp nhưng không có sự khác biệt so với xã đối chứng ($p > 0,05$), hiệu quả can thiệp đạt 242,9%.

Kết quả ở bảng 3.31 cho thấy, trước can thiệp, thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình ở xã đối chứng và xã can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Sau can thiệp, thời gian hoạt động tĩnh tại trung bình ở xã can thiệp đã giảm xuống rõ rệt và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó giảm nhiều nhất là thời gian xem ti vi trung bình của đối tượng nghiên cứu (giảm từ $99,5 \pm 73,2$ xuống còn $79,1 \pm 54,5$).

Hoạt động thể lực bao gồm các hoạt động thường ngày và tập luyện thể dục thể thao. Hoạt động thể lực tham gia vào quá trình thiết lập cân bằng giữa năng lượng tiêu hao và năng lượng ăn vào do đó có vai trò hết sức quan trọng đối với tình trạng thừa cân, béo phì và THA. Do phương thức lao động và điều kiện sống thay đổi nên hoạt động thể lực có xu hướng giảm đi [107].

Ít hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong.

Hoạt động thể lực đúng mức đều đặn (tập thể dục, vận động cơ thể như đi bộ nhanh, chạy chậm ít nhất 30 phút mỗi ngày hoặc chơi các môn thể thao) được coi như một liệu pháp hiện đại để phòng chống THA. Theo khuyến cáo của JNC/2003 thì việc duy trì chỉ số BMI từ 18,5 đến 24,9 bằng tăng hoạt động thể lực và giảm cân sẽ giúp giảm Huyết áp tâm thu được 5 - 20 mmHg/10 kg, huyết áp tâm trương từ 4 - 9 mmHg [6]. Người ít hoạt động thể lực có nguy cơ bị bệnh THA cao hơn so với người hoạt động thể lực thường xuyên từ 20,0% đến 50,0% [6] và được coi là nguyên nhân của 5 - 13% các trường hợp THA hiện nay (riêng đối với người cao tuổi hoặc người có một số bệnh lý khác cần lưu ý không được tập quá sức) [57].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.32 cho thấy: Trước can thiệp, mức độ tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp và xã đối chứng không có sự khác biệt $p > 0,05$. Tuy nhiên sau can thiệp, mức độ tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp đã tăng lên ở cả 2 xã đối chứng và can thiệp. Tuy nhiên xã can thiệp tăng nhiều hơn xã đối chứng (93,5% so với 87,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt 27,1%.

Kết quả này chứng minh rằng người dân ngày càng quan tâm đến sức khỏe của bản thân và phản ánh một phần hiệu quả của hoạt động TTGDDD.

Kết quả ở bảng 3.33 cho thấy, trước can thiệp: các chỉ số trung bình về cân nặng, BMI, tỷ lệ VB/VM ở xã đối chứng và can thiệp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuy nhiên, sau can thiệp các chỉ số trung bình này ở xã can thiệp đều giảm hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi tỷ lệ VB/VM lại có xu hướng tăng lên ở xã đối chứng. Như vậy, hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã tác động đến thay đổi hành vi áp dụng chế độ ăn uống hợp lý, giảm thời gian hoạt động tĩnh tại và tăng thời gian hoạt động thể lực trong kết quả nghiên cứu là minh chứng rất quan trọng cho kết quả giảm cân nặng, BMI và tỷ lệ VB/VM ở bảng 3.33.

Kết quả ở bảng 3.34 cho thấy: Sau can thiệp, huyết áp tâm thu trung bình của xã đối chứng có xu hướng giảm xuống, tuy nhiên huyết áp tâm trương trung bình lại có xu hướng tăng lên. Trong khi huyết áp tâm thu (từ $125,4 \pm 19,3$ xuống còn $122,0 \pm 19,5$) và tâm trương trung bình (từ $77,5 \pm 40,3$ xuống còn $77,0 \pm 11,9$) của xã can thiệp đều có xu hướng giảm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Patience S (2012) tiến hành giáo dục dinh dưỡng cho những người tình nguyện từ 65 tuổi trở lên nhằm thay đổi nhận thức và quản lý THA tại cộng đồng và được theo dõi lại trong vòng 4 - 6 tháng sau. Kết quả cho thấy, HA tâm thu của họ giảm $16,9 \pm 17,2$ mmHg ($p < 0,05$; $n = 105$) so với lần đầu khám. Can thiệp đã nâng cao nhận thức và quản lý về THA của người cao tuổi [88].

Như vậy hoạt động TTGDDD đã tác động tích cực đến kiến thức, thực hành của người, việc hạn chế sử dụng các thực phẩm có nguy cơ THA, tăng cường sử dụng các thực phẩm có vai trò phòng chống tăng huyết áp đã góp phần làm cho chỉ số huyết áp của đối tượng nghiên cứu ở xã can thiệp ổn định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường (2011), sau can thiệp đã làm giảm huyết áp tâm thu trung bình tới 2,74 mm Hg và huyết áp tâm trương trung bình tới 3,23 mm Hg [43].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.35 cho thấy: Sau can thiệp, tỷ lệ tăng huyết áp chung ở xã đối chứng tăng lên 0,5% so với trước can thiệp (27,9% trước can thiệp so với 28,4% sau can thiệp). Trong khi sau can thiệp, tỷ lệ THA ở xã can thiệp lại giảm 2,2% (từ 21,4% trước can thiệp giảm xuống 19,2% sau can thiệp). Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai xã sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, HQCT đạt 12,1%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Khosravi (2010) tại Isfahan (Iran) [86].

Tỷ lệ THA tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu và tâm trương đều giảm so với trước can thiệp ở cả hai nhóm đối chứng và can thiệp nhưng không nhiều. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Ngân Giang, Trương Việt Dũng (2010) trên đối tượng người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên ở xã Cộng Hòa (xã can thiệp) và thị trấn Sao Đỏ (xã đối chứng) của huyện Chí Linh, Hải Dương cũng cho thấy sau một năm can thiệp, ở xã can thiệp, huyết áp tâm thu và tâm trương đều giảm nhiều hơn so với xã không được can thiệp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [90].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.35 cũng cho thấy: Tỷ lệ THA độ II giảm nhiều nhất: sau can thiệp xã can thiệp giảm 1,6% so với trước can thiệp và giảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (giảm 0,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, hiệu quả can thiệp đạt 16,7%. Tỷ lệ THA độ I, III ở xã can thiệp giảm so với trước can thiệp nhưng không đáng kể.

Kết quả này cho thấy đã có sự dịch chuyển mức độ tăng huyết áp từ mức độ nặng về mức độ trung bình. Tỷ lệ tăng huyết áp độ I có giảm nhưng không nhiều, có thể giải thích rằng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng đã giúp kiểm soát tỷ lệ THA mức độ nặng và duy trì ở mức độ nhẹ, phòng chống được biến chứng của THA. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lâm Việt (2008) phù hợp với kết quả của chúng tôi là tỷ lệ THA giảm sau can thiệp, huyết áp tâm thu và tâm trương có xu hướng giảm: Tỷ lệ đối tượng được điều trị can thiệp bằng thuốc giảm huyết áp và giáo dục thay đổi lối sống chiếm 77,3% - 94,8% trong tổng số người được quản lý theo dõi. Trong số điều trị bằng thuốc, tỷ lệ đối tượng điều trị có kết quả, số đo huyết áp trở về bình thường đạt 68,5% ở lần điều trị đầu tiên và đạt 89,1% sau 1 năm điều trị. HA tâm thu giảm từ 153 - 157

mmHg ở tuần theo dõi thứ nhất xuống 143 - 147 mmHg ở tuần theo dõi thứ 3 và giảm dần xuống 129 - 132 mmHg ở lần theo dõi sau 1 năm quản lý theo dõi. HA tâm trương giảm từ 91 - 93 mmHg ở tuần theo dõi thứ nhất xuống 82 - 85 mmHg ở tuần theo dõi thứ 3 và giảm dần xuống 75 - 78 mmHg ở lần theo dõi sau 1 năm quản lý theo dõi [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp kết quả nghiên cứu của Lại Đức Trường tại hai xã của huyện Đông Hỷ, tỉnh Thái Nguyên: sau 6 tháng can thiệp, tại xã can thiệp tỷ lệ tăng huyết áp độ II, độ III giảm rõ rệt (từ 8,1% xuống còn 2,4%, $p < 0,05$) [43]. Như vậy có tới 5,7% trường hợp THA độ II, độ III đã được chuyển sang độ I hoặc huyết áp được kiểm soát tốt. Tỷ lệ THA độ I ở xã can thiệp cũng có xu hướng giảm nhưng sự khác biệt so với thời điểm ban đầu không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả ở bảng 3.35 của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Kế (2013) về sự dịch chuyển THA từ mức độ nặng sang mức độ nhẹ hơn. Tuy nhiên THA độ I và II trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Kế giảm nhiều hơn so với kết quả của chúng tôi: 38% người cao tuổi đã duy trì HA ở mức ổn định, THA giai đoạn I giảm từ 58,7% xuống còn 26,0%, hiệu quả can thiệp đạt 50,2%, THA giai đoạn II giảm từ 32,7% xuống còn 30,7%, hiệu quả can thiệp đạt 13,9% [91]. Có thể giải thích nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Kế tiến hành can thiệp trên 300 người cao tuổi trên 60 tuổi, thời gian can thiệp là 2 năm (2010 đến 2012), trong khi đối tượng can thiệp của chúng tôi là 551 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên, thời gian can thiệp ngắn hơn (chỉ trong một năm).

Tóm lại hiệu quả can thiệp tới giảm tỷ lệ THA là không cao. Điều này có thể giải thích rằng tăng huyết áp là một bệnh lý mạn tính việc điều trị tăng huyết áp là một quá trình lâu dài và tổng thể dựa trên sự kết hợp giữa nhiều chế độ: giảm cân, chế độ ăn, tập luyện hợp lý và thuốc. Không thể khỏi bệnh tăng huyết áp trừ khi những tăng huyết áp thứ phát như tăng huyết áp do hẹp động mạch thận, nông được động mạch hẹp thì huyết áp sẽ trở về bình thường. Tuy nhiên đây cũng là một minh chứng cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA duy trì ở mức độ nhẹ và tỷ lệ mắc mới không đáng kể hoặc không có trong một năm qua, đây là một thành công của hoạt động can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Ở xã đôi chứng cũng có số ít thay đổi về kiến thức, thực hành cũng như chỉ số về huyết áp, và nhân trắc tuy nhiên sự thay đổi đôi đó không đáng kể đó chỉ là thay đổi theo thời gian. Điều này có thể giải thích rằng, trong những năm gần đây với công tác truyền thông từ các chương trình quốc gia về phòng chống tăng huyết áp của nước ta mà ý thức hơn giữ gìn và bảo vệ sức khỏe của người dân được cải thiện, cũng như công tác điều trị tăng huyết áp tốt hơn nên những người đã mắc tăng huyết áp thường duy trì ở giai đoạn nhẹ và tăng huyết áp mức độ nặng thấp dần. Điều này cũng gợi ý rằng nếu được can thiệp kịp thời thì có thể làm giảm tỷ lệ tăng huyết áp và hạn chế những biến chứng của tăng huyết áp.

Khi áp dụng mô hình hồi quy Logistic để không chế các yếu tố nhiễu, với các biến số độc lập bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh tật (THA), thì kết quả mô hình cho thấy có sự ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê của tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh tật (THA), nghề nghiệp tới hiệu quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp (bảng 3.36).

Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm có kinh tế xếp loại không nghèo tăng 1,94 lần so với nhóm có kinh tế xếp loại nghèo ($OR = 1,94$; $95\%CI: 1,54 - 2,48$). Các nghiên cứu chỉ ra rằng nhóm người tình trạng kinh tế có tương quan nghịch với THA, nhóm người có kinh tế khá giả có khuynh hướng nhận được thông tin về tình trạng bệnh tật, các yếu tố nguy cơ và được khuyến cáo các phương pháp dự phòng đầy đủ hơn bởi họ có điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế tốt. Vì vậy mà khả năng kiểm soát THA của nhóm người này tốt hơn nhóm người có kinh tế nghèo.

Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm cán bộ công nhân viên chức tăng 2,53 lần so với nhóm làm ruộng ($OR = 2,53$; $95\%CI: 2,16 - 2,97$). Nhóm cán bộ công nhân viên chức ngoài được khám sức khỏe định kỳ hàng năm, còn có cơ hội tìm hiểu về bệnh tật và có thời gian quan tâm đến sức khỏe của bản thân do vậy kiến thức, thực hành về THA của họ tốt hơn nhóm làm ruộng.

Hiệu quả can thiệp phòng chống THA ở nhóm không mắc tăng huyết áp tăng 2,37 lần so với nhóm mắc tăng huyết áp ($OR = 2,37$; $95\%CI: 1,97 - 2,95$). Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng

nhằm giảm một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại cộng đồng gồm người mắc tăng huyết áp và những người hiện tại không mắc tăng huyết áp. Thời gian can thiệp của chúng tôi là một năm nên việc tác động tới hành vi của các đối tượng chưa mắc THA sẽ dễ dàng và đem lại hiệu quả cao hơn so với người mắc tăng huyết áp. Đối với người mắc THA thì cần phải tuân thủ nghiêm ngặt trong quá trình điều trị và thời gian điều trị là lâu dài vì vậy với thời gian can thiệp của chúng tôi là một năm chỉ đem lại hiệu quả nhất định góp phần giúp cho đối tượng mắc THA giữ mức huyết áp ổn định và phòng ngừa được biến chứng của THA.

4.3. Một số hạn chế của đề tài

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người trưởng thành với nhiều độ tuổi khác nhau do vậy kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh THA khá khác nhau. Hơn nữa trong đề tài này của chúng tôi chưa đi sâu phân tích đánh giá kiến thức, thực hành của đối tượng theo từng độ tuổi, cũng như chưa đánh các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỷ lệ cao (61,3%) là do trong thời gian điều tra nhiều nam giới trong hộ gia đình đi làm xa nên không thể tham gia phỏng vấn.

Ngoài ra một số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi từ trên 70 tuổi gặp khó khăn trong trả lời phỏng vấn.

4.4. Những đóng góp mới của đề tài

- Đề tài đã cung cấp số liệu tương đối hệ thống về thực trạng THA ở người trưởng thành ≥ 18 tuổi ở hai xã thuộc huyện Bình Lục, Tỉnh Hà Nam bao gồm số liệu xác định tỷ lệ THA và các yếu tố nguy cơ của THA.

- Dựa trên việc đánh giá thực trạng tăng huyết áp, kiến thức, thực hành THA và xác định các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu tại xã can thiệp, chúng tôi đã biên soạn cuốn sách mỏng có bài viết THA, tờ rơi chế độ ăn uống hợp lý phòng chống THA về tăng huyết áp để phát cho từng hộ gia đình là một công cụ truyền thông hữu hiệu.

- Đề tài cũng cung cấp một minh chứng về hiệu quả mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng về chế độ ăn uống hợp lý để phòng chống THA ở cộng đồng nhằm nâng cao kiến thức, thực hành về THA của đối tượng nghiên cứu góp phần quan trọng trong, giảm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ, dự phòng THA ở người chưa mắc THA và kiểm soát tốt hơn huyết áp của bản thân và phòng được biến chứng THA ở người mắc THA.

- Những mô hình TTGDSK về bệnh THA của các nghiên cứu đã công bố trên thế giới và Việt Nam chủ yếu thực hiện trên người cao tuổi hoặc có một số đề tài thực hiện can thiệp ở người trưởng thành tại cộng đồng nhưng chỉ thực hiện trên đối tượng mắc THA và không đi sâu TTGDDD cho cộng đồng. Đề tài của chúng tôi đã khắc phục được những hạn chế này.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng, một số yếu tố nguy cơ và kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã An Lão và Đồn Xá của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam

1.1. Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại hai xã

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã tương đối cao chung hai xã chiếm 24,4%, xã đối chứng chiếm 27,9% cao hơn xã can thiệp 21,4%.

1.2. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp tại hai xã

- Tỷ lệ một số các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu khá cao, trong đó yếu tố hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (chung hai xã là 65,1%, xã đối chứng là 67,7%, xã can thiệp là 63,0%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là yếu tố thừa cân, béo phì (chung hai xã là 5,8%, xã đối chứng là 6,8%, xã can thiệp là 5,1%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ các yếu tố nguy cơ giữa hai xã.

1.3. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu tại hai xã

+ Đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung phòng chống tăng huyết áp đạt mức khá và tốt (chung hai xã là 3,2%, xã đối chứng là 3,3% tương đương với xã can thiệp là 3,1%)

+ Tần suất tiêu thụ thực phẩm có nguy cơ đối với tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao ở cả xã đối chứng và can thiệp trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thực phẩm thịt và các chế phẩm (91,7% ở xã đối chứng thấp hơn 94,6% ở xã can thiệp), nhóm các loại phủ tạng động vật chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,1% ở xã đối chứng tương đương với xã can thiệp 21,4%).

2. Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng

2.1. Thay đổi kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp

+ Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá và tốt (17,6% và 15,4%) tăng lên nhiều so với trước can thiệp (3,1% và 2,2%) và so với xã đối chứng (4,1% và 3,3%). Hiệu quả can thiệp tới kiến thức chung về tăng huyết áp đạt mức khá, tốt là 443,5% và 535,0%.

+ Tỷ lệ đối tượng có kiến thức chung về tăng huyết áp ở mức kém giảm rõ rệt ở xã can thiệp (từ 90,6% xuống còn 43,0%) và giảm nhiều hơn so với xã đối chứng (từ 89,5% xuống 85,6%), $p < 0,001$.

+ Tuân suất tiêu thụ các thực phẩm có nguy cơ của tăng huyết áp ở xã can thiệp giảm nhiều hơn so với trước can thiệp và xã đối chứng, trong đó giảm nhiều nhất là nhóm thức ăn dầu, bơ, mỡ động vật (từ 91,1% trước can thiệp xuống còn 77,0% ở xã can thiệp).

+ Lượng tiêu thụ trung bình các loại thực phẩm góp phần phòng chống tăng huyết áp ở xã can thiệp tăng hơn so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, trong đó lượng thực phẩm tăng nhiều nhất là rau xanh ($381,01 \pm 194,2$ trước can thiệp so với $322,3 \pm 208,3$ sau can thiệp), $p < 0,05$.

+ Thời gian hoạt động thể lực (tối thiểu 30 phút/ngày) bằng hình thức làm việc nhà, chạy, đi bộ, đạp xe ở xã can thiệp tăng lên so với trước can thiệp và tăng hơn rõ rệt so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$, hiệu quả can thiệp đạt lần lượt là 40,0%, 44,3%, 45,8%, 157,1%.

2.2. Hiệu quả của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trên các chỉ số huyết áp và một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

- Tỷ lệ yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá; ăn mặn và thừa cân, béo phì ở xã can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,001$. HQCT đạt lần lượt là 27,9%, 37,6% và 41,6%.

- Tỷ lệ tăng huyết áp ở xã đối chứng tăng lên 0,5% so với trước can thiệp (27,9% trước can thiệp so với 28,4% sau can thiệp). Trong khi sau can thiệp, tỷ lệ THA ở xã can thiệp lại giảm 2,2% (từ 21,4% trước can thiệp giảm xuống 19,2% sau can thiệp). Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai xã sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; HQCT đạt 12,1%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tăng cường truyền thông giáo dục dinh dưỡng (TTGDDD) trên các phương tiện thông tin đại chúng về các yếu tố nguy cơ, hậu quả của tăng huyết áp đến sức khỏe và biện pháp phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng.

2. Chính quyền UBND xã An Lão cần tiếp tục chỉ đạo, tăng cường sự phối hợp các ban ngành, đoàn thể để duy trì và nhân rộng các kết quả can thiệp đã đạt được tại xã.

3. Cán bộ y tế xã An Lão cần tiếp tục tăng cường lòng ghép thực hiện các hoạt động TTGDDD góp phần quan trọng trong kiểm soát bệnh tăng huyết áp.

4. Trung tâm y tế huyện Bình Lục cần có kế hoạch tiếp tục hỗ trợ trạm y tế xã trong việc duy trì hoạt động TTGDDD tại xã An Lão và mở rộng hoạt động TTGDDD sang các xã khác trong huyện Bình Lục

5. Cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa về can thiệp bằng TTGDDD nhằm cải thiện các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whelton PK (2004), "Epidemiology and the Prevention of Hypertension". *J Hypertens*: pp.636 - 42.
2. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và CS (2008), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, tr.1 - 31.
3. Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế (2016), *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015*, tr.1, tr. 43.
4. Bộ Y tế (2012), Bài giảng "*Truyền thông giáo dục sức khỏe*", NXB Y học, tr. 55 - 60.
5. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee (1999), "Guideline for Management of Hypertension", *J Hypertens*. 17(2): pp.151 - 185.
6. WHO/ISH (2003), Statement on management of Hypertension. *J. Hypertension*, 21(11), pp.1983 - 1992.
7. US Department of Heart and Human Services (2003), National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program, Available at: *Accessed March 5*.
8. Lippincott Williams & Wilkins (2003), "World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension", *J Hypertens*. 21: pp.1983 - 1992.
9. Aram V.Chobanian., George L. Bakris., Henry R. Black., et al. (2003), "*The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report*". *JAMA*. 289(19): pp.2560 - 2571.

10. Huỳnh Văn Minh và CS (2008), *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn*. Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006-2010, Nhà xuất bản Y học, tr.1 - 52.
11. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010, Hà Nội*.
12. Nguyễn Huy Dung (2005), *22 bài giảng chọn lọc Nội khoa Tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, tr.81 - 88.
13. Đào Hữu Chung, Ngô Ngọc Minh Thư (1996), *Vấn đề tăng huyết áp ở trẻ em tại bệnh viện nhi đồng I*, Tóm tắt các báo cáo khoa học tại đại hội tim mạch quốc gia lần thứ VI thành phố Hồ Chí Minh, tr.44.
14. Đặng Văn Chung (1987), *Bệnh tăng huyết áp, Tập lưu hành nội bộ*.
15. Phó Đức Nhuận (1990), "Cao huyết áp do thai nghén", *Tạp chí y học thực hành Bộ Y tế*, 4: tr.10 - 14.
16. Le Huy Lieu, "Panorama of Diabetes Meelitus in Viet Nam in the recent year". *Journal the Asia Federation of Endocrine Societies*. 2(17): pp.34 - 43.
17. Nguyễn Phú Kháng (1996), *Lâm sàng tim mạch*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.471- 479.
18. Phạm Tử Dương (2007), *Bệnh tăng huyết áp*, Nhà xuất bản Y học, tr.17 - 47.
19. Nguyễn Huy Dung (2005), *22 bài giảng chọn lọc Nội khoa Tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, tr.81 - 88.
20. Nguyễn Thị Kim Chúc, Nguyễn Hoàng Long (2010), "Mô hình tử vong ở Việt Nam: kết quả từ nghiên cứu điều tra nguyên nhân tử vong bằng phương pháp phỏng vấn", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 70(5): tr.56 - 61.
21. WHO (2013), *World health day 2013: Control your blood pressure*. WHO 2013 [cited Access 2014, January 2]; Available from: <http://www.who.int/>

22. Irene Meissner, Jack P. Whisnant, Sheldon G. Sheps, Gary L. Schwartz (1999), *Detection and Control of high blood pressure in the community. AHA.*
23. Trefor Morgan (2001), "Management blood pressure for 24 hour", *Heart Disease.* 4: pp.956.
24. Wolf -Maier K., Cooper R.S., Banegas J.R., et al. (2003), "Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States", *JAMA.* 289: pp.2363 - 2369.
25. Simon S. Tang, Sean D. Candrilli, (2007), "Prevalence, Treatment and Control of Hypertension and/or Dyslipidemia Among Hispanic Adult in US communities", *The Journal of ACC.* 49(9).
26. Dongfeng Gu, Kristi Reynolds, Xigui Wu, Jig Chen (2002), "Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in China", *Journal of Hypertension,* 40: pp.920 - 927.
27. Longo-Mbenza B, Nkoy Belila J, Vangu Ngoma D, Mbungu S (2007), "Nationwide survey of prevalence and risk factors of prehypertension and hypertension in Iranian adults", *Division of Cardiology, Kinshasa University Clinics, Congo. Niger J Med,* Jan-Mar;16(1): pp.42 - 9.
28. Jeffrey A., Cutler., et al. (2005), "*Trends in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in United States Adults Between 1988 - 1994 and 1999 - 2004*". *Journal of Hypertension,* pp.52: 818.
29. Costa JS, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IK, Castanheira M, Olinto MT, Menezes AM, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC (2007), "Hypertension prevalence and its associated risk factors in adults: a population-based study in Pelotas", *Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Arq Bras Cardiol,* Jan;88(1): pp.59 - 65.

30. Dewhurst MJ (2013), "The high prevalence of hypertension in rural-dwelling Tanzanian older adults and the disparity between detection, treatment and control: a rule of sixths?", *J Hum Hypertens.* 27, pp.374 - 380. DOI: 10.1038/jhh.2012.59.
31. WHO (2013), *Global Health Observatory: Raised blood pressure.* WHO 2013 [cited Access 2014, Jan 3]; Available from: <http://www.who.int/>.
32. Jo I, Ahn Y, Lee J, Shin KR, Lee HK, Shin C (2001), "Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea: the Ansan study", *Journal of Hypertension.* 19(9): tr.1523 - 32.
33. Yeon Hwan Park, Misoon Song, Be-long Cho, Jae-young Lim, Wook Song, Seon-ho Kim (2011), "The effects of an intergrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial", *Patient Education and Counseling*, 82, pp.133 - 137.
34. Egan BM, Zhao Y, Axon RN (2010), *US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988-2008.* JAMA; 303: pp.2043 - 2050.
35. Pereira M, Azevedo A, Barros H (2010), "Determinants of awareness, treatment and control of hypertension in a Portuguese population". *Review Portugal Cardiol.* 29(12): pp.1779 - 92.
36. Phạm Gia Khải (2000), *Đặc điểm dịch tễ học tăng huyết áp tại Hà Nội.* Kỷ yếu toàn văn đại hội tim mạch quốc gia lần thứ VIII.
37. Trần Đỗ Trinh và CS (1992), "Báo cáo tổng kết công trình điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam", *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2: tr.12 - 14.

38. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Thái Sơn, Nguyễn Ngọc Quang và CS (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001 - 2002", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 33: tr.9 - 34.
39. Lê Anh Tuấn và CS (2003), "Đặc điểm dịch tễ học tăng huyết áp tại Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, 3: tr.204 - 206.
40. Cao Thị Yến Thanh, Nguyễn Công Khả, Đặng Tuấn Đạt (2006), "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại tỉnh Đắk Lắk năm 2005", *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2: tr.92 - 98.
41. Phạm Hùng Lực, Lê Thế Thự (2002), "Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở tuổi 15 - 75 trong cộng đồng tại đồng bằng sông Cửu Long", *Tạp chí Y học dự phòng*, 2: tr.24 - 28.
42. Đào Duy An (2003), "Điều tra ban đầu chỉ số huyết áp và tăng huyết áp ở người dân tộc thiểu số thị xã Kon Tum", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 35: tr.47 - 50.
43. Lại Đức Trường (2011), "*Nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Thái Nguyên, hiệu quả của nâng cao sức khỏe và dinh dưỡng hợp lý, 2011*", Luận án tiến sỹ y học, chuyên ngành Y tế Công cộng, viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương.
44. Ha T.P.Do, Johanna M. Geleijnse, Mai B. Le, Frans. Kok, and Edith J.M.Feskens (2015), "National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension Among Vietnamese Adults", *American Journal of Hypertension* 28(1), pp. 89 - 96.
45. Nguyễn Lâm Việt (2008), *Báo cáo điều tra Dịch tễ tăng huyết áp tại 8 tỉnh, thành phố của Việt Nam*. Đại hội Tim mạch học toàn quốc lần thứ 12.
46. Bộ Y tế, *Niên giám thống kê y tế từ năm 2000 - 2013*.

47. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và CS (2002), " Dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu nguy cơ ở vùng đồng bằng Thái Bình - 2002", *Tạp chí Tim mạch học*, số 22, tr.11 - 18.
48. Chu Hồng Thắng (2008), "*Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa ở người tăng huyết áp tại xã Hóa Thượng, huyện Đông Hy, tỉnh Thái Nguyên*", Luận văn thạc sỹ, chuyên ngành nội khoa, Trường Đại Học Y - Dược Thái Nguyên".
49. National Institutes of Health (2012), *Who is at risk for high blood pressure?*2012[cited Access 2014 January 2]; Available from: www.nhlbi.nih.gov/.
50. Mattes, RD, Donnelly, D (1991), "Relative contributions of dietary sodium sources", *Journal of the American College of Nutrition*, 10(4): pp. 383 - 393.
51. Nguyễn Văn Hoàng, Đặng Vạn Phước, Nguyễn Đỗ Nguyên (2010), *Tần suất, nhận biết, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại tỉnh Long An*, Chuyên đề Tim mạch học.
52. Department of Economic and Social Affairs (2012), *Population ageing and development 2012*, United nations.
53. Nguyễn Kim Lương, Thái Hồng Quang (1997), "Kết quả bước đầu nghiên cứu rối loạn chuyển hoá Lipid ở 3 nhóm bệnh nhân đái tháo đường, tăng huyết áp và đái tháo đường có tăng huyết áp", *Tạp chí Y học thực hành*, 3: tr.5 - 53.
54. Lý Ngọc Kính, Hoàng Mai Anh, Lê Thị Thu, Nguyễn Hoài An và CS, (2004), *Các bệnh liên quan tới thuốc lá và cách phòng ngừa*, Nhà xuất bản y học, tr.25 - 27.
55. Bộ Y tế (2006), *Tài liệu hướng dẫn đào tạo cán bộ chăm sóc sức khoẻ ban đầu về phòng chống một số bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học, tr.6.

56. WHO (2011), *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, WHO press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
57. Robert D., Gandasentana., Rina K., Kusumarata (2011), “*Physical activity reduced hypertension in the elderly and cost-effective*”, *Universa medicine*, 30 (3), pp.173 - 181.
58. Phạm Gia Bình (2006), *Bệnh Đái tháo đường - Tăng Glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, tr. 369 - 379.
59. World Health Organization Experts Consultation (2004), “*Appropriate body mass index for Asia population and its implication for policy and interventions strategies*”, *Lancet*, 363, pp.157 - 163.
60. Phạm Tử Dương, Nguyễn Văn Quỳnh (1998), *Tình hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp ở một tập thể cán bộ trong 4 năm 1994 - 1998*.
61. Thakur A.K, Achari V (2000), “*A study of Lipid levels in complicated hypertension*”, *Indian - Heart J*, Mar - Apr, 52(2), pp.173 - 7.
62. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng, (Dinh dưỡng với bệnh tăng huyết áp)*, Ban hành kèm theo Quyết định số 5517/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr.115 - 119, Nhà xuất bản Y học.
63. Son PT, Quang NN, Viet NL, Khai PG, Wall S, Weinehall L, Bonita R, Byass P (2012), Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *J Hum Hypertens*, 26(4): 268-80.doi: 10.1038/jhh.2011.18. Epub 2011 Mar 3.
64. Block G (2002). Ascorbic acid, blood pressure, and the American diet. *Ann NY Acad Sci*, pp.110 - 115.
65. Ascherio A, Willett WC (1997), Health effects of trans - fatty acids, *Am J Clin Nutr*, 66 (suppl.): pp.100 - 110.
66. Hà Huy Khôi (2006), *Một số vấn đề dinh dưỡng cộng đồng ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr. 178 - 180.

67. WHO (2013), Chronic diseases and health promotion. STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance (STEPS). [Last cited on 2013 Apr 15]. Available from: <http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/en/index.html>.
68. Ford ES, Mokdad AH, Giles WH, Mensah GA (2003), "Serum total cholesterol concentrations and awareness, treatment, and control of hypercholesterolemia among US adults. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2000", *Circulation* 2003. 107(17): pp.2185 - 2189.
69. Krauss RM, Eckel RH, Howard B, et al. (2000), AHA Dietary Guidelines, "Revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association", *Circulation* 2000. 102(18): pp.2284 - 2299.
70. U.S. Department of Health and Human Services (1996), *Physical Activity and Health*. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services. 44: pp.602 - 608.
71. Bộ Y tế (2012), *Chương trình mục tiêu quốc gia y tế phòng chống tăng huyết áp giai đoạn 2012 - 2015*.
72. Judi Aubel et al (2001), "*Strengthening Grandmother Networks to Improve Community Nutrition: Experiences from Senegal*," *Gender and Development* 9, no. 2: pp. 62 - 73.
73. Bộ môn Giáo dục sức khỏe (2012), Bài giảng "*Khoa học hành vi và truyền thông giáo dục sức khỏe*", Nhà xuất bản y học, tr. 14 - 23, 75 - 84.
74. Son PT, Quang NN, Viet NL, Khai PG, Wall S, Weinehall L, Bonita R, Byass P (2012), Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *J Hum Hypertens*, 26(4): 268-80.doi: 10.1038/jhh.2011.18. Epub 2011 Mar 3.

75. Bộ môn Dinh dưỡng - An toàn thực phẩm, Trường Đại học Y Hà Nội (2016), “Truyền thông giáo dục dinh dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm”, giáo trình sau đại học, Nhà xuất bản y học tr.27 - 28, 47 - 59.
76. Bộ môn Dinh Dưỡng và An toàn thực phẩm (2012), *Bài giảng Dinh dưỡng và Vệ sinh an toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản y học, tr. 575-581.
77. WHO/FAO (2004), Chế độ ăn, dinh dưỡng và dự phòng các bệnh mạn tính, Báo cáo kỹ thuật số 916 của WHO/FAO-Geneva 2003, *Bản dịch và xuất bản của viên Dinh dưỡng Hà Nội*, tr. 5 - 12, tr. 34 - 53, tr 62 - 153.
78. Dự án Việt Nam - Hà Lan (2007), Truyền thông thay đổi hành vi chăm sóc dinh dưỡng tại gia đình và cộng đồng, Nhà xuất bản Thanh niên, tr.6 - 7.
79. Nyamdorj R et al (2008), BMI compared with central obesity indicators in relation to diabetes and hypertension in Asians. *Obesity (Silver Spring)*, 16(7), pp.1622 - 35. Epub 2008 Apr 10.
80. Theodore A., Kotchen (2008), *Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*, Theseven threport of the Joint National Committee on Prevention.
81. National Heart Lung and Blood Institute (1997), The Six report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure”, *NIH publication*, pp.98, 40 - 80.
82. Wang Y.R, Alexander G.C. et al. (2007), "Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United states", *Arch Intern Med.* 167: pp.141 - 147.
83. Ebrahim S, Davey Smith G (1999), "Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease", *The Cochrane Database of Systematic Reviews* No:CD001561.DOI: 10.1002/14651858.
84. Zdrojewski T., Guszek J. et al, (2004), "Effects of Social intervention on detection and efficacy of treatment for arterial hypertension. Main result of the Polish Four Cities Progame", *Kardiol Pol.* 61(12): pp.546 - 58.

85. Finlay A., McAlister (2006), “*The Canadian hypertension education program A unique Canadian initiative*”, *Canadian Journal of Cardiology*, 22(7), pp.559 - 564.
86. Khosravi A., Mehr G.K., Kelishadi R., Shirani S., Gharipour M., Tavassoli A., Noori F., Sarrafzadegan N. (2010), “*The impac of 6-year comprehensive comminity trial on the awareness, treatment and control rates of hypertension in Iran, experiences from the Isfahan healthy heart program*”, *BMC Cardiovasc Disord*, V10, pp.61 – 78.
87. Trần Thị Mai Hoa (2014), *Thực trạng, kiến thức và thực hành về tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã thuộc huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013*, Luận văn thạc sỹ y học, chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
88. Patience S (2012), “*Understanding the relationship between salt intake and hypertension*”, *Nursing Standard*, 27(18), pp.45 - 47.
89. Yadollah Abolfathi Momtaz (2012), “*Loneliness as a risk factor for hypertension in later life*”, *Journal of Aging and Health*, 24 (4), pp.696 - 710.
90. Phạm Ngân Giang, Trương Việt Dũng và CS (2010), “*Can thiệp kiểm soát tăng huyết áp ở cộng đồng nông thôn*”, *Tạp chí Y học thực hành*, 1(696), Hà Nội, tr.55 - 58.
91. Nguyễn Kim Kế (2013), “*Hiệu quả mô hình kiểm soát tăng huyết áp người cao tuổi ở thị xã Hưng Yên*”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 1 (857), Hà Nội, tr.133 - 136.
92. Cổng thông tin điện tử tỉnh Hà Nam, <http://hanam.gov.vn/vivn/Pages/Article.aspx?ChannelId=61&articleID=179>.
93. Hà Huy Khôi, Lê Thị Hợp (2012), *Phương pháp dịch tễ học dinh dưỡng*, nhà xuất bản Y học, tr.183 - 239.

94. Nyamdorj R et al (2008), BMI compared with central obesity indicators in relation to diabetes and hypertension in Asians. *Obesity (Silver Spring)*, 16(7), pp.1622 - 35. Epub 2008 Apr 10.
95. Trần Thị Mai Hoa (2014), *Thực trạng, kiến thức và thực hành về tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã thuộc huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013*, Luận văn thạc sỹ y học, chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
96. Lưu Ngọc Hoạt (2009), *Một số sai sót thường gặp trong nghiên cứu y học*, Tài liệu giảng dạy Viện Y học dự phòng và Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội, tr.12 - 16.
97. Bộ Y tế (2015), *Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 - 2025*.
98. WHO (2011), *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, WHO press, 20Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
99. Võ Văn Thắng, Hoàng Đình Huệ (2011), *Sử dụng phần mềm thống kê SPSS*, Giáo trình đào tạo đại học và sau đại học trong ngành Y, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr.85 - 104.
100. Khoa Y tế công cộng-Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 18 - 22, 58 - 94.
101. Viện Dinh Dưỡng quốc gia (2010), *Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010*, Nhà xuất bản Y học.
102. Phạm Ngọc Khái (2004), *"Tần suất tiêu thụ thực phẩm và chế độ hoạt động thể lực của người cao tuổi tăng huyết áp, thừa cân - béo phì tại Thái Bình"*, Tạp chí Y học Dự phòng, tập XIV, số 6 (71): tr.11 - 16.
103. Uemura K, Mori N (2006), *"Influence of age and age sex on high - fat diet - induced increase in blood pressure"*, Center of Medical Education, Nagoya University School of Medicine, Japan, pp.121 - 127.

104. Viện Dinh Dưỡng quốc gia (2010), *Điều tra mức tiêu thụ muối và nguồn cung cấp muối khẩu phần*, Nhà xuất bản y học.
105. WHO Discussion Paper (2012), *Effective approaches for strengthening multisectoral action for NCDs*.
106. Trần Văn Long (2015), “*Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống THA tại hai xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 - 2012*”, Luận án tiến sỹ y học, chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
107. Barbaba E, Ainsworth (2000), *Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities*, *Medicine and Science in Sport and exercise*, 32(9): pp.498 - 516.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2014), “Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại hai xã của huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 88(3), tr. 143 - 150.
2. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2015), “Thực trạng kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân tại hai xã thuộc huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Y học dự phòng, tập XXV*, số 6 (166), tr.174 - 181.
3. Trương Thị Thùy Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài, Nguyễn Văn Hiến (2016), “Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người trưởng thành tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành*, số 6(1013), tr.115 - 117.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC**

Mã hộ:

.....

Mã cá thể:

.....

Ngày phỏng vấn:/...../.....

PHIẾU PHỎNG VẤN CÁ NHÂN

(Đối tượng phỏng vấn: là người lớn ≥ 18 tuổi của HGD)

I. Thông tin chung:

C101. Họ và tên chủ hộ:.....

C102. Họ và tên người được phỏng vấn:.....

C103. Nghề nghiệp:.....

1. Cán bộ, công nhân viên

2. Làm ruộng

3. Buôn bán

4. Nội trợ

5. Khác(Ghi rõ):.....

C104. Trình độ học vấn:.....

1. \leq Tiểu học

2. THCS

3. THPT

4. Trung cấp/Cao đẳng/Đại học

Tuổi	Giới	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	Vòng eo (cm)	Vòng hông (cm)	Huyết áp (mmHg)
					/.....

C105. Huyết áp và chỉ số nhân trắc của người được phỏng vấn:

C106. Năm 2013 kinh tế của gia đình ông/bà được xếp loại gì? (hỏi cả hai cột)

Theo phân loại của xã (UBND xã)		Ông/bà tự đánh giá loại gì?	
1.	Cận nghèo	1.	Khá/giàu
2.	Nghèo	2.	Trung bình
3.	Trung bình	3.	Nghèo
4.	Khá/giàu	4.	Rất nghèo
5.	Chưa phân loại/không biết	5.	Không có ý kiến

II. Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về bệnh TĂNG HUYẾT ÁP

	Kiến thức	
C201	Ông/bà đã nghe nói đến bệnh tăng huyết áp (THA) bao giờ chưa?	1. Đã nghe 2. Chưa nghe bao giờ =>C301
C202	Theo ông/bà, khi HA bằng bao nhiêu thì coi là tăng huyết áp? (Có thể có nhiều khả năng trả lời)	3. HA tối đa ≥ 140 mmHg và HA tối thiểu ≥ 90 mmHg 4. Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg 5. Huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg 6. Không biết/Không trả lời 7. Khác (ghi rõ).....
C203	Theo ông/bà, người bị tăng huyết áp thường có biểu hiện gì? (Có thể có nhiều khả năng trả lời)	1. Đau đầu 2. Hoa mắt/chóng mặt 3. Đau ngực 4. Con nóng mặt/đỏ mặt 5. Không có triệu chứng gì 6. Không biết/không trả lời 7. Khác (ghi rõ)
C204	Theo ông/bà bệnh tăng huyết áp có thể gây ra tác hại gì?	1. Đột quỵ não/Tai biến mạch máu não 2. Suy tim/bệnh tim mạch khác 3. Biến chứng mắt 4. Liệt

	(Có thể có nhiều khả năng trả lời)	<ul style="list-style-type: none"> 5. Suy gan, suy thận 6. Tử vong 7. Không biết/không trả lời 8. Khác (ghi rõ).....
C205	<p>Theo ông/bà những người như thế nào thì dễ bị bệnh tăng huyết áp?</p> <p>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Quen ăn mặn 2. Ăn nhiều đường 3. Ăn nhiều chất béo 4. Thừa cân/béo phì 5. Ít vận động 6. Hút thuốc lá 7. Uống nhiều rượu/bia 8. Tuổi cao (>40) 9. Căng thẳng tinh thần <ul style="list-style-type: none"> a. Tiền sử gia đình có người bị bệnh THA b. Không biết/không trả lời c. Khác (ghi rõ).....
C206	Theo ông/bà, bệnh tăng huyết áp có thể dự phòng được hay không?	<ul style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không =>C208 3. Không biết/không trả lời =>C208
C2071	<p>Nếu có, theo ông/bà cần làm gì để phòng bệnh tăng huyết áp?</p> <p>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Luyện tập thể thao 2. Bỏ thuốc lá 3. Cai rượu/bia 4. Giảm cân nặng 5. Ăn nhiều rau/quả 6. Ăn ít chất béo 7. Ăn ít muối 8. Ăn ít đường

		<p>9. Không thức quá khuya</p> <p>a. Không biết/không trả lời</p> <p>b. Khác (ghi rõ).....</p>
C2072	<p>Trong năm qua ông/bà đã làm gì để phòng bệnh tăng huyết áp?</p> <p><i>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</i></p>	<p>1. Luyện tập thể thao</p> <p>2. Bỏ thuốc lá</p> <p>3. Cai rượu/bia</p> <p>4. Giảm cân nặng</p> <p>5. Ăn nhiều rau/quả</p> <p>6. Ăn ít chất béo</p> <p>7. Ăn ít muối</p> <p>8. Ăn ít đường</p> <p>9. Không thức quá khuya</p> <p>a. Không biết/không trả lời</p> <p>b. Khác (ghi rõ).....</p>
C208	<p>Ông/bà có bị tăng huyết áp không?</p>	<p>1. Có</p> <p>2. Không</p> <p>3. Không biết/không trả lời</p>
C209	<p>Huyết áp lúc cao nhất của ông/bà là bao nhiêu?</p>	<p>1. /mmHg</p> <p>2. Không biết/không nhớ /không trả lời</p>
C210	<p>Ông/bà được phát hiện tăng huyết áp từ bao giờ?</p>	<p>1.Tháng trước đây;</p> <p>2.năm trước đây</p> <p>3. Không nhớ/không trả lời</p>
C211	<p>Từ khi được phát hiện tăng HA ông/bà có điều trị không?</p>	<p>1. Có</p> <p>2. Lúc có, lúc không</p> <p>3. Không =>C301</p> <p>4. Không nhớ/không trả lời =>C301</p>

C212	<p>Trong một năm vừa qua Ông/bà đã điều trị như thế nào?</p> <p><i>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uống thuốc theo đơn của bác sỹ 2. Dùng thuốc nam 3. Thuốc y học cổ truyền 4. Điều chỉnh chế độ ăn 5. Khác (ghi rõ).....
C213	<p>Trong một năm vừa qua, bao nhiêu lâu ông/bà đo huyết áp một lần?</p> <p><i>(Chỉ khoanh vào 01 khả năng trả lời)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hàng ngày 2. Hàng tuần 3. Hàng tháng 4. 3 tháng/lần 5. 6 tháng/lần 6. 1 năm/lần 7. Thỉnh thoảng (không thường xuyên) 8. Không nhớ/không trả lời
C214	<p>Trong một năm vừa qua, ông/bà đã làm gì để phòng biến chứng của bệnh?</p> <p><i>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bỏ thuốc lá 2. Ăn ít đường 3. Giảm cân nặng 4. Ăn nhiều rau/quả 5. Không uống cà phê 6. Ăn nhạt/ít muối 7. Không uống rượu/bia 8. Ăn ít chất béo 9. Không thức quá khuya <ol style="list-style-type: none"> a. Tránh căng thẳng b. Uống thuốc HA thường xuyên c. Không làm gì d. Khác (ghi rõ).....

III. Nhu cầu truyền thông giáo dục sức khỏe của người dân		
C301	Ông/bà có bao giờ tìm hiểu thông tin về bệnh tật không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thường xuyên 2. Thỉnh thoảng 3. Không =>C303 4. Không trả lời =>C303
C302	Ông/bà thường tìm hiểu thông tin về bệnh tật từ đâu? <i>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ti vi 2. Báo/tạp chí 3. Internet 4. Bạn bè/đồng nghiệp 5. Tờ rơi/áp phích... 6. Các nhân viên y tế 7. Khác (ghi rõ).....
C303	Ông/bà có mong muốn được cung cấp thông tin về bệnh THA không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không => C401
C304	Ông/bà muốn được cung cấp thông tin về các bệnh đó bằng cách nào <u>nhất</u> ? <i>(Chỉ khoanh vào <u>một lựa chọn</u> mà người trả lời phỏng vấn <u>thích nhất</u>)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ti vi 2. Báo/tạp chí 3. Internet 4. Tổ chức nói chuyện cho người dân 5. Phát tờ rơi, sách hướng dẫn... 6. Nhân viên y tế hướng dẫn 7. Phát trên loa, đài phát thanh của xã/phường 8. Khác (ghi rõ).....
IV. Thói quen - lối sống		
C401	Ông/bà có đang hút thuốc lá/thuốc lào không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không =>C403

C402	Ngày nào ông/bà hút thuốc lá/thuốc lào hay như thế nào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hàng ngày (ngày nào cũng hút) 2. Hàng tuần (tuần nào cũng hút) 3. Hiếm khi hút
C403	Trong suốt 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày ông/bà hút thuốc lá/thuốc lào?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có Ngày (ghi rõ số ngày hút) 2. Không hút =>C405
C404	Trong 30 ngày qua, trung bình một ngày, ông/bà hút bao nhiêu điếu? điếu/ngày
C405	Ông/bà có bao giờ hít phải khói thuốc lá/thuốc lào do người khác hút không?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có, thường xuyên 2. thỉnh thoảng 3. Không =>C407
C406	Ông/bà hít phải khói thuốc lá do người khác hút ở đâu? (Có thể có nhiều khả năng trả lời)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ở nhà 2. ở nơi làm việc 3. ở nơi công cộng 4. ở nơi khác (ghi rõ):
C407	Trong suốt 30 ngày qua, có bao nhiêu ngày ông/bà uống rượu, bia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0. Không uống => C409 ngày (ghi rõ số ngày có uống)
C408	Trung bình 1 ngày ông/bà uống bao nhiêu cốc, chén (ĐTV hỏi số chén, cốc rồi quy ra ml)	<p>..... ml rượu/ngày (không uống rượu ghi số 0)</p> <p>..... ml bia/ngày (không uống bia ghi số 0)</p>
C409	Ông/bà có ăn mặn hơn những người khác trong gia đình?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Có 2. Không

	đình không? <i>(Ăn mặn hơn là thường xuyên phải thêm muối/nước mắm vào thức ăn)</i>	3. Không để ý/Không biết
C410	Trung bình mỗi ngày ông/bà ăn bao nhiêu rau xanh, củ, quả?	Hoa quả:..... gam Rau xanh:..... gam Củ, quả làm rau:..... gam
C411	Trong 7 ngày qua, ngoài công việc hàng ngày, có bao nhiêu ngày ông/bà tham gia các hoạt động thể lực ít nhất 30 phút?	0. Không có ngày nào =>C231 ngày (ghi rõ số ngày có hoạt động thể lực ≥ 30 phút)
C412	Hiện tại ông/bà tham gia các hoạt động thể lực nào? <i>(Có thể có nhiều khả năng trả lời)</i>	1. Làm việc nhà 2. Đi bộ 3. Bơi lội 4. Đạp xe 5. Chạy 6. Nhảy 7. Cầu lông/tennis 8. Đá bóng 9. Khác (ghi rõ).....

C413. Ông/bà tham gia các hoạt động sau trong 7 ngày qua như thế nào?

Đọc từng hoạt động?

STT	Các hoạt động	Tham gia		Số ngày trong tuần	Số phút trong ngày
		Có	Không		
C4131	Xem ti vi/video/DVDs				
C4132	Ngồi và nói chuyện với bạn bè				

C4133	Nói chuyện qua điện thoại				
C4134	Đọc sách/học tập/nghiên cứu				
C4135	Xem Internet				
C4136	Chơi Game				
C4137	Ông/bà thường uống bao nhiêu nước trong một ngày?	1. Dưới 1 lít/ngày 2. 1- <1,5 lít/ngày 3. 1,5- <2lít/ngày 4. ≥ 2 lít/ngày 5. Không biết/không trả lời			

V. Tần suất tiêu thụ thực phẩm

TT	Tên thực phẩm	Hàng ngày (1)	4-6 lần/tuần (2)	1-3 lần/tuần (3)	Hàng tháng (4)	Thỉnh thoảng/theo mùa (5)	Không bao giờ ăn (6)
C501	Thịt và các chế phẩm từ thịt						
C502	Cá và các chế phẩm từ cá						
C503	Trứng và các chế phẩm từ trứng						
C504	Sữa và các chế phẩm từ sữa						
C505	Các loại hạt đậu đỗ, vừng, lạc						
C506	Bánh kẹo, đường ...						
C507	Dầu, bơ, mỡ động vật						
C508	Các loại rau, củ						
C509	Các loại quả chín						
C510	Các loại phủ tạng động vật						
C511	Ăn các thực phẩm xào, rán						
C512	Ăn các món kho mặn						
C513	Ăn đồ nướng, quay						
C514	Đồ hộp						
C515	Nước giải khát						

Phụ lục 2 - Mẫu phỏng vấn sâu 1

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC**

**MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO ỦY BAN NHÂN DÂN HUYỆN
NỘI DUNG**

1. Thực trạng tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây

- Đánh giá của ông/bà về tình hình tăng huyết áp hiện nay ở địa phương?
- Tại địa phương có những yếu tố nào là nguy cơ tăng huyết áp và làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp cho tình trạng tăng huyết áp tăng lên?
- Sự quan tâm chỉ đạo của chính quyền huyện trong những năm gần đây để phòng chống tăng huyết áp như thế nào?
- Thái độ, sự quan tâm của cộng đồng đối với tăng huyết áp?

2. Hoạt động phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Hiểu biết của cộng đồng về các ảnh hưởng của tăng huyết áp tới sức khỏe?
- Sự quan tâm phối hợp của chính quyền, ngành y tế, các ban ngành khác và người dân trong huyện để phòng chống tăng huyết áp?

3. Ý kiến về tổ chức và khả năng huy động sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Ý kiến của ông/bà về khả năng xây dựng một mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp (mức độ cần thiết, khả năng thực thi...)
- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được mạng lưới này?

4. Nhu cầu về đào tạo, tổ chức, nguồn lực

- Tuyên huyện nhu cầu là gì?
- Tuyên xã nhu cầu là gì?
- Nguồn lực sẵn có tại địa phương hiện nay cho việc tổ chức mạng lưới

truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

- Nhu cầu hỗ trợ từ tuyến trên?

5. Ý kiến về mô hình truyền thông

- Tổ chức mạng lưới từ tuyến huyện đến tuyến xã như thế nào?

- Về tổ chức cụ thể: Đối tượng tham gia với từng tuyến, từng nhóm cụ thể là gì?

+ Chính quyền, các ban ngành đoàn thể?

+ Với cán bộ y tế (huyện, xã)?

+ Với người dân?

- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?

- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

6. Các ý kiến đóng góp khác của Ông/Bà nếu có

Xin nêu tất cả các ý kiến và đóng góp khác của Ông/Bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

Phụ lục 3 - Mẫu phỏng vấn sâu 2

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC
MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO ỦY BAN NHÂN DÂN HUYỆN
(Sau can thiệp)

NỘI DUNG

1. Nhận xét về hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trong thời gian vừa qua và đề xuất?
2. Những hoạt động cụ thể mà ban chỉ đạo xã quan tâm thực hiện?
3. Mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong xã đối với tăng huyết áp trong năm qua như thế nào?
4. Nhận xét sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại xã?
5. Nhận xét về tổ chức và khả năng duy trì và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp với sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế?
6. Ý kiến đề nghị của Ông/bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC**

**MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ**

NỘI DUNG

1. Thực trạng tăng huyết áp tại địa phương (xã) trong những năm gần đây

- Đánh giá của ông/bà về tình hình tăng huyết áp hiện nay ở địa phương?
- Tại địa phương có những yếu tố nào là nguy cơ tăng huyết áp và làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp cho tình trạng tăng huyết áp tăng lên?
- Sự quan tâm chỉ đạo của chính quyền huyện trong những năm gần đây để phòng chống tăng huyết áp như thế nào?
- Thái độ, sự quan tâm của cộng đồng đối với tăng huyết áp?

2. Hoạt động phòng chống tăng huyết áp tại địa phương (xã)

- Ý kiến của ông/bà về khả năng xây dựng một mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp (mức độ cần thiết, khả năng thực thi...)
- Sự quan tâm phối hợp của chính quyền, ngành y tế, các ban ngành khác và người dân trong huyện để phòng chống tăng huyết áp?

3. Ý kiến về tổ chức và khả năng huy động sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Ý kiến của ông/bà về khả năng xây dựng một mạng lưới truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp (mức độ cần thiết, khả năng thực thi...).
- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được mạng lưới này?

4. Ý kiến về mô hình truyền thông

- Tổ chức mạng lưới chung như thế nào?
- Về tổ chức cụ thể: Đối tượng tham gia với từng nhóm cụ thể là gì?
 - + Chính quyền, các ban ngành đoàn thể?
 - + Với người dân?
 - + Với cán bộ y tế?
- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?
 - Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

5. Các ý kiến đóng góp khác của Ông/Bà nếu có

Xin nêu tất cả các ý kiến và đóng góp khác của Ông/Bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC**

**MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO ỦY BAN NHÂN DÂN XÃ AN LÃO
(sau can thiệp)**

1. Nhận xét về hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trong thời gian vừa qua và đề xuất?
2. Những hoạt động cụ thể mà ban chỉ đạo xã quan tâm thực hiện?
3. Mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong xã đối với tăng huyết áp trong năm qua như thế nào?
4. Nhận xét sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại xã?
5. Nhận xét về tổ chức và khả năng duy trì và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp với sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế?
6. Ý kiến đề nghị của Ông/bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC**

**MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN**

1. Thực trạng tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây

- Đánh giá của ông/bà về tình hình tăng huyết áp hiện nay ở địa phương?
- Tại địa phương có những yếu tố nào là nguy cơ tăng huyết áp và làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp cho tình trạng tăng huyết áp tăng lên?
- Mức độ ảnh hưởng: số lượng mắc, mức độ nghiêm trọng...?
- Đối tượng mắc chủ yếu?
- Sự chỉ đạo của chính quyền huyện trong những năm gần đây với phòng chống tăng huyết áp như thế nào?
- Sự quan tâm phòng chống tăng huyết áp của y tế, người dân như thế nào?
- Các chính sách, chiến lược, kế hoạch và các nguồn lực hiện có nhằm phòng chống tăng huyết áp của huyện?

2. Hoạt động phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Các hoạt động phòng chống tăng huyết áp đã và đang triển khai tại huyện?
- Năng lực và mức độ sẵn sàng của y tế tuyến huyện, xã để đối phó với vấn đề này?
- Khả năng huy động sự tham gia của chính quyền, ban ngành đoàn thể, người dân trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương?
- Thực trạng hệ thống tổ chức để đối phó với vấn đề này ở địa phương (từ huyện đến xã)?
- Khó khăn/thuận lợi của địa phương trong phòng chống tăng huyết áp hiện nay?

3. Ý kiến về khả năng tổ chức và huy động tham gia của cộng đồng và của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp

- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được hệ thống tổ chức dựa vào cộng đồng để phòng chống tăng huyết áp?
- Nguồn lực sẵn có tại địa phương cho việc về tổ chức, nhân lực, chuyên môn kỹ thuật...
- Nhu cầu về đào tạo, tổ chức, nguồn lực cần thiết cho xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng?
 - + Tuyên huyện nhu cầu là gì?
 - + Tuyên xã nhu cầu là gì?
 - + Cộng đồng nhu cầu gì?

4. Ý kiến về mô hình truyền thông

- Tổ chức mạng lưới từ tuyến huyện đến tuyến xã như thế nào?
- Yêu cầu về tổ chức cụ thể như thế nào? Đối tượng tham gia với từng tuyến, từng nhóm cụ thể là gì?
 - + Với các cơ sở y tế trong mạng lưới y tế (các tuyến: huyện, xã)
 - + Với các cán bộ y tế (các cán bộ các tuyến, các chuyên khoa..., y tế tư nhân?).
 - + Với cộng đồng (người dân, lãnh đạo cộng đồng, các tổ chức đoàn thể...)
- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?
- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

5. Các ý kiến đóng góp khác của Ông/Bà nếu có

Xin nêu tất cả các ý kiến và đóng góp khác của Ông/Bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

Phụ lục 7 - Mẫu phỏng vấn sâu 6

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

**MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÌNH LỤC
(Sau can thiệp)**

1. Nhận xét về hoạt động ban chỉ đạo, các hoạt động can thiệp đạt được của đề tài?
2. Tác động, ảnh hưởng của đề tài đến hoạt động y tế huyện?
3. Ý kiến của anh về mô hình truyền thông phòng chống tăng huyết áp ở xã An Lão?
4. Ý kiến đề nghị của Ông/bà?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU

ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO TRUNG TÂM Y TẾ XÃ

1. Thực trạng tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây

- Ý kiến của ông/bà về tình hình tăng huyết áp hiện nay ở địa phương?
- Tại địa phương có những yếu tố nào là nguy cơ tăng huyết áp và làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp cho tình trạng tăng huyết áp tăng lên?
- Mức độ ảnh hưởng: số lượng mắc, mức độ nghiêm trọng...?
- Đối tượng mắc chủ yếu?
- Xu hướng mắc: tăng/giảm?
- Sự quan tâm chỉ đạo của chính quyền trong những năm gần đây với phòng chống tăng huyết áp như thế nào?
- Sự quan tâm đến tăng huyết áp của y tế, người dân trong xã như thế nào?
- Kiến thức, thái độ, thực hành củ người dân về các ảnh hưởng của tăng huyết áp đến sức khỏe?
- Các chính sách, chiến lược, kế hoạch và các nguồn lực hiện có nhằm phòng chống tăng huyết áp trong địa bàn xã?

2. Hoạt động phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Các hoạt động phòng chống tăng huyết áp đã và đang triển khai tại địa bàn xã?
- Năng lực và mức độ sẵn sàng của y tế tuyến huyện, xã để đối phó với vấn đề này?
- Khả năng huy động sự tham gia của chính quyền, ban ngành đoàn thể, người dân trong phòng chống tăng huyết áp tại địa bàn xã?
- Thực trạng hệ thống tổ chức để đối phó với vấn đề này tại địa bàn xã?
- Khó khăn/thuận lợi của xã trong phòng chống tăng huyết áp hiện nay?

3. Ý kiến về khả năng tổ chức và huy động tham gia của cộng đồng và của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp

- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được hệ thống tổ chức dựa vào cộng đồng để phòng chống tăng huyết áp?
- Nguồn lực sẵn có tại địa phương cho việc về tổ chức, nhân lực, chuyên môn kỹ thuật...
- Nhu cầu về đào tạo, tổ chức, nguồn lực cần thiết cho xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại địa bàn xã?
 - + CBYT nhu cầu là gì?
 - + Cộng đồng nhu cầu là gì?

4. Ý kiến về mô hình truyền thông

- Tổ chức mạng lưới từ tuyến huyện đến tuyến xã như thế nào?
- Yêu cầu về tổ chức cụ thể như thế nào? Đối tượng tham gia với từng tuyến, từng nhóm cụ thể là gì?
 - + Với các cơ sở y tế trong mạng lưới y tế (các tuyến: huyện, xã)
 - + Với các cán bộ y tế (các cán bộ các tuyến, các chuyên khoa..., y tế tư nhân?).
 - + Với cộng đồng (người dân, lãnh đạo cộng đồng, các tổ chức đoàn thể...)
- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?
- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

5. Các ý kiến đóng góp khác của Ông/Bà nếu có

Xin nêu tất cả các ý kiến và đóng góp khác của Ông/Bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN PHỎNG VẤN SÂU
ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO TRUNG TÂM Y TẾ XÃ
(Sau can thiệp)

1. Nhận xét về tham gia xây dựng và triển khai mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp tại xã?
2. Nhận xét về các hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trong năm vừa qua của CBYT xã, thôn
3. Kế hoạch của y tế để duy trì kết quả của đề tài là gì?
4. Ý kiến đề nghị của Ông/Bà?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN
THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ TUYẾN HUYỆN

Đối tượng tham gia thảo luận nhóm cán bộ y tế tuyến huyện:

- Đại diện phòng y tế
- Đại diện bệnh viện huyện
- Đại diện trung tâm y tế (lãnh đạo trung tâm, khoa kiểm soát dịch bệnh, phòng TT-GDSK...)

1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây

- Tình hình tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây?
- Mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong huyện đối với tăng huyết áp?
- Sự quan tâm của người dân đến tăng huyết áp? Xu hướng thay đổi của bệnh tăng huyết áp (tăng hay giảm)?
- Nhận định về kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế và người dân về tăng huyết áp và ảnh hưởng của tăng huyết áp đến sức khỏe và bệnh lý liên quan?

2. Hoạt động phòng chống bệnh tăng huyết áp tại địa phương

- Các chính sách, quy định, kế hoạch và các nguồn lực hiện có của huyện nhằm phòng chống tăng huyết áp trong phạm vi của huyện?
- Các hoạt động phòng chống tăng huyết áp đã và đang triển khai tại huyện?
- Sự sẵn sàng của chính quyền và người dân trong việc phòng chống tăng huyết áp?
- Khả năng huy động sự tham gia của chính quyền, ban ngành đoàn thể, người dân trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương như thế nào?
- Thực trạng hệ thống tổ chức để đối phó với tăng huyết áp tại địa phương (từ huyện đến xã) như thế nào?
- Những chỉ đạo, hỗ trợ của tuyến trên cho công tác phòng chống tăng huyết áp như thế nào (xin nêu cụ thể)?

- Những chỉ đạo, hỗ trợ của tuyến huyện đối với tuyến xã cho công tác phòng chống tăng huyết áp như thế nào (xin nêu cụ thể)?

- Những thuận lợi và khó khăn của huyện trong việc phòng chống tăng huyết áp hiện nay trong phạm vi huyện?

3. Ý kiến về tổ chức và khả năng huy động sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Sự cần thiết xây dựng một mạng lưới phòng chống tăng huyết áp dựa vào cộng đồng?

- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được mạng lưới này? Nhu cầu về đào tạo, tổ chức, nguồn lực...?

+ Tuyến huyện nhu cầu là gì?

+ Tuyến xã nhu cầu là gì?

- Nguồn lực sẵn có tại địa phương hiện nay cho việc phòng chống tăng huyết áp: về tổ chức, nhân lực, chuyên môn kỹ thuật...

- Khả năng huy động nguồn lực trong ngành y tế huyện cho việc phòng chống tăng huyết áp?

4. Ý kiến về mô hình

- Tổ chức mạng lưới từ tuyến tỉnh đến huyện đến xã như thế nào?

- Yêu cầu về tổ chức cụ thể như thế nào? Tổ chức và đối tượng tham gia ở từng tuyến, từng nhóm cụ thể là gì?

+ Với tổ chức y tế, cán bộ y tế (huyện, xã: Đơn vị tham gia, cán bộ tham gia, chức năng nhiệm vụ như thế nào)?

+ Với chính quyền, các ban ngành đoàn thể?

+ Với cộng đồng (người dân, các tổ chức xã hội...)

- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?

- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

4. Các ý kiến và đề xuất khác (nếu có)

Xin nêu tất cả các đề xuất và ý kiến khác nếu có.

Phụ lục 11 - Mẫu thảo luận nhóm 2

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN
THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ TUYẾN HUYỆN
(Sau can thiệp)

1. Hiểu biết và quan tâm về tăng huyết áp của cán bộ y tế hiện nay?
2. Nhận xét về hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trong thời gian vừa qua và đề xuất?
3. Nhận định về mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong huyện đối với tình hình tăng huyết áp hiện nay?
4. Nhận xét về tổ chức và khả năng duy trì và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?
5. Ý kiến đề nghị của các Ông/Bà?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

Phụ lục 12 - Mẫu thảo luận nhóm 3

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN
THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ TUYẾN XÃ

Đối tượng tham gia thảo luận nhóm cán bộ y tế tuyến huyện:

- Cán bộ trạm y tế xã
- Các y tế thôn/bản

1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp tại địa phương (xã) trong những năm gần đây

- Tình hình tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây?
- Mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong xã đối với tăng huyết áp?
- Sự quan tâm của người dân đến tăng huyết áp? Xu hướng thay đổi của bệnh tăng huyết áp (tăng hay giảm)?
- Nhận định về kiến thức, thái độ, thực hành của cán bộ y tế và người dân về tăng huyết áp và ảnh hưởng của tăng huyết áp đến sức khỏe và bệnh lý liên quan?

2. Hoạt động phòng chống bệnh tăng huyết áp tại địa phương

- Các chính sách, quy định, kế hoạch và các nguồn lực hiện có của xã nhằm phòng chống tăng huyết áp trong phạm vi của xã?
- Các hoạt động phòng chống tăng huyết áp đã và đang triển khai tại xã?
- Sự sẵn sàng của chính quyền và người dân trong việc phòng chống tăng huyết áp?
- Khả năng huy động sự tham gia của chính quyền, ban ngành đoàn thể, người dân trong phòng chống tăng huyết áp tại xã như thế nào?
- Thực trạng hệ thống tổ chức để đối phó với tăng huyết áp tại xã như thế nào?
- Những chỉ đạo, hỗ trợ của tuyến huyện cho tuyến xã cho công tác phòng chống tăng huyết áp như thế nào (xin nêu cụ thể)?
- Những chỉ đạo, hỗ trợ của tuyến huyện đối với tuyến xã cho công tác phòng

chống tăng huyết áp như thế nào (xin nêu cụ thể)?

- Những thuận lợi và khó khăn của huyện trong việc phòng chống tăng huyết áp hiện nay trong phạm vi xã?

3. Ý kiến về tổ chức và khả năng huy động sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương

- Sự cần thiết xây dựng một mạng lưới phòng chống tăng huyết áp dựa vào cộng đồng?

- Những vấn đề cần quan tâm hiện nay để xây dựng được mạng lưới này? Nhu cầu về đào tạo, tổ chức, nguồn lực...? Tuyến xã nhu cầu là gì?

- Nguồn lực sẵn có tại địa phương hiện nay cho việc phòng chống tăng huyết áp: về tổ chức, nhân lực, chuyên môn kỹ thuật...

- Khả năng huy động nguồn lực trong xã cho việc phòng chống tăng huyết áp?

4. Ý kiến về mô hình

- Tổ chức mạng lưới từ tuyến tỉnh đến huyện đến xã như thế nào?

- Yêu cầu về tổ chức cụ thể như thế nào? Tổ chức và đối tượng tham gia cụ thể là gì?

+ Với tổ chức y tế, cán bộ y tế (huyện, xã: Đơn vị tham gia, cán bộ tham gia, chức năng nhiệm vụ như thế nào)?

+ Với chính quyền, các ban ngành đoàn thể?

+ Với cộng đồng (người dân, các tổ chức xã hội...)

- Cơ chế, quy định cho mạng lưới làm việc (Đầu mối, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, tổ chức thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động...)?

- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?

4. Các ý kiến và đề xuất khác (nếu có)

Xin nêu tất cả các đề xuất và ý kiến khác nếu có.

Phụ lục 13 - Mẫu thảo luận nhóm 4

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN
THẢO LUẬN NHÓM CÁN BỘ Y TẾ XÃ AN LÃO
(Sau can thiệp)

1. Nhận định khái quát, thời gian năm vừa qua mức độ quan tâm của chính quyền, các ban ngành đoàn thể và người dân đối với xây dựng mô hình và hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp.
2. Kiến thức, hiểu biết của người dân, của cán bộ và thực hành về phòng chống tăng huyết áp có gì khác so với một năm trước đây hay không.
3. Nhận xét về tổ chức và khả năng duy trì và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp.
4. Nhận xét sự tham gia của cộng đồng, của cán bộ y tế trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương.
5. Ý kiến đề nghị của các Ông/Bà
Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI DÂN

1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây

- Tình hình tăng huyết áp tại địa phương trong những năm gần đây?
- Các ảnh hưởng của tăng huyết áp đến địa phương nói chung có thể thấy là gì? (phát triển kinh tế, sức khỏe...).

- Mức độ quan tâm của chính quyền, ban ngành đoàn thể trong xã đối với tăng huyết áp?

- Sự quan tâm của người dân đến tăng huyết áp?

- Nhận định về kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống tăng huyết áp?

- Tăng huyết áp có xu hướng mắc tăng lên trong những năm gần đây? Vì sao? Những yếu tố nào là nguy cơ tăng huyết áp và làm gia tăng tình trạng tăng huyết áp cho tình trạng tăng huyết áp tăng lên?

- Các hoạt động đã và đang triển khai tại xã có liên quan đến phòng chống tăng huyết áp?

- Sự sẵn sàng của người dân trong việc phòng chống tăng huyết áp?

- Chỉ đạo của chính quyền và các ban ngành đoàn thể về phòng chống tăng huyết áp trong xã?

- Khả năng huy động sự tham gia của người dân trong kiểm soát, phòng chống tăng huyết áp tại xã?

- Những thuận lợi và khó khăn hiện nay của xã trong việc kiểm soát tăng huyết áp hiện nay trong phạm vi xã?

2. Ý kiến về tổ chức và khả năng huy động sự tham gia của cộng đồng trong kiểm soát tăng huyết áp tại địa phương

- Người dân trong cộng đồng có sẵn sàng tham gia vào mạng lưới tổ chức phòng chống tăng huyết áp không?

- Nếu có thì tham gia như thế nào, nên thông qua tổ chức hay những người đại diện như thế nào?

- Những công việc gì người dân có thể tham gia để phòng chống tăng huyết áp?

3. Nhu cầu về truyền thông giáo dục dinh dưỡng cho người dân, huy động nguồn lực

- Nguồn lực sẵn có tại cộng đồng có thể huy động để phòng chống tăng huyết áp?

- Khả năng huy động nguồn lực trong xã cho việc phòng chống tăng huyết áp?

4. Ý kiến về mô hình tại tuyến thôn/xã

- Tổ chức mạng lưới trong xã như thế nào để người dân có thể chủ động tham gia đóng góp được cho phòng chống tăng huyết áp?

- Xây dựng kế hoạch và hoạt động như thế nào của mạng lưới để thuận lợi cho cộng đồng tham gia?

- Các quy định nào là cần thiết cho mạng lưới hoạt động được (Đầu mối ở thôn, xã, chức năng nhiệm vụ của các cá nhân, đơn vị liên quan, sự sẵn sàng khi có yêu cầu phối hợp hoạt động, thông tin liên lạc; giám sát, điều hành hoạt động trong thôn, xã...)?

- Yêu cầu chỉ đạo chung của chính quyền, y tế tuyến xã, huyện như thế nào?

- Các ý kiến khác về xây dựng mô hình phòng chống tăng huyết áp tại thôn/xã?

5. Các ý kiến và đề xuất khác (nếu có)

Xin nêu tất cả các ý kiến và đóng góp khác của Ông/Bà

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI
VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN
THẢO LUẬN NHÓM NGƯỜI DÂN XÃ AN LÃO
(Sau can thiệp)

1. Nhận định về kiến thức, hiểu biết của dân hiện nay về tăng huyết áp?
2. Nhận xét của người dân về các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp trong năm vừa qua?
3. Nhận xét về tổ chức và khả năng duy trì và nhân rộng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp?
4. Nhận xét sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống tăng huyết áp tại địa phương?
5. Ý kiến đề nghị của các Ông/Bà?

Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

Phụ lục 16 - Mẫu thảo luận nhóm 7

VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM BAN CHỈ ĐẠO HUYỆN (Sau can thiệp)

1. Những kết quả đạt được của hoạt động ban chỉ đạo trong phòng chống tăng huyết áp?
2. Các hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp đã đạt được?
3. Tác động, ảnh hưởng của đề tài đến Ban Chỉ đạo, đến cán bộ y tế và đến người dân
4. Ý kiến đề nghị của các Ông/Bà

Phụ lục 17 - Mẫu thảo luận nhóm 8

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

VIỆN ĐÀO TẠO YHDP VÀ YTCC

MẪU HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM ĐẠI DIỆN LÃNH ĐẠO, BAN NGÀNH ĐOÀN THỂ XÃ AN LÃO (Sau can thiệp)

1. Đánh giá về những thay đổi kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp tại xã An Lão
 2. Những hoạt động của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng phòng chống tăng huyết áp đã thực hiện và kết quả đạt được?
 3. Ý kiến đề nghị của các Ông/Bà?
- Xin trân trọng cảm ơn Ông/Bà!

Bảng 18.1. Bảng chấm điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phòng chống tăng huyết áp

Các tiêu chí đánh giá kiến thức		Tính điểm
Kiến thức về số đo huyết áp	Biết số đo huyết áp của bản thân	1
Kiến thức về khái niệm tăng huyết áp	1. HA tối đa ≥ 140 mmHg và HA tối thiểu ≥ 90 mmHg	1
	2. Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg	1
Kiến thức về các dấu hiệu của THA	Đau đầu	1
	Hoa mắt chóng mặt	1
	Đau ngực	1
	Nóng mặt/đỏ mặt	1
Kiến thức về hậu quả/biến chứng của THA	Đột quy não/TBMMN	1
	Suy tim/bệnh tim mạch khác	1
	Biến chứng mắt	1
	Liệt	1
	Suy gan/suy thận	1
	Tử vong	1
Tổng điểm về kiến thức khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của THA (điểm mong đợi)		12
Tính tỷ lệ giữa tổng điểm đạt được về kiến thức khái niệm, dấu hiệu và hậu quả của THA/điểm mong đợi		
Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của THA	Thói quen ăn mặn	1
	Ăn nhiều đường	1
	Ăn nhiều chất béo	1
	Thừa cân/béo phì	1
	Ít vận động	1
	Hút thuốc lá	1

	Uống nhiều rượu, bia	1
	Tuổi cao	1
	Căng thẳng tinh thần	1
	Tiền sử gia đình có người tăng huyết áp	1
Tổng điểm kiến thức về các yếu tố nguy cơ (điểm mong đợi)		11
Tính tỷ lệ giữa tổng điểm đạt được về kiến thức các yếu tố nguy cơ của THA/điểm mong đợi		
Kiến thức về các biện pháp dự phòng THA	Luyện tập thể thao	1
	Bỏ thuốc lá	1
	Không uống rượu /bia	1
	Giảm cân nặng	1
	Ăn nhiều rau/quả	1
	Ăn ít chất béo	1
	Ăn ít muối	1
	Không thức khuya	1
Tổng điểm kiến thức về các biện pháp dự phòng (điểm mong đợi)		8
Tính tỷ lệ giữa tổng điểm đạt được về kiến thức các biện pháp dự phòng/điểm mong đợi		
Tổng điểm kiến thức chung về phòng chống tăng huyết áp (điểm mong đợi)		31
Tính tỷ lệ tổng điểm đạt được về kiến thức chung THA/điểm mong đợi		

Bảng 18.2. Bảng chấm điểm thực hành của đối tượng nghiên cứu về tăng huyết áp

Các tiêu chí đánh giá thực hành		Tính điểm
Thực hành về phòng biến chứng của tăng huyết áp	Ăn giảm muối	1
	Ăn giảm đường	1
	Tăng cường ăn rau quả	1
	Không uống rượu bia	1
	Không hút thuốc lá	1
	Giảm cân nặng	1
	Không thức quá khuya	1
	Tránh căng thẳng thần kinh	1
	Uống thuốc huyết áp thường xuyên	1
Tổng điểm thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp (điểm mong đợi)		9
Tỷ lệ tổng điểm đạt được về thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp/điểm mong đợi		

TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

(Dùng để phát thanh và phát tờ rơi từng hộ gia đình)

Tăng huyết áp ngày nay đã trở thành một bệnh khá phổ biến, gây nguy hại lớn tới sức khỏe. Tăng huyết áp là nguy cơ quan trọng nhất liên quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính.

Thế nào là tăng huyết áp?

Người bình thường không bị tăng huyết áp là người có huyết áp tối đa dưới 140 mi li mét thủy ngân và huyết áp tối thiểu dưới 90 mi li mét thủy ngân.

Khi huyết áp tối đa đo được từ 140 mi li mét thủy ngân trở lên và huyết áp tối thiểu từ 90 mi li mét thủy ngân trở lên là bị tăng huyết áp. **Ví dụ:** người có huyết áp là 140/90 mi li mét thủy ngân, hay 140/70 mi li mét thủy ngân hay 120/90 mi li mét thủy ngân đều coi là người bị tăng huyết áp.

Làm thế nào để biết mình có bị tăng huyết áp hay không?

Chỉ có một số ít các bệnh nhân tăng huyết áp là có một vài triệu chứng làm cho họ đi khám bệnh như: đau đầu, chóng mặt, cảm giác “ruồi bay”, mặt đỏ bừng, ù tai,... Còn lại phần lớn người bị bệnh tăng huyết áp thường không thấy có biểu hiện gì khác thường. Vì vậy đo huyết áp là cách duy nhất để biết mình có bị tăng huyết áp hay không.

Tăng huyết áp có ảnh hưởng như thế nào đến sức khỏe?

Người bị bệnh tăng huyết áp nếu không được điều trị có thể sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Một số biến chứng chính của tăng huyết áp đó là:

- Các biến chứng về tim như: Con đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, suy tim...
- Các biến chứng về não như: Tai biến mạch máu não, thường gặp là nhũn não, xuất huyết não có thể tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề.
- Các biến chứng về thận như: Đái ra protein, phù, suy thận...

- Các biến chứng về mắt như: Mờ mắt, xuất huyết, xuất tiết và phù gai thị trong mắt.

- Các biến chứng về mạch máu như: Phình hoặc phình tách thành động mạch, các bệnh động mạch ngoại vi...

Những người như thế nào thì dễ bị tăng huyết áp?

- Người ăn mặn hơn những người khác, tức là ăn nhiều hơn 1 thìa cà phê muối một ngày.

- Người ăn nhiều mỡ động vật.

- Người hút thuốc lá, thuốc lào.

- Người uống nhiều rượu, bia.

- Người có huyết áp tối đa từ 120 đến 139 mi li mét thủy ngân và huyết áp tối thiểu từ 80 đến 89 mi li mét thủy ngân.

- Người thừa cân, béo phì.

- Người mắc bệnh đái tháo đường.

- Người có rối loạn mỡ máu, mỡ máu cao.

- Người hay căng thẳng, lo âu quá mức.

- Khi thời tiết thay đổi thất thường như nắng nóng, áp thấp nhiệt đới, bão từ hoặc quá lạnh là dễ bị tăng huyết áp, đặc biệt đối với người già.

Làm thế nào để phòng bệnh tăng huyết áp?

Các biện pháp sau đây được áp dụng cho tất cả mọi người để phòng bệnh tăng huyết áp:

- Ăn uống hợp lý, đảm bảo đủ kali và các chất vi lượng, cụ thể là:

+ Ăn giảm muối, tức là ăn ít hơn 1 thìa cà phê muối mỗi ngày.

+ Ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi.

+ Hạn chế những thức ăn có nhiều dầu, mỡ, nhất là mỡ động vật.

- Giữ cân nặng hợp lý, không để quá béo.

- Hạn chế uống rượu bia, tức là:

+ Với nam: không uống quá 2 cốc chuẩn một ngày và tổng cộng không quá 12 cốc chuẩn một tuần.

+ Với nữ: không uống quá 1 cốc chuẩn một ngày và tổng cộng không quá 8 cốc chuẩn một tuần. Một cốc chuẩn là tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh.

- Bỏ hút thuốc lá, thuốc lào hoàn toàn.

- 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 đến 60 phút mỗi ngày.

- Cần có chế độ làm việc, nghỉ ngơi hợp lý, tránh lo âu, căng thẳng thần kinh;

- Bảo vệ cơ thể khi thời tiết thay đổi, tránh bị quá nóng hoặc quá lạnh đột ngột.

Khi được chẩn đoán là tăng huyết áp cần được theo dõi, điều trị như thế nào?


- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi huyết áp thường xuyên, lâu dài theo hướng dẫn của thầy thuốc.

- Điều trị bằng thuốc đúng và đủ hàng ngày theo chỉ định của thầy thuốc.


Tóm lại: Tăng huyết áp là bệnh nguy hiểm nhưng có thể phòng được. Người bị bệnh tăng huyết áp vẫn có thể sống lâu, sống khỏe mạnh nếu phát hiện sớm, sử dụng thuốc và thực hiện chế độ ăn uống, luyện tập hợp lý theo đúng hướng dẫn của cán bộ y tế.

TỜ RƠI CHẾ ĐỘ ĂN HỢP LÝ ĐỂ PHÒNG, CHỐNG TĂNG TĂNG HUYẾT ÁP

VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG



CHẾ ĐỘ ĂN HỢP LÝ ĐỂ PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP



TĂNG HUYẾT ÁP GÂY HẬU QUẢ NẶNG NỀ CHO BẢN THÂN, GIA ĐÌNH VÀ XÃ HỘI

Tăng huyết áp: là khi huyết áp tối đa từ 140mmHg trở lên và/hoặc huyết áp tối thiểu từ 90mmHg trở lên.
Để phòng bệnh tăng huyết áp tất cả mọi người chúng ta nên:
 - Ăn uống hợp lý, tức là:
 + Không ăn mặn.
 + Ăn nhiều rau xanh, hoa quả
 - Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.
 - Hạn chế uống rượu, bia
 - Không hút thuốc lá, thuốc lào.
 - Thường xuyên hoạt động thể lực
 - Chú ý thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý: tránh lo âu, căng thẳng thần kinh.
 - Tránh để cơ thể bị lạnh hoặc nóng đột ngột.
 - Nên định kỳ đo huyết áp (có thể 3 tháng 1 lần) để phát hiện tăng huyết áp và điều trị sớm.

Với những người mắc bệnh tăng huyết áp cần phải thực hiện:
 * Uống thuốc đầy đủ theo đúng chỉ định của thầy thuốc.
 * Theo dõi chỉ số huyết áp hàng ngày.
 Mỗi ngày tự đo huyết áp tại nhà vào một giờ nhất định: Trước khi đo huyết áp, người được đo cần ngồi nghỉ hoàn toàn trên ghế ít nhất 5 phút, chân đặt lên sàn nhà, tay đặt trên bàn, ngang với tim. Đo ít nhất 2 lần cách nhau 2 phút. Trị số huyết áp chính xác là giá trị trung bình cộng của hai lần đo nói trên. Nếu hai lần đo chênh lệch nhau hơn 5mmHg, cần thực hiện lần đo thứ 3 và lấy trung bình cộng của cả ba lần đo (có thể dùng máy huyết áp kế tự động cầm tay hay máy điện tử OMRON) nếu huyết áp tối đa từ 140mmHg trở lên và/hoặc huyết áp tối thiểu từ 90mmHg trở lên là tăng huyết áp và cần đến ngay cơ sở y tế để được khám và điều trị.



* **Ăn uống hợp lý:**
 - Không ăn mặn:
 + Hạn chế muối ăn và mì chính (chỉ nên ăn dưới 6g/ngày tức là ít hơn 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).
 + Không ăn các thức ăn mặn như: cá muối, dưa muối, mắm tôm, mắm tép.
 - Chia tỷ lệ bốn nhóm thức ăn, thức uống hợp lý như sau:
 - Chất đạm: Mỗi ngày chỉ nên ăn ở mức 1g/1kg cơ thể (ví dụ người nặng 50kg, một ngày chỉ nên ăn 50g chất đạm). Nên ăn nhiều đạm thực vật như đậu, đỗ.
 - Năng lượng: nếu thừa cân, nên chuyển các món ăn xào, rán sang luộc, kho để giảm lượng chất béo. Mỗi ngày nên giảm hai bát cơm và ăn tăng thêm hai bát rau để giảm 500kcal.
 - Chất đường: Ăn ít đường, bánh kẹo ngọt. Tốt nhất là ăn chất bột từ gạo, ngô và khoai củ.
 - Chất béo: Ăn ít mỡ, bơ: Nên dùng dầu từ cá, đậu tương, lạc, vừng là tốt nhất. Không ăn các thức ăn có nhiều cholesterol như: óc, lòng, mỡ, tim, gan, ăn ít trứng.
 - Vitamin: Ăn nhiều rau xanh, hoa quả (khoảng 500-600g/ngày) để cung cấp đủ chất khoáng và vitamin.
 * Giữ cân nặng vừa phải để có chỉ số BMI từ 18,5-24,99. Mỗi người có thể tự tính chỉ số BMI cho mình bằng cách lấy cân nặng chia cho chiều cao bình phương. Ví dụ một người nặng 50kg, cao 1,53m thì BMI = 50/(1,53x1,53) = 21,36.

* Không hút thuốc lá, thuốc lào.
 * Không uống rượu, bia.
 * Hoạt động thể lực ở mức thích hợp như: tập thể dục, đi bộ, tập hít thở sâu (hít vào thật sâu và thở ra từ từ), tập yoga... đều đặn khoảng 30 phút mỗi ngày.

Dưới đây là những thực phẩm tốt cho người bị tăng huyết áp:
Thức ăn, thức uống có tác dụng an thần, hạ huyết áp, lợi tiểu:
 + Canh lá vông, hạt sen, ngô sen, chè sen, chè hoa hòe, nước ngô luộc, nước rau luộc, sữa đậu nành...
 + Các loại rau quả:
Dưa hấu: có tác dụng thanh nhiệt, hạ huyết áp.
Cần tây: Nước ép cần tây có tác dụng làm giãn mạch, lợi tiểu và hạ huyết áp.
Cà chua: Ăn thường xuyên mỗi ngày 1-2 quả cà chua sống.
Cà rốt: có tác dụng làm mềm thành mạch, và ổn định huyết áp. Nên dùng dạng tươi, rửa sạch, ép lấy nước uống mỗi ngày 2 lần, mỗi lần chừng 50ml.
Hành tây: Trong thành phần không chứa chất béo, vỏ hành tây còn chứa nhiều Rutin rất có lợi cho việc làm vững bền thành mạch, dự phòng tai biến xuất huyết não.
Nấm hương và nấm rơm: Có khả năng phòng chống xơ vữa động mạch và hạ huyết áp.
Mộc nhĩ đen hoặc trắng
Tỏi: Có tác dụng giảm mỡ máu và hạ huyết áp.
Cải cúc: nên dùng làm rau ăn hàng ngày hoặc ép lấy nước cốt uống, mỗi ngày chừng 50ml, chia 2 lần sáng, chiều.
Rau mồng tơi: chứa nhiều canxi, rất có lợi cho việc duy trì áp lực thẩm thấu của thành mạch và huyết áp trong giới hạn bình thường, hồng chống vừa xơ động mạch, điều chỉnh

rối loạn mỡ máu và hạ huyết áp.
+ Chuối tiêu: Có công dụng thanh nhiệt, lợi tiểu, hạ huyết áp. Mỗi ngày nên ăn từ 1-2 quả.
 Những loại thức ăn người bị tăng huyết áp không nên ăn là:
 + Thức ăn cay (ớt, hạt tiêu...) và thức ăn chứa nhiều tinh bột như: bột mì, các loại bánh ngọt.



+ Thức ăn nhiều năng lượng như: thức ăn rán, xào, đường kính, bánh kẹo ngọt, đường mía, sô cô la....



+ Mỡ động vật
 + Thịt gà, thịt chó, các loại phủ tạng động vật: tim, gan, cật, lòng, dạ dày...



Hộp 21.1. Kết quả xây dựng mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng tại cộng đồng

“Ban chỉ đạo của huyện, xã được thành lập; các thông tin về thực hiện đề tài các thành viên của Ban chỉ đạo đã nắm được qua giao ban và một số đại diện ban ngành đã có những hoạt động chỉ đạo cụ thể”.

PVS đại diện cán bộ y tế huyện

Hộp 21.2. Kết quả xác định nhu cầu truyền thông của đối tượng nghiên cứu

“Phải nâng cao hiểu biết cho mọi người nếu không sẽ ảnh hưởng đến chính mình và những người xung quanh... Tuyên truyền cho người dân thường xuyên, bên cạnh đó cũng phải có chế tài cụ thể, giống như luật giao thông”.

“Tập huấn kết hợp phát tài liệu cho các gia đình thì phù hợp hơn, người dân có thể đọc trong gia đình.”

“Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các đoàn thể tuyên truyền giáo dục cho người dân đến tận thôn xóm, thường xuyên, liên tục”

TLN lãnh đạo cộng đồng

“Đã có những chương trình tăng huyết áp nhưng chỉ tập trung vào bệnh nhân còn toàn dân thì chưa làm được. Truyền thông cho người dân hiểu biết và thực hành. Tuyên truyền giáo dục, kiên trì bền bỉ vẫn là quan trọng nhất. Tuy nhiên phải có kiến thức đầy đủ, phải có kỹ năng”.

“Lồng ghép với các hoạt động của thôn xóm, nhưng nên có các tờ rơi; phải có kế hoạch, thời gian nào, nội dung gì, đối tượng gì. Đơn giản, ngắn gọn, dễ hiểu”.

TLN cán bộ Y tế xã

Hộp 21.3. Kết quả về tài liệu truyền thông

“Tài liệu thì rất tốt, có thể dùng đọc trực tiếp trên loa đài tuyên truyền cho dân, dân đọc dễ hiểu. Đề nghị đề tài tặng cho mỗi xã trong huyện mỗi xã 2 cuốn sách, một cho đài truyền thanh, một cho trạm y tế xã để làm tài liệu truyền thông cho các xã”.

PVS đại diện cán bộ y tế huyện

“Tài liệu được biên soạn phát cho dân có nội dung dễ hiểu, dân tự đọc được, các xã dùng tuyên truyền trên loa đài rất tốt”.

TLN cán bộ y tế tuyến huyện

“Cuốn sách là những kiến thức rất cần thiết, rất tốt cho các hộ gia đình, cho cán bộ y tế thôn, xã”.

PVS cán bộ y tế xã

“Cảm thấy rất may mắn khi có quyển sách này của đề tài cung cấp và tài liệu rất có ích, viết ngắn gọn, rõ ràng, có thể sử dụng để đọc trực tiếp trên đài”.

TLN ban chỉ đạo huyện

“Qua một năm với cuốn cẩm nang của chương trình được phát, qua phát biểu của các đại biểu ở đây chứng tỏ người dân đã có ý thức tìm hiểu và thực hiện theo các hướng dẫn được đề cập trong cuốn sách rất tốt. Nếu giáo dục được quan tâm sẽ có tác dụng tốt. Chương trình đã mang lại kết quả tốt”.

TLN người dân thôn An Lão, xã An Lão

“Đây là tài liệu rất quan trọng, chị em chúng tôi có tham khảo và biết cách phòng chống nhiều căn bệnh cũng như phòng chống biến đổi khí hậu. Một năm trở lại đây rất ít trường hợp THA và đột quỵ xảy ra ở thôn. Nhiều người già đã quan tâm đến phòng bệnh mãn tính”.

TLN người dân thôn An Lão, xã An Lão

Hộp 21.4. Kết quả về nhu cầu đào tạo cán bộ tham gia hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng

““Cần giáo dục cho người dân phòng chống bệnh, cán bộ phải có kiến thức để tuyên truyền... Cần có kỹ năng truyền thông trực tiếp. Từng cán bộ y tế ở mỗi địa bàn phải gương mẫu làm trước, và vận động, hướng dẫn mọi người dân cùng chấp hành/Thực hiện.... Cần đào tạo cho y tế thôn bản để thực hiện truyền thông cho người dân.... Các ban ngành khác cùng phối hợp”.

TLN cán bộ Y tế xã An Lão

Hộp 21.5. Kết quả về kết quả đào tạo cán bộ tham gia hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng

“Cán bộ tham gia đề tài đã được học tập về kiến thức, kỹ năng chuyên môn về truyền thông nên đã áp dụng vào công việc của mình tốt”.

TLN cán bộ y tế huyện

“Đã có ban chỉ đạo phối hợp thực hiện đề tài, đã có biến chuyển trong nhận thức và hành động của một số cán bộ ban ngành đoàn thể. Tác động đến cán bộ ngành y tế là rõ nhất”.

PVS lãnh đạo cộng đồng

Hộp 21.6. Kết quả về hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng

“Hoạt động tuyên truyền có thể nói là đã được thực hiện tốt và mang lại hiệu quả”.

TLN cán bộ y tế huyện

“Đài xã, thôn tuyên truyền thường xuyên, ban ngành tham gia đồng đều hơn”

PVS lãnh đạo cộng đồng

“Các hoạt động TTGDDD đã được thực hiện nhiều hơn trước đây nhiều, có cán bộ đến tận hộ gia đình để truyền thông về phòng chống tăng huyết áp. Thực tế là như vậy nhờ có tuyên truyền nhiều trên loa đài, các ban ngành phối hợp mà thời gian gần đây các hoạt động và ý thức của dân về phòng chống dịch bệnh đã tăng lên nhiều hơn hẳn trước đây”.

TLN người dân, xã An Lão

Hộp 21.7. Kết quả khả năng duy trì và nhân rộng hoạt động truyền thông giáo dục dinh dưỡng của hoạt động truyền thông

“Thực hiện đề tài phù hợp với xây dựng nông thôn mới nên tính duy trì của đề tài là thuận lợi, phù hợp với yêu cầu hiện nay về xây dựng nông thôn mới”.

PVS đại diện cán bộ y tế huyện

“Chương trình kết thúc về hình thức nhưng các hoạt động của nó là duy trì được, cán bộ y tế sẵn sàng, có cố gắng với sự chỉ đạo của xã, ban ngành cùng tham gia”.

PVS đại diện cán bộ y tế xã An Lão

“Chương trình này có thể duy trì được vì mọi người đều nhận thức được vai trò quan trọng của nó trong đời sống hàng ngày.... Đề nghị tăng truyền thông hơn nữa về tận thôn xóm và làm liên tục sẽ có hiệu quả tốt”.

PVS cán bộ y tế xã An Lão

“Chúng tôi muốn các thông tin này không chỉ được phổ biến trong phạm vi hẹp mà cần và nên tiếp tục phối hợp giữa các ban ngành đoàn thể, lồng ghép vào các cuộc họp để liên tục tuyên truyền cho dân ra các xã khác trong huyện”.

TLN ban chỉ đạo huyện

“Do đó mặc dù chương trình đã kết thúc nhưng vẫn có thể duy trì nếu có

tinh thần trách nhiệm để nhắc nhở và tuyên truyền cho người dân trong các hoạt động thường kỳ của đại phương. Nếu có khó khăn gì đã có thông tin trong sách rồi, “mưa dầm thấm lâu” do đó nếu tiếp tục duy trì tuyên truyền, lồng ghép với các hoạt động với tinh thần trách nhiệm của chính quyền và y tế chắc chắn chương trình sẽ được duy trì”.

TLN cán bộ y tế xã An Lão

“Chương trình đã làm thay đổi cả cán bộ và ý thức của dân nên nếu được duy trì sẽ rất tốt”.

TLN người dân, xã An Lão

Hộp 21.8. Kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân trước can thiệp

“Người trong độ tuổi lao động thì thờ ơ với sức khỏe, chỉ người già mới quan tâm bảo vệ sức khỏe”.

TLN cán bộ y tế xã

“Dân chúng em là điếc không sợ súng, trừ các nhà có kinh tế 6 tháng khám bệnh một lần, còn lại thường bệnh giai đoạn cuối mới đi khám”.

TLN người dân xã

Hộp 21.9. Sự thay đổi kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người dân

“Qua việc thực hiện đề tài đã giúp cho người dân thay đổi nhận thức rất nhiều và có thay đổi hẳn so với ngày trước, ý thức của người dân đã được nâng cao lên rất nhiều thông qua các hoạt động truyền thông nhiều và liên tục”.

TLN ban chỉ đạo huyện

“Hoạt động của đề tài đã có tác động đến kiến thức, thực hành của cả cán bộ y tế và người dân xã An Lão”.

TLN cán bộ y tế tuyến huyện

“Những người bị THA đã có ý thức đi khám và uống thuốc hàng ngày chứ không dứt đoạn như trước cứ uống hết thuốc thấy HA bình thường là dừng, tăng cao lại đi xin thuốc”.

PVS đại diện cán bộ y tế xã An Lão

“Tác động của chương trình đã mang lại kết quả thực sự cho dân. Cán bộ y tế thì thấy trách nhiệm của mình hơn và quan tâm hơn”.

TLN cán bộ y tế xã

“Tôi đã làm theo tài liệu tuyên truyền để chủ động phòng các biến chứng của THA. Tôi thấy tài liệu được phát là rất quý”.

TLN người dân, xã An Lão

“Người cao tuổi, người tăng huyết áp quan tâm đến bệnh tật nhiều hơn, chú ý luyện tập và ăn uống hợp lý để chăm sóc sức khỏe”.

TLN người dân, xã An Lão