

**ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA
NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ YÊN BÁI SAU GIÁO DỤC SỨC KHỎE**

Nguyễn Thị Thúy¹, Ngô Huy Hoàng², Nguyễn Bích Hằng¹
¹Trường Cao đẳng Yên Bái; ²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh trước và sau can thiệp giáo dục sức khỏe. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe trên một nhóm có so sánh trước và sau can thiệp với cỡ mẫu là 96 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Thành phố Yên Bái từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2022. **Kết quả:** Trước can thiệp, tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh còn hạn chế với điểm trung bình đạt $51,9 \pm 12,3$ điểm trên tổng số 76 điểm. Sau can thiệp, tuân thủ điều trị tăng huyết áp đã được cải thiện rõ rệt đạt $65,6 \pm 9,7$ điểm sau 1 tháng và còn duy trì ở $68,8 \pm 8,2$ điểm sau can thiệp 2 tháng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh còn hạn chế tại thời điểm trước can thiệp nhưng đã được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò, tầm quan trọng và sự cần thiết của việc thường xuyên giáo dục sức khỏe cho người bệnh về tuân thủ điều trị trong điều trị bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị

**ASSESSMENT CHANGES OF TREATMENT COMPLIANCE
OF HIGH BP PERFORMANCE OUTCOME TREATMENT
AT YEN BAI CITY MEDICAL CENTER AFTER HEALTH EDUCATION**

ABSTRACT

Objectives: Evaluate the change in adherence to hypertension treatment of patients before and after the health education intervention. **Subjects and research methods:** Health education intervention study on a group with a comparison before and after the intervention with a sample size of 96 hypertensive patients treated as outpatients at the Medical Center of Yen Bai City from February to May 2022. **Results:** Before the intervention, the patient's adherence to antihypertensive treatment was limited with an average score of 51.9 ± 12.3 points out of 76 points. After intervention, adherence to antihypertensive treatment was significantly improved to 65.6 ± 9.7 points after 1 month and remained at 68.8 ± 8.2 points after 2 months of intervention ($p < 0,05$). **Conclusion:** The patient's adherence to antihypertensive treatment was limited at the time before the intervention but improved

Tác giả: Nguyễn Thị Thúy
Địa chỉ: Trường Cao đẳng Yên Bái
Email: thuynt@ymc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/9/2022
Ngày hoàn thiện: 14/11/2022
Ngày đăng bài: 15/11/2022

significantly after the intervention. The research results show the role, importance and necessity of regularly educating health for patients about treatment adherence in the treatment of hypertension.

Keywords: Hypertension, treatment adherence

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

THA tại Việt Nam với tần suất ngày càng gia tăng khi nền kinh tế phát triển, đặc biệt là khi dân số Việt Nam ngày một già hóa. Theo điều tra dịch tễ tại Việt Nam về tình hình THA, thì đến tháng 5 năm 2016 trên 5.454 người trưởng thành có tới 47,3% bị THA, nhưng chỉ có 31,3% THA được kiểm soát, 69% chưa được kiểm soát [3]. Tổ chức Y tế Thế giới (2013) đã nhấn mạnh vai trò quan trọng của tuân thủ điều trị trong kiểm soát huyết áp (HA). Người bệnh THA tuân thủ điều trị có khả năng kiểm soát được HA gấp 3,5 lần so với những người bệnh tuân thủ điều trị kém hoặc không tuân thủ điều trị [4].

Giáo dục sức khỏe (GDSK) có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng vì thế đã được Tổ chức Y tế thế giới xếp là nội dung số một trong các nội dung về Chăm sóc sức khỏe ban đầu. Ở Việt Nam, nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị đã khẳng định công tác thông tin, truyền thông, GDSK là một trong những nhiệm vụ quan trọng và giải pháp chủ yếu để bảo vệ, chăm

sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới [5].

Yên Bái là một tỉnh miền núi phía Bắc nằm ở trung tâm vùng núi và trung du Bắc Bộ Việt Nam điều kiện kinh tế còn khó khăn, dân tộc thiểu số chiếm đa số nên trình độ dân trí còn thấp việc tiếp cận với các dịch vụ y tế hiện đại, tiên tiến còn chậm hơn các tỉnh thành phố trung tâm trong nước. Do đó việc chưa tuân thủ điều trị các bệnh mạn tính vẫn còn khá cao. Cụ thể trong 9 tháng đầu năm 2021, tổng số người bệnh tim mạch đến khám tại trung tâm y tế (TTYT) Thành phố Yên Bái là 4.282 lượt, trong đó bệnh THA nguyên phát là 3.489 lượt, bệnh THA khác là 47 lượt. Kết quả thống kê cho thấy bệnh THA vẫn chiếm tỷ lệ lớn và là vấn đề sức khỏe đáng quan tâm, cần nâng cao các biện pháp tuân thủ điều trị để hạn chế các biến chứng.

Với mong muốn đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị (TTĐT) của người bệnh THA đang điều trị ngoại trú tại TTYT Thành phố Yên Bái trên cơ sở thực hiện can thiệp giáo dục phù hợp với chức năng nhiệm vụ của người điều dưỡng, góp phần vào việc kiểm soát HA một cách hiệu quả cho người bệnh tại địa phương. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả thực trạng và đánh giá sự thay đổi tuân thủ điều trị THA của người bệnh trước và sau can thiệp GDSK.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh đang điều trị THA ngoại trú tại Phòng khám và điều trị ngoại trú tăng huyết áp - Khoa Khám bệnh, TTYT Thành phố Yên Bái.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- + Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên.
- + Được quản lý và điều trị tăng huyết áp từ 1 tháng trở lên.
- + Có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- + Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Người bệnh THA có diễn biến nặng phải vào điều trị nội trú.
- + Người bệnh THA đã tham gia đầy đủ hoạt động của một chương trình can thiệp GDSK khác về THA.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.
- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 02 đến tháng 5 năm 2022.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh

- TTYT Thành phố Yên Bái.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp giáo dục sức khỏe một nhóm có so sánh trước - sau.

2.4. Cỡ mẫu

Công thức cỡ mẫu được áp dụng cho nghiên cứu can thiệp trên một nhóm có so sánh trước - sau của Stephen Kaggwa Lwanga và cộng sự [6]:

$$n = \frac{[z_{(1-\alpha)} \cdot \sqrt{p_o \cdot (1 - p_o)} + z_{(1-\beta)} \cdot \sqrt{p_1 \cdot (1 - p_1)}]^2}{(p_o - p_1)^2}$$

Trong đó:

- n: số người bệnh tham gia nghiên cứu.
- $z_{(1-\alpha)}$: Là giá trị z thu được từ bảng, z tương ứng với giá trị α . Với lực mẫu là

90% ($\beta = 0,1$), mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 0,05$), tương đương $z_{(1-\alpha)} = 1,65$, $z_{(1-\beta)} = 1,29$.

- p_o : là tỷ lệ người bệnh TTĐT trước can thiệp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (2018), tỷ lệ người bệnh TTĐT là 39,1% [7]. Do đó lấy $p_o = 0,391$.

- p_1 : Là tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị sau can thiệp. Theo nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc sau can thiệp tăng thêm 22,6% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu về tuân thủ điều trị chung nên ước tính sẽ thấp hơn 22,6%. Với mong muốn cải thiện sau can thiệp là 15% và lấy $p_1 = p_o + 0,15 = 0,541$.

Cỡ mẫu tính được là $n = 87$. Để dự phòng mất đối tượng tham gia nghiên cứu, nghiên cứu đã chọn thêm 10% ($n = 96$). Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu đủ 4 tháng (từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2022) đã có đủ 96 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Phương pháp thu thập: Phỏng vấn trực tiếp người bệnh dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

- Địa điểm thu thập: Khoa Khám bệnh - TTYT thành phố Yên Bái.

- Người thu thập số liệu: Nghiên cứu viên phối hợp với 3 cộng tác viên gồm 1 điều dưỡng phòng Điều dưỡng, 2 điều dưỡng có kinh nghiệm làm việc tại Khoa khám bệnh - TTYT Thành phố Yên Bái.

- Tiến trình thu thập số liệu:

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

Bước 2: Tập huấn phương pháp thu thập số liệu và phương pháp can thiệp nghiên cứu cho điều tra viên.

Bước 3: Tiến hành đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp Trước can thiệp (T1): Đánh giá hành vi tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh, thời gian khoảng 7-10 phút trong lúc người bệnh chờ khám bằng bộ công cụ chuẩn bị sẵn.

Bước 4: Tiến hành GDSK cho người bệnh THA.

** Can thiệp giáo dục sức khỏe:*

Nội dung GDSK cho người bệnh THA điều trị ngoại trú được xây dựng dựa trên Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội tim mạch quốc gia Việt Nam 2018 (VNHA 2018): Mục VI.1. Chiến lược cải thiện tuân thủ điều trị và Mục VI.2. Chương trình khuyến khích thay đổi lối sống & chăm sóc [9], và Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của hội tăng huyết áp thế giới 2020 (ISH 2020) [10].

Qua thực tế theo dõi, người bệnh thường đến khám vào buổi sáng. Do vậy, mỗi buổi tùy theo số lượng thực tế người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu chọn được sẽ thực hiện GDSK cho từng người bệnh. Mỗi lần GDSK kéo dài khoảng 15-20 phút trong khoảng thời gian người bệnh chờ kết luận, kê đơn của bác sỹ và nhận thuốc về điều trị tại nhà.

** Phương pháp GDSK:*

- Học viên và cũng là người nghiên cứu sẽ trực tiếp thực hiện GDSK để đảm bảo tính thống nhất.

- Người bệnh được phát trước tài liệu kèm hình ảnh minh họa để nghiên cứu trước trong khoảng 5 phút.

- Người nghiên cứu trọng tâm vào nhấn mạnh tầm quan trọng, nội dung của tuân thủ điều trị tăng huyết áp, đồng thời dựa trên đánh giá sơ bộ phiếu trả lời của người bệnh trước can thiệp, những gì mà người bệnh trả

lời thực hiện chưa tốt sẽ được giải thích và hướng dẫn cách để tuân thủ được tập trong khoảng 10 phút. (Thí dụ: nếu người bệnh trả lời đôi khi quên uống thuốc hạ huyết áp, người nghiên cứu sẽ giải thích nguy cơ của việc quên liều thuốc, trao đổi với người bệnh về lý do quên và hướng dẫn người bệnh cách để không quên liều thuốc trong tương lai).

- Khuyến khích người bệnh đặt các câu hỏi và giải thích cặn kẽ để người bệnh hiểu và thực hiện được khi về nhà trong khoảng 10 phút.

** Trình tự của một buổi can thiệp GDSK như sau:*

- Gặp gỡ, chào hỏi người bệnh.
- Giới thiệu mục đích, yêu cầu.
- Tóm tắt kết quả phỏng vấn trước can thiệp.
- Phát tài liệu để người bệnh nghiên cứu trước.
- Nhấn mạnh các trọng tâm.
- Thảo luận, giải đáp các thắc mắc của người bệnh.
- Tóm tắt, cảm ơn và kết thúc cuộc tư vấn - GDSK.

** Địa điểm thực hiện buổi GDSK:*

Thực hiện tại Phòng tiếp đón bệnh nhân tại Khoa khám bệnh – Trung tâm Y tế Thành phố Yên Bái.

Bước 5: Đánh giá sau can thiệp 1 tháng (T2) khi người bệnh đến khám lại theo hẹn: Đánh giá hành vi tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh, sử dụng cùng bộ công cụ như trước GDSK. So sánh sự thay đổi hành vi tuân thủ với trước can thiệp (T1). Đồng thời, người nghiên cứu cũng phân tích sơ bộ phiếu trả lời của người bệnh, những nội

dung người bệnh chưa tuân thủ sẽ được bổ sung, củng cố.

Bước 6: Đánh giá sau can thiệp 2 tháng (T3) khi người bệnh đến khám lại theo hẹn: Sử dụng cùng bộ công cụ để đánh giá, so sánh với T1 và T2 để xem xét tính bền vững của can thiệp GDSK. Tiếp tục nhắc nhở, động viên người bệnh thực hiện TTĐT bệnh.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá và cách tính điểm

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ người bệnh THA gồm 19 câu chia thành 2 phần: đánh giá người bệnh theo thang đo Hill-Bone (14 câu hỏi) và đánh giá tuân thủ thay đổi lối sống (5 câu hỏi). Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm từ 1 – 4 tùy nội dung từng câu hỏi và tổng điểm

là 76. Căn cứ vào các nghiên cứu đánh giá tuân thủ điều trị bệnh nhân THA sử dụng thang đo Hill-Bone, thì người bệnh có điểm đạt trên 80% (tương đương với 61 điểm trở lên) là tuân thủ điều trị, dưới 80% (tương đương với từ 60 điểm trở xuống) là không tuân thủ điều trị [11].

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và hoàn thiện sau đó được mã hóa, nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0. Phương pháp tính tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình được sử dụng cho cấu phần mô tả. Các kiểm định so sánh giá trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 96)

	Đặc điểm	n	%
Giới	Nam	42	43,8
	Nữ	54	56,2
Tuổi	< 60	7	7,3
	60 – 70	50	52,1
	> 70	39	40,6
	X ± SD (Min - Max)	70,27 ± 8,13 (43 - 86)	
Hoàn cảnh được chẩn đoán bệnh THA	Có triệu chứng và đi khám	41	42,7
	Tình cờ phát hiện khi đi khám 1 bệnh khác	55	57,3
Phân độ HA khi mới điều trị	THA độ I	6	6,3
	THA độ II	52	54,2
	THA độ III	38	39,6

	Đặc điểm	n	%
Thời gian được điều trị (năm)	Dưới 1 năm	8	8,3
	Từ 1 - 5 năm	46	47,9
	Từ 5 - 10 năm	30	31,3
	Trên 10 năm	12	12,5
	X ± SD (Min - Max)	6,5 ± 4,0 (0,5 - 22)	
Tiền sử có biến chứng bệnh tim mạch	Có	41	42,7
	Không	55	57,3

Tuổi trung bình của người bệnh THA tham gia nghiên cứu là $70,27 \pm 8,13$ tuổi. Thời gian được quản lý điều trị THA trung bình là $6,5 \pm 4,0$ năm với đa phần từ trên 1 năm trở lên và đa số người bệnh đang ở giai đoạn THA độ 2 và 3. Không có sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ người bệnh nam và nữ.

3.2. Kết quả chung tuân thủ điều trị THA của người bệnh tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp GDSK

Bảng 2. Điểm trung bình tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp (n = 96)

Thời điểm đánh giá	Điểm đạt			p [t-test]
	Thấp nhất [Min]	Cao nhất [Max]	Trung bình [Mean ± SD]	
Trước can thiệp [T1]	31	72	$51,9 \pm 12,3$	p2-1 < 0,05 p3-1 < 0,05
Sau can thiệp 1 tháng [T2]	45	75	$65,6 \pm 9,7$	
Sau can thiệp 2 tháng [T3]	45	75	$68,8 \pm 8,2$	

Trước can thiệp GDSK, điểm trung bình tuân thủ điều trị của 96 người bệnh tham gia nghiên cứu đạt $51,9 \pm 12,3$ điểm trên tổng số 76 điểm.

Sau can thiệp 1 tháng, điểm trung bình tuân thủ của mẫu nghiên cứu tăng lên đạt $65,6 \pm 9,7$ điểm và ở tháng thứ 2 sau can thiệp mức điểm này là $68,8 \pm 8,2$ điểm. Tăng điểm ở các thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp (n=96)

Phân loại	Thời điểm đánh giá						p [t-test]
	Trước CT [T1]		Sau CT 1 tháng [T2]		Sau CT 2 tháng [T3]		
	n	%	n	%	n	%	
Tuân thủ	43	44,8	66	68,8	76	79,2	p2-1 < 0,05 p3-1 < 0,05
Không tuân thủ	53	55,2	30	31,2	20	20,8	

Trước can thiệp, tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu còn ở mức thấp với 43/96 người bệnh chiếm 44,8%. Sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng lên lần lượt là 68,8% và 79,2% so với 44,8% trước can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Kết quả tuân thủ điều trị theo từng nội dung của người bệnh tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp GDSK

Bảng 4. Kết quả tuân thủ điều trị theo từng nội dung trước và sau can thiệp GDSK (n =96)

Nội dung	Thời điểm đánh giá						p [t-test]
	Trước CT [T1]		Sau CT 1 tháng [T2]		Sau CT 2 tháng [T2]		
	n	%	n	%	n	%	
Tuân thủ dùng thuốc	32	33,3	62	64,6	74	77,1	$p < 0,05$
Tuân thủ chế độ ăn	28	29,2	65	67,7	75	78,1	$p < 0,05$
Tuân thủ tái khám	19	19,8	66	68,8	73	76	$p < 0,05$
Tuân thủ thay đổi lối sống	48	50,0	66	68,8	73	76	$p < 0,05$

Kết quả ở bảng 4 cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ TTĐT các nội dung tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ chế độ ăn, tuân thủ tái khám và tuân thủ thay đổi lối sống lần lượt là 33,3%, 29,2%, 19,8% và 50%.

Tỷ lệ các nội dung tuân thủ đều được cải thiện đáng kể và tăng cao sau can thiệp 1 tháng và duy trì ở mức độ cao sau 2 tháng can thiệp.

4. BÀN LUẬN

Tuân thủ điều trị THA có vai trò rất quan trọng với người bệnh THA, tuân thủ điều trị tốt sẽ giúp người bệnh kiểm soát được HA, ngăn ngừa tối đa các biến chứng có thể xảy ra. Do đó, hoạt động GDSK cho người bệnh là vô cùng quan trọng. Kết quả bảng 3 cho thấy sự thay đổi tuân thủ điều trị về điểm số trước và sau can thiệp GDSK, cụ thể:

Tại thời điểm trước can thiệp, điểm trung bình TTĐT đạt $51,9 \pm 12,3$ điểm trên tổng là 76 điểm, thấp nhất là 31 điểm và cao nhất là 72 điểm. Sau can thiệp 1 tháng, điểm trung bình đã tăng lên $65,6 \pm 9,7$ điểm so với thời điểm trước can thiệp, với điểm thấp nhất tại thời điểm này là 45 điểm và cao nhất lên

tới 75 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau can thiệp 2 tháng, kết quả cho điểm trung bình đạt $68,8 \pm 8,2$ điểm so với thời điểm trước can thiệp, điểm thấp nhất tại thời điểm này là 45 điểm và cao nhất lên tới 75 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), so với sau can thiệp 1 tháng thì điểm trung bình có sự thay đổi tăng hơn từ $65,6 \pm 9,7$ điểm lên $68,8 \pm 8,2$ điểm, còn điểm thấp nhất và cao nhất không thay đổi giữa sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng. Chứng tỏ GDSK có hiệu quả trên nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm nghiên cứu.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới “Tuân thủ điều trị là mức độ người bệnh thực hiện theo

các hướng dẫn của nhân viên y tế đưa ra cho phương pháp điều trị” [12]. Trong nghiên cứu của B. Uchmanowicz và các cộng sự (2018) về các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ở người bệnh THA đã khẳng định khái niệm tuân thủ thực sự là điều cần thiết và được định nghĩa là: “Tuân thủ điều trị là mức độ mà hành vi tương ứng với các khuyến nghị đã đồng ý từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe” [13]. Không tuân thủ có thể dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và tăng thêm chi phí cho hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Điều trị bệnh THA bao gồm điều trị dùng thuốc và điều trị không dùng thuốc - đó là điều chỉnh lối sống bao gồm: ăn giảm muối giảm chất béo; không hút thuốc lá/thuốc láo; hạn chế uống rượu/bia; tập thể dục đều đặn 30 - 60 phút/ngày với cường độ vừa phải và thường xuyên theo dõi HA. Người bệnh được đánh giá là tuân thủ điều trị khi thực hành đủ các khuyến cáo trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước can thiệp, có 44,8% đối tượng nghiên cứu tuân thủ điều trị THA. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương (2021) với tỉ lệ tuân thủ trước can thiệp 44,9% [14] nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (2017) với tỷ lệ 79,6% [15]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh – là tỉnh được đầu tư và phát triển mạnh về dịch vụ Y tế, do đó người bệnh cũng như nhân viên y tế thường xuyên được tiếp cận với các chương trình y tế mới nhất, hơn nữa đối tượng của nghiên cứu đa phần sống tại thành phố lớn nên có điều kiện và khả năng tiếp cận, lưu giữ thông tin tốt hơn từ đó tạo thuận lợi giúp họ có thể tuân thủ điều trị đạt kết quả hơn.

Sau can thiệp 1 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị THA đã được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ tuân

thủ đạt 68,8%. Sự thay đổi trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức tăng sau can thiệp là 24,0% so với giai đoạn trước can thiệp, mức tăng này cao hơn dự kiến mà nghiên cứu đã đặt ra là 15%. Sự thay đổi TTĐT trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy (2018) sau can thiệp GDSK 4 tuần, tỉ lệ TTĐT tăng 21,8% so với trước can thiệp đạt 60,9%.

Sau can thiệp 2 tháng, tỷ lệ tuân thủ điều trị THA vẫn được duy trì. Một số đối tượng qua đánh giá tại thời điểm sau 1 tháng, nhóm nghiên cứu đã phân tích sơ bộ phiếu trả lời của người bệnh, những nội dung người bệnh chưa tuân thủ sẽ được bổ sung, củng cố đồng thời nghiên cứu viên cũng nhắc nhở, khích lệ, động viên người bệnh thay đổi hành vi của mình, do đó tỷ lệ tuân thủ sau 2 tháng tiếp tục tăng đạt 79,2%. Kết quả này tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Hương (2021) TTĐT sau can thiệp đạt 75,3% so với trước can thiệp là 44,9%. Sự thay đổi trước và sau can thiệp 2 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Cụ thể là dựa vào kết quả bảng 4 cho thấy: các nội dung TTĐT dùng thuốc, tuân thủ chế độ ăn, tuân thủ tái khám và tuân thủ thay đổi lối sống đều được cải thiện đáng kể và tăng cao sau can thiệp 1 tháng, duy trì ở mức độ cao sau 2 tháng can thiệp.

5. KẾT LUẬN

Kết quả trên đã cho thấy, chương trình can thiệp GDSK mà chúng tôi thực hiện trong nghiên cứu đã đem lại hiệu quả tích cực trên nhóm đối tượng nghiên cứu.

Trước can thiệp: Điểm trung bình tuân thủ điều trị đạt $51,9 \pm 12,3$ điểm trên tổng 76 điểm. Tỷ lệ người bệnh TTĐT là 44,8%. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc là 33,3%; tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn là 29,2%;

tuân thủ tái khám là 19,8%; tuân thủ thay đổi lối sống là 50%.

Sau can thiệp: Điểm trung bình tuân thủ điều trị tăng lên sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 2 tháng lần lượt là $65,6 \pm 9,7$ điểm và $68,8 \pm 8,2$ điểm so với $51,9 \pm 12,3$ điểm trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh TTĐT sau can thiệp 1 tháng và 2 tháng tăng lên lần lượt là 68,8% và 79,2% so với 44,8% trước can thiệp. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ theo từng nội dung cũng tăng lên rõ rệt.

Qua kết quả nghiên cứu và thực tế triển khai hoạt động can thiệp GDSK để thay đổi TTĐT cho người bệnh THA đang điều trị ngoại trú tại TTYT Thành phố Yên Bái năm 2022, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

- Đánh giá tuân thủ điều trị tăng huyết áp và can thiệp giáo dục nhằm tăng cường tuân thủ điều trị tăng huyết áp cho người bệnh điều trị tăng huyết áp ngoại trú cần được thực hiện thường xuyên tại các phòng khám và quản lý tăng huyết áp ngoại trú.

- Tiếp tục mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, trên phạm vi rộng hơn và với thời gian dài hơn để có cơ sở đánh giá hiệu quả can thiệp giáo dục sức khỏe cũng như có những điều chỉnh bổ sung về nội dung và hình thức tư vấn giáo dục sức khỏe phù hợp hơn với người bệnh tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schmidt BM, Durao S, Toews I, Bavuma CM, Hohlfeld A, Nury E, et al (2020). Screening strategies for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 5:CD013212. doi: 10.1002/14651858.CD013212.pub2

2. Rahman M, Halder HR, Yadav UN, Mistry SK (2021). Prevalence of and factors associated with hypertension according to JNC 7 and ACC/AHA 2017 guidelines in Bangladesh. *Scientific reports*.11(1):1-10. doi: 10.1038/s41598-021-94947-2

3. Nguyễn Lâm Việt (2016). Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 - 2016, *Hội nghị tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2*, Khách sạn Grand Plaza Hà Nội, 117 Trần Duy Hưng, Cầu Giấy, Hà Nội ngày 14- 15/5/2016, truy cập 10/12/2021.

4. Saarti S, Hajj A, Karam L, Jabbour H, Sarkis A, El Osta N, et al (2016). Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. *Journal of human hypertension*. 30(5):341-5. doi: 10.1038/jhh.2015.86

5. Bộ Chính trị (2005) . Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Số: 46-NQ/TW ngày 23 tháng 02 năm 2005 của Bộ Chính trị. <<https://thuvienphapluatvn/van-ban/The-thao-Y-te/Nghi-quyet-46-NQ-TW-cong-tac-bao-ve-cham-soc-va-nang-cao-suc-khoe-nhan-dan-trong-tinh-hinh-moi-53277.aspx>>. 2005.

6. Stephen Kaggwa Lwanga, Stanley Lemeshow và World Health Organization (1991). Sample size determination in health studies: a practical manual: World Health Organization.

7. Nguyễn Thị Thu Thủy (2018). Đánh giá thay đổi kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người cao tuổi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. *Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

8. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017). Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người

bệnh tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình. *Luận án tiến sĩ*, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

9. Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam (2018). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. <<http://vnhaorgvn/data/Khuyen-Cao-THA-2018pdf>>.

10. Phan Tuấn Đạt (2020). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của hội tăng huyết áp thế giới 2020 (ISH 2020)_ Những điểm khác biệt đáng chú ý Viện tim mạch Quốc gia Việt Nam, <https://timmachhocvn/khuyen-cao-ve-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap-cua-hoi-tang-huyet-ap-the-gioi-2020-ish-2020-nhung-diem-khac-biet-dang-chu-y/>.

11. Mutneja E, Yadav R, Dey AB, Gupta P (2020). Frequency and predictors of compliance among patients taking antihypertensive medicines. *Indian Heart J.* 72(2):136-9. doi: 10.1016/j.ihj.2020.03.008

12. Organization WH, Group IsoHW (2003). 2003 World Health

Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension.* 21(11):1983-92. doi: 10.1097/00004872-200311000-00002

13. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosinczuk J, Froelicher ES (2018). Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging.*13:2425-41. doi: 10.2147/CIA.S182881

14. Nguyễn Thị Hương (2021). Thay đổi thực hành về dự phòng biến chứng cho người bệnh THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An 2021. *Luận văn thạc sỹ Điều dưỡng*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

15. Nguyễn Thị Thơm (2017). Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. *Luận văn Thạc sỹ điều dưỡng*, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.