

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ Y TẾ**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**TRẦN VĂN LONG**

**TÌNH HÌNH SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI  
VÀ THỬ NGHIỆM CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC –  
THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP  
TẠI 2 XÃ HUYỆN VỤ BẢN, TỈNH NAM ĐỊNH  
GIAI ĐOẠN 2011 - 2012**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HÀ NỘI, 2015**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ Y TẾ**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**TRẦN VĂN LONG**

**TÌNH HÌNH SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI  
VÀ THỬ NGHIỆM CAN THIỆP NÂNG CAO KIẾN THỨC –  
THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP  
TẠI 2 XÃ HUYỆN VỤ BẢN, TỈNH NAM ĐỊNH  
GIAI ĐOẠN 2011 - 2012**

**LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Mã số: 62.72.03.01**

**HƯỚNG DẪN KHOA HỌC: PGS.TS PHAN VĂN TƯỜNG  
PGS.TS ĐỖ THỊ KHÁNH HỖ**

**HÀ NỘI, 2015**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

**Tác giả luận án**

## LỜI CẢM ƠN

Với lòng thành kính và biết ơn sâu sắc, tôi xin trân trọng cảm ơn tập thể các Thầy, Cô hướng dẫn, Ban Giám hiệu, các thầy cô giáo Trường Đại học Y tế công cộng đã hết lòng nhiệt tình truyền thụ kiến thức và luôn hỗ trợ, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu tại Trường.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám hiệu, đồng nghiệp trong bộ môn Y tế cộng đồng, Trường đại học Điều dưỡng Nam Định đã động viên giúp đỡ cả tinh thần và vật chất và tham gia nghiên cứu cùng tôi trong thời gian làm nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các đồng chí lãnh đạo Bệnh viện, Trung tâm Y tế huyện Vụ Bản, UBND, Hội NCT, các cán bộ Y tế và người cao các xã Tam Thanh, Thành Lợi, các chuyên gia Viện lão khoa Trung ương đã giúp đỡ tôi về chuyên môn kỹ thuật và cung cấp thông tin để tôi tiến hành luận án. Cảm ơn các bạn sinh viên các khóa 4,5 Đại học Điều dưỡng chính quy đã cùng tôi và nhóm nghiên cứu hoàn thành công việc nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới gia đình, vợ, con đã tạo điều kiện và luôn ở bên tôi, chia sẻ những khó khăn, vướng mắc và động viên tôi trong suốt thời gian làm nghiên cứu và hoàn thành luận án.

*Nam Định, Ngày 2 tháng 1 năm 2015*

**Nghiên cứu sinh**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b>		1
<b>Chương 1:</b>		<b>TỔNG QUAN</b>
<b>1.1.</b>	<b>Tình hình sức khỏe người cao tuổi trên thế giới và ở Việt Nam</b>	4
	<i>1.1.1. Khái quát về người cao tuổi</i>	4
	<i>1.1.2. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi trên thế giới</i>	9
	<i>1.1.3. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam</i>	9
	<i>1.1.4. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở NCT</i>	11
<b>1.2.</b>	<b>Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi</b>	19
	<i>1.2.1. Yếu tố văn hoá</i>	19
	<i>1.2.2. Yếu tố kinh tế - xã hội</i>	21
	<i>1.2.3. Môi trường sống (vật lý)</i>	22
	<i>1.2.4. Hệ thống dịch vụ y tế</i>	23
	<i>1.2.5. Yếu tố sinh học</i>	24
	<i>1.2.6. Yếu tố hành vi, lối sống</i>	26
<b>1.3.</b>	<b>Bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và các nghiên cứu can thiệp về nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp</b>	29
	<i>1.3.1. Tăng huyết áp ở NCT trên thế giới</i>	29
	<i>1.3.2. Tăng huyết áp ở NCT tại Việt Nam</i>	32
	<i>1.3.3. Các nghiên cứu can thiệp về nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp</i>	34
<b>1.4.</b>	<b>Khái quát về địa bàn nghiên cứu</b>	36
<b>Chương 2:</b>		<b>ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b>
<b>2.1.</b>	<b>Đối tượng và địa bàn nghiên cứu</b>	39
	<i>2.1.1. Đối tượng nghiên cứu</i>	39
	<i>2.1.2. Địa bàn nghiên cứu</i>	39
<b>2.2.</b>	<b>Thời gian nghiên cứu</b>	40
<b>2.3.</b>	<b>Phương pháp nghiên cứu</b>	42

	<i>2.3.1.Thiết kế nghiên cứu</i>	42
	<i>2.3.2.Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu</i>	42
	<i>2.3.3.Các chỉ tiêu/chỉ số nghiên cứu</i>	46
	<i>2.3.4.Phương pháp thu thập số liệu</i>	47
	<i>2.3.5.Chương trình can thiệp</i>	52
<b>2.4.</b>	<b>Một số khái niệm và thang đo sử dụng trong nghiên cứu</b>	56
	<i>2.4.1.Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp</i>	56
	<i>2.4.2.Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường</i>	56
	<i>2.4.3.Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu</i>	57
	<i>2.4.4.Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân béo phì</i>	57
	<i>2.4.5 Nhận định kết quả cho nghiên cứu chuyên gia</i>	57
	<i>2.4.6.Một số khái niệm</i>	58
<b>2.5.</b>	<b>Phương pháp phân tích số liệu</b>	59
<b>2.6.</b>	<b>Các biện pháp hạn chế sai số</b>	59
<b>2.7.</b>	<b>Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu</b>	61
<b>Chương 3:</b>	<b>KẾT QUẢ</b>	62
<b>3.1.</b>	<b>Một số đặc điểm của người cao tuổi</b>	62
<b>3.2.</b>	<b>Tình hình sức khỏe người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh (năm 2010)</b>	65
	<i>3.2.1. Đánh giá chung</i>	65
	<i>3.2.2. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng</i>	71
<b>3.3.</b>	<b>Kết quả triển khai mô hình can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT</b>	85
	<i>3.3.1.Đánh giá trước can thiệp</i>	85
	<i>3.3.2.Kết quả hoạt động can thiệp</i>	93
	<i>3.3.3.Đánh giá kết quả sau can thiệp</i>	95
<b>Chương 4:</b>	<b>BÀN LUẬN</b>	99

<b>4.1.</b>	<b>Sức khỏe người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng đến một số bệnh</b>	99
	<i>4.1.1.Thực trạng sức khỏe người cao tuổi</i>	99
	<i>4.1.2.Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe người cao tuổi</i>	101
<b>4.2.</b>	<b>Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng</b>	107
	<i>4.2.1.Bệnh tăng huyết áp</i>	107
	<i>4.2.2.Bệnh đái tháo đường</i>	110
	<i>4.2.3.Rối loạn lipid máu</i>	114
	<i>4.2.4.Bệnh xương khớp</i>	117
	<i>4.2.5.Bệnh về mắt</i>	118
<b>4.3.</b>	<b>Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức-thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho người cao tuổi</b>	119
	<i>4.3.1.Lựa chọn giải pháp can thiệp</i>	119
	<i>4.3.2.Kết quả đánh giá trước can thiệp</i>	122
	<i>4.3.3.Đánh giá kết quả hoạt động can thiệp</i>	126
<b>4.4.</b>	<b>Hạn chế và đóng góp chính của đề tài</b>	130
	<b>KẾT LUẬN</b>	132
	<b>KHUYẾN NGHỊ</b>	134
	<b>Tài liệu tham khảo</b>	135
	<b>Phụ lục</b>	147

## DANH MỤC CÁC BẢNG

<i>Bảng 1.1.</i>	<i>Tỷ trọng dân số theo nhóm tuổi, tỷ số phụ thuộc và chỉ số già hóa, Việt Nam, 1979-2009</i>	6
<i>Bảng 1.2.</i>	<i>Tỷ suất giới tính theo nhóm tuổi (nam/100 nữ), Việt Nam, 1979 – 2009</i>	7
<i>Bảng 1.3.</i>	<i>Chỉ số già hóa của dân số chia theo vùng địa lý – kinh tế, Việt Nam, 2009</i>	8
<i>Bảng 1.4.</i>	<i>Tỷ lệ tử vong ở người từ 60 tuổi trở lên theo nhóm bệnh, nhóm thu nhập: 2004</i>	9

<i>Bảng 2.1.</i>	<i>Dân số và số người cao tuổi tại hai xã nghiên cứu</i>	39
<i>Bảng 2.2.</i>	<i>Phân loại huyết áp theo JNC VII (năm 2003)</i>	56
<i>Bảng 2.3.</i>	<i>Trị số bình thường của các thành phần lipid</i>	57
<i>Bảng 3.1.</i>	<i>Thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu</i>	62
<i>Bảng 3.2.</i>	<i>Đặc điểm hộ gia đình của người cao tuổi</i>	64
<i>Bảng 3.3.</i>	<i>Tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của NCT theo nhóm tuổi và giới tính</i>	65
<i>Bảng 3.4.</i>	<i>Lý do người cao tuổi đi khám bệnh và nơi khám</i>	66
<i>Bảng 3.5.</i>	<i>Giá trị trung bình một số chỉ số nhân trắc của người cao tuổi</i>	68
<i>Bảng 3.6.</i>	<i>Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số khối cơ thể</i>	68
<i>Bảng 3.7.</i>	<i>Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe người cao tuổi</i>	69
<i>Bảng 3.8.</i>	<i>Đặc điểm thói quen dinh dưỡng của người cao tuổi</i>	70
<i>Bảng 3.9.</i>	<i>Đặc điểm chỉ số huyết áp ở người cao tuổi</i>	71
<i>Bảng 3.10.</i>	<i>Các yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp của người cao tuổi</i>	72
<i>Bảng 3.11.</i>	<i>Giá trị đường huyết trung bình của người cao tuổi (mmol/L)</i>	73
<i>Bảng 3.12.</i>	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số đường huyết và một số yếu tố</i>	73
<i>Bảng 3.13.</i>	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số đường huyết và các chỉ số lipid máu, BMI, tuổi, huyết áp của người cao tuổi.</i>	74
<i>Bảng 3.14.</i>	<i>Các yếu tố liên quan tới tỷ lệ đái tháo đường ở người cao tuổi</i>	75
<i>Bảng 3.15.</i>	<i>Giá trị trung bình của các chỉ số lipid máu của người cao tuổi</i>	76
<i>Bảng 3.16.</i>	<i>Đặc điểm rối loạn lipid máu ở người cao tuổi</i>	77
<i>Bảng 3.17.</i>	<i>Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở NCT</i>	78
<i>Bảng 3.18.</i>	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số LDL-C với chỉ số đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI.</i>	79
<i>Bảng 3.19.</i>	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số LDL-C với chỉ số của tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI.</i>	79
<i>Bảng 3.20.</i>	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa trị số HDL-C với trị số của tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI</i>	80



Bảng 3.21.	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số HDL-C với chỉ số của tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI.</i>	80
Bảng 3.22.	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số triglycerides với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI</i>	81
Bảng 3.23.	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa triglycerides và tuổi, huyết áp, chỉ số đường huyết, BMI.</i>	81
Bảng 3.24.	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số cholesterol với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI</i>	82
Bảng 3.25.	<i>Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số cholesterol với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI</i>	82
Bảng 3.26.	<i>Phân bố tỷ lệ bệnh xương khớp ở người cao tuổi</i>	83
Bảng 3.27.	<i>Phân bố tỷ lệ có bệnh về mắt ở người cao tuổi</i>	84
Bảng 3.28.	<i>Các yếu tố liên quan đến bệnh về mắt ở người cao tuổi</i>	85
Bảng 3.29.	<i>Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh tăng huyết áp</i>	86
Bảng 3.30.	<i>Kiến thức của người cao tuổi về biến chứng của bệnh tăng huyết áp</i>	87
Bảng 3.31.	<i>Nguồn cung cấp thông tin cho NCT về bệnh THA</i>	88
Bảng 3.32.	<i>Tỷ lệ NCT báo cáo được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp</i>	88
Bảng 3.33.	<i>Nhu cầu được cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp của NCT</i>	89
Bảng 3.34.	<i>Kết quả 3 vòng xin ý kiến chuyên gia về giải pháp can thiệp</i>	92
Bảng 3.35.	<i>Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh THA trước và sau can thiệp</i>	95
Bảng 3.36.	<i>Kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh THA trước và sau can thiệp</i>	96
Bảng 3.37.	<i>Sự quan tâm và tuân thủ điều trị bệnh THA của NCT trước và sau can thiệp</i>	97
Bảng 3.38.	<i>Thói quen ăn uống của người cao tuổi trước và sau can thiệp</i>	7
Bảng 3.39.	<i>Một số thói quen của người cao tuổi trước và sau can thiệp</i>	98



## DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1.	<i>Số người từ 60 tuổi trở lên trên toàn cầu: năm 1980, 2010, 2050</i>	
Hình 1.2.	<i>Phân bố người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực phát triển: 1950 - 2050</i>	5
Hình 1.3.	<i>Chỉ số già hóa dân số ở các nước ASEAN, 2010</i>	8
Hình 1.4.	<i>Mô hình các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi</i>	20
Hình 1.5	<i>Bản đồ hành chính huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định</i>	37
Hình 1.6.	<i>Khung lý thuyết</i>	38
Hình 2.1.	<i>Sơ đồ nghiên cứu</i>	41
Hình 3.1.	<i>Trình độ học vấn của NCT chia theo địa bàn nghiên cứu</i>	63
Hình 3.2.	<i>Tỷ lệ NCT còn làm việc kiếm tiền</i>	63
Hình 3.3.	<i>Tỷ lệ người cao tuổi đi khám bệnh trong vòng 30 ngày</i>	66
Hình 3.4.	<i>Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh trong vòng 30 ngày</i>	67
Hình 3.5.	<i>Phân bố bệnh tật ở người cao tuổi</i>	67
Hình 3.6.	<i>Tỷ lệ thừa cân, béo phì theo địa bàn nghiên cứu</i>	68
Hình 3.7.	<i>Tỷ lệ đái tháo đường ở NCT theo địa bàn nghiên cứu</i>	74
Hình 3.8.	<i>Phân bố tỷ lệ mắc bệnh xương khớp ở NCT theo địa bàn nghiên cứu</i>	83
Hình 3.9.	<i>Phân bố tỷ lệ các bệnh về mắt ở NCT theo địa bàn nghiên cứu</i>	84

**DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

AACE	Hiệp hội Nội tiết học lâm sàng Mỹ (American Association of Clinical Endocrinologists)
ASEAN	Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á (The Association of Southeast Asian Nations)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BMI	Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
BS	Bác sĩ
CBYT	Cán bộ y tế
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease)
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
ĐTĐ	Đái tháo đường
ĐTV	Điều tra viên
GDSK	Giáo dục sức khỏe
HAI	Tổ chức quốc tế hỗ trợ người cao tuổi (HelpAge International)
HAK	Tổ chức hỗ trợ người cao tuổi Hàn Quốc (HelpAge Korea)
HDL-C	High Density Lipoprotein - cholesterol
HSBC	Tập đoàn Ngân hàng Hồng Kông – Thượng Hải (The Hong Kong and Shanghai Banking Corporation)
IDF	Hiệp hội đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation)
LDL-C	Low Density Lipoprotein - Cholesterol
LS	Lâm sàng
NMCT	Nhồi máu cơ tim
NCT	Người cao tuổi
OECD	Tổ chức Hợp tác và phát triển kinh tế (Organization for Economic Cooperation and Development)
TA	Thức ăn

TC	Cholesterol toàn phần
TGs	Triglycerides
TBMMN	Tai biến mạch máu não
THA	Tăng huyết áp
THCS	Trung học cơ sở
TP	Thành phố
TT	Truyền thông
TYT	Trạm y tế
UBND	Ủy ban nhân dân
UN	Liên hợp quốc (United Nations)
UNESCO	Tổ chức Giáo dục – Khoa học và Văn hóa Liên hợp quốc (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (United Nations International Children's Emergency Fund)
USD	Đồng Đôla Mỹ
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới ( World Health Organization)
XN	Xét nghiệm
YTCC	Y tế công cộng

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy ước của Liên Hợp Quốc (UN), người cao tuổi (NCT) là những người từ 60 tuổi trở lên [126]. Số lượng NCT trên thế giới trong khoảng 30 năm trở lại đây tăng nhanh chưa từng thấy trong lịch sử. Năm 1980, trên thế giới có 378 triệu từ độ tuổi 60 trở lên. Sau 30 năm, dân số NCT là 759 triệu và ước tính đến năm 2050 con số này là 2 tỷ người [128]. Mặc dù NCT tăng nhanh ở tất cả các khu vực trên thế giới nhưng số NCT ở các nước đang phát triển chiếm một tỷ lệ rất lớn. Theo ước tính của UN (năm 2010), NCT sống ở các nước đang phát triển chiếm khoảng 65% và đến năm 2050 con số này là 80% [128],[146].

Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng chung của thế giới. Tỷ lệ NCT ở nước ta cũng gia tăng nhanh chóng trong 3 thập kỷ qua, năm 1989 là 7,2%; năm 1999 là 8,3% và năm 2009 là 9,5% [9].

Người cao tuổi phải đối mặt với nhiều bệnh mạn tính do suy giảm chức năng của nhiều cơ quan, tổ chức[23], [146].

Theo kết quả các nghiên cứu ở Việt Nam trong 10 năm trở lại đây, khoảng 80% NCT có bệnh mạn tính không lây như: tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, bệnh xương khớp, bệnh về mắt... trong đó bệnh THA là bệnh phổ biến nhất và nguy hiểm nhất [145].

Kết quả nghiên cứu sức khỏe người trưởng thành và NCT (SAGE) của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2007 – 2010 tại 6 quốc gia gồm: Trung Quốc, Liên bang Nga, Nam Phi, Ấn Độ, Mexico và Ghana chỉ ra rằng THA là bệnh phổ biến nhất ở nhóm từ 50 tuổi trở lên (dao động từ 21,1% - 65,2%) [86].

Kết quả điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của NCT Việt Nam do Viện Lão khoa công bố năm 2007 cho thấy tỷ lệ NCT mắc bệnh THA là 45,6% [46].

Tăng huyết áp là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh tim mạch, đột quy [38], [56]. Theo ước tính của WHO, biến chứng của THA liên quan tới 9,4 triệu ca tử vong mỗi năm, THA gây nên 45% ca tử vong do các bệnh tim mạch và ít nhất 51% số ca tử

vong do đột quy. Đáng chú ý là gần 80% các ca tử vong do bệnh tim mạch tập trung ở các nước có thu nhập thấp[148]. Người bị THA giai đoạn II trở lên có nguy cơ đột quy tăng gấp 4 lần so với người có huyết áp bình thường[60].

Ngoài những yếu tố về tuổi, giới có liên quan đến tình trạng THA ở NCT đã được chứng minh thì những hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, chế độ ăn nhiều muối, nhiều chất béo, ít hoạt động thể lực được xem là các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp [148]. Hơn nữa, tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và ĐTĐ cũng là các yếu tố mà hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp [66],[107],[117].

WHO ước tính chi phí điều trị các bệnh không lây của các nước thu nhập thấp và trung bình giai đoạn 2011 – 2025 khoảng 500 tỷ USD mỗi năm, một nửa số đó là chi phí điều trị các bệnh tim mạch, trong đó có bệnh THA[148].

Mặc dù THA là nguy hiểm nhưng nếu được phát hiện sớm, theo dõi và kiểm soát hiệu quả thì tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng giảm đáng kể. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát tốt huyết áp bằng thuốc hiện nay trên thế giới chỉ đạt khoảng 25 – 40%. Do đó, bên cạnh việc sử dụng thuốc kiểm soát huyết áp, cần phải thay đổi những thói quen có nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực[148].

Phân tích tổng hợp 55 nghiên cứu can thiệp đa yếu tố nguy cơ phòng bệnh tim mạch cho thấy: can thiệp bằng tư vấn và giáo dục thay đổi hành vi nguy cơ (hút thuốc lá, lạm dụng rượu, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực) không làm giảm tổng số tử vong hoặc bệnh mạch vành trong dân số nhưng có thể có hiệu quả trong giảm tử vong do bệnh THA. Có bằng chứng cho thấy giáo dục sức khỏe ít hiệu quả đối với cộng đồng nói chung nhưng có hiệu quả đối với nhóm đặc thù có nguy cơ cao đối với bệnh THA[121].

Nam Định là tỉnh phía nam đồng bằng Bắc bộ với diện tích 1669 km<sup>2</sup>, dân số 1.828.111 người (tổng điều tra dân số 2009), tỷ lệ NCT là 13% [4]. Hiện nay, trên địa bàn tỉnh Nam Định chưa có nghiên cứu nào có quy mô về sức khỏe người cao tuổi đặc biệt là nghiên cứu can thiệp. Do đó, đề tài “ ***Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử***

***nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 -2012”*** được tiến hành tại huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định hướng tới các mục tiêu sau:

- 1. Mô tả tình hình sức khỏe người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh ở người cao tuổi tại 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2010.*
- 2. Xây dựng và thử nghiệm một số hoạt động can thiệp nhằm nâng cao kiến thức – thực hành về phòng chống bệnh tăng huyết áp của NCT tại xã Tam Thanh huyện Vụ Bản, Nam Định giai đoạn 2011 – 2012.*



# Chương I

## TỔNG QUAN

### 1.1. Tình hình sức khỏe người cao tuổi trên thế giới và ở Việt Nam

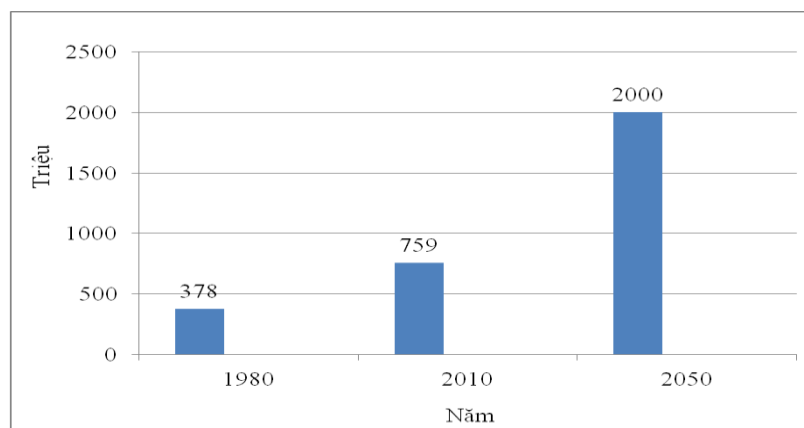
#### 1.1.1. Khái quát về người cao tuổi

##### 1.1.1.1. Định nghĩa

Quá trình lão hóa là một quá trình sinh học tự nhiên mang tính tất yếu ngoài tầm kiểm soát của con người. Tùy theo đặc trưng của từng xã hội mà già hóa có ý nghĩa khác nhau. Vì vậy, khái niệm người cao tuổi không giống nhau ở những quốc gia, khu vực khác nhau trên thế giới [1],[61]. Với đa số các quốc gia phát triển, độ tuổi quy định là người cao tuổi phải từ 65 tuổi trở lên. Để thuận tiện cho việc so sánh giữa các quốc gia, UN chấp nhận mốc để xác định dân số NCT là từ 60 tuổi trở lên [44]. Quy định này cũng được đề cập trong Luật người cao tuổi của Việt Nam [42].

##### 1.1.1.2. Một số đặc trưng nhân khẩu học của người cao tuổi trên thế giới

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, xảy ra ở mọi quốc gia và ảnh hưởng đến mọi quốc gia, dân tộc. Dân số NCT ở nhiều nước trên thế giới đang tăng nhanh và sẽ tiếp tục tăng trong những năm tới cả về số lượng cũng như tỷ lệ trong tổng dân số [61],[128].



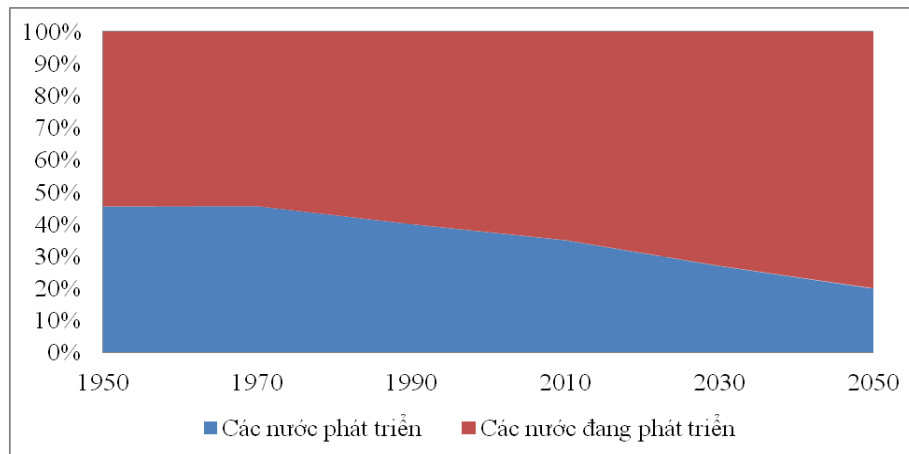
Hình 1.1. Số người từ 60 tuổi trở lên trên toàn cầu: năm 1980, 2010, 2050

Nguồn: United Nation (2009). *World Population Prospects, 2008 Revision* [128].

Theo số liệu của UN (hình 1.1) năm 1980, số người từ độ tuổi 60 trở lên trên thế giới là 378 triệu. Sau 30 năm, con số này đã tăng lên gấp đôi (759 triệu) và ước tính đến

năm 2050 con số này là 2 tỷ người [45].

Mặc dù NCT đều tăng ở tất cả các nơi trên thế giới, nhưng tốc độ phát triển nhanh nhất lại diễn ra ở các nước đang phát triển. Trung bình mỗi năm, dân số NCT trên thế giới có thêm 29 triệu người, trên 80% số này ở các nước đang phát triển. Như một kết quả tất yếu, tỷ lệ dân số NCT sống ở các nước đang phát triển năm 2010 là 65% sẽ tăng lên 80% vào năm 2050 (hình 1.2) [128] .



Hình 1.2. Phân bố người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực phát triển: 1950 - 2050

Nguồn: United Nation (2009). *World population prospects, 2008 revision* [128].

Ở đại đa số các quốc gia, tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên sống ở khu vực nông thôn cao hơn thành thị, mặc dù tỷ suất sinh ở nông thôn cao hơn thành thị và cơ cấu dân số lẽ ra phải trẻ hơn thành thị. Lý do của hiện tượng này là do có nhiều người trẻ tuổi trong độ tuổi lao động di cư ra thành thị để tìm kiếm việc làm. Có một sự khác biệt lớn về đặc điểm dân số giữa các nước phát triển và các nước đang phát triển. Ở các nước phát triển, phần lớn NCT sống ở khu vực thành thị, trong khi đó phần lớn NCT ở các nước đang phát triển lại sống ở khu vực nông thôn. Theo dự báo đến năm 2025, khoảng 82% dân số ở các nước phát triển sẽ sống ở thành thị, trong khi đó ở các nước đang phát triển tỉ lệ này chưa đến 50% [128].

Xu hướng nữ giới sống lâu hơn nam giới làm cho tỷ số giới tính ở người từ 60 tuổi trở lên có một khoảng cách tương đối rõ ràng. Tỷ lệ nữ giới ở những người tuổi từ 60 trở lên là 54%, tỷ lệ này khoảng 63% ở những người tuổi từ 80 trở lên và cao hơn nữa ở lứa tuổi 100 [43],[128],[127].

Đa số nam giới tuổi từ 60 trở lên sống cùng vợ trong khi đó nữ giới ở lứa tuổi này thường trong tình trạng góa. Trên phạm vi toàn cầu, có khoảng 80% nam giới và chưa tới 50% nữ giới sống cùng vợ/chồng. Có hai lý do giải thích cho hiện tượng này: (i) Nữ giới sống lâu hơn nam giới; (ii) Nữ giới thường kết hôn với người nhiều tuổi hơn mình [9],[44],[149].

### *1.1.1.3. Một số đặc trưng nhân khẩu học của NCT ở Việt Nam.*

Cũng như nhiều nước ở khu vực Đông Nam Á, Việt Nam đang ở giai đoạn sau của thời kỳ quá độ dân số chuyển đổi từ một nước có mức độ sinh và mức độ chết cao sang một nước có mức độ sinh và mức độ chết thấp và điều đó đã làm thay đổi đáng kể cấu trúc tuổi và giới tính của dân số Việt Nam. Kết quả là tỷ lệ NCT gia tăng một cách nhanh chóng [9].

Do mức sinh giảm và tuổi thọ trung bình của dân số tăng lên (72,8 tuổi năm 2009), chỉ số già hóa của dân số Việt Nam tăng khá nhanh trong 3 thập kỷ qua. Các số liệu trong bảng 1.1 cho thấy, chỉ số già hóa dân số (60 tuổi trở lên) đã tăng từ 16,6% năm 1979 lên 18,2% năm 1989; 24,3% năm 1999 và đạt mức 35,5% năm 2009 [9]. Như vậy, nếu như vào năm 1979, cứ khoảng 6 trẻ em 0-14 tuổi mới có một cụ già từ 60 tuổi trở lên thì 30 năm sau, chưa đến 3 trẻ em 0-14 tuổi đã có một cụ [7].

*Bảng 1.1. Tỷ trọng dân số theo nhóm tuổi và chỉ số già hóa ở Việt Nam giai đoạn 1979-2009*

<b>Nhóm tuổi</b>	<b>1979</b>	<b>1989</b>	<b>1999</b>	<b>2009</b>
0 -14 tuổi	42,6	39,2	33,2	24,5
15 - 64	52,7	56,1	61,1	69,1
65 trở lên	4,8	4,7	5,8	6,4
Tỷ số phụ thuộc trẻ	80,8	69,8	54,2	35,4
Tỷ số phụ thuộc già	9,1	8,4	9,4	9,3
Tổng tỷ số phụ thuộc	89,9	78,2	63,6	44,7
Chỉ số già hóa (60+)	16,6	18,2	24,3	35,5

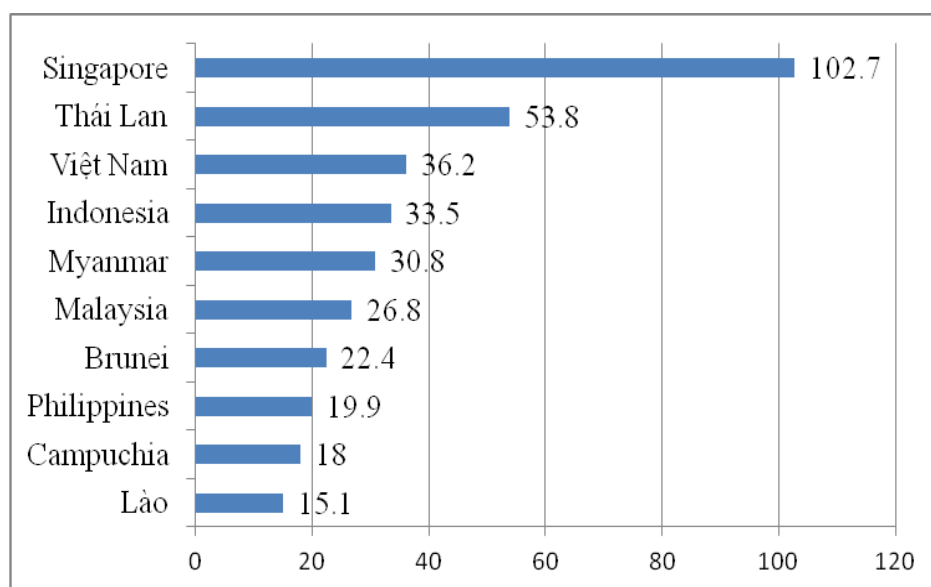
*Nguồn: Bộ Kế hoạch và Đầu tư - Tổng cục thống kê (2011), Dự báo dân số Việt Nam 2009 – 2049[7]*

*Bảng 1.2. Tỷ suất giới tính theo nhóm tuổi ở Việt Nam giai đoạn 1979 – 2009*

<b>Nhóm tuổi</b>	<b>1979</b>	<b>1989</b>	<b>1999</b>	<b>2009</b>
0-4	104,8	105,6	105,5	108,7
5-9	104,4	104,2	105,4	106,3
10-14	106,6	105,0	105,5	105,7
15-19	96,5	97,4	101,5	104,4
20-24	87,7	92,0	98,1	101,8
25-29	88,2	91,1	99,8	100,5
30-34	89,6	91,4	99,1	101,7
35-39	87,5	87,6	95,3	102,0
40-44	84,7	86,5	92,0	99,0
45-49	89,3	81,5	87,6	94,1
50-54	91,5	80,5	84,6	89,4
55-59	78,0	85,8	77,8	84,2
60-64	81,5	82,8	76,9	80,1
65-69	74,9	74,0	78,8	72,5
70-74	65,4	68,2	70,4	67,3
75 trở lên	53,2	55,1	54,1	49,9
<b>Tổng số</b>	<b>94,2</b>	<b>94,2</b>	<b>96,4</b>	<b>97,6</b>

*Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam[9]*

Chỉ số giới tính ở NCT Việt Nam cũng có những đặc điểm tương tự như các quốc gia khác trên thế giới cụ thể là: tuổi càng cao thì tỷ lệ nam giới càng thấp. Tỷ số giới tính càng thấp khi tuổi thọ trung bình được tăng lên và vì vậy tỷ số giới tính ở NCT Việt Nam có xu hướng giảm dần theo thời gian (bảng 1.2) [9].



Hình 1.3. Chỉ số già hóa dân số ở các nước ASEAN, 2010

Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn nhân [9]

Chỉ số già hóa của dân số Việt Nam năm 2010 là 36,2 %, đứng thứ 3 trong số 10 nước ASEAN, cao hơn các nước Lào, Campuchia, Philippines, Brunei, Malaysia, Myanmar và Indonesia, chỉ thấp hơn Thái Lan và Singapore. Chỉ số già hóa của dân số Việt Nam chỉ bằng 1/3 chỉ số già hóa của Singapore (36,2% so với 102,7%) [9].

Bảng 1.3. Chỉ số già hóa của dân số chia theo vùng địa lý – kinh tế của Việt Nam năm 2009

Vùng địa lý	Chỉ số già hóa ( 60 tuổi + / 0-15 tuổi)
Đồng bằng sông Cửu Long	34,6
Đông Nam bộ	30,1
Tây Nguyên	17,3
Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung	38,7
Đồng bằng sông Hồng	47,7
Trung du và miền núi phía Bắc	29,0
Cả nước	35,6

Nguồn: Tổng cục thống kê (2011): Cấu trúc tuổi – giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam [9]

Quá trình già hóa dân số ở Việt Nam diễn ra không đều giữa các vùng địa lý – kinh tế, chỉ số già hóa khu vực đô thị, đồng bằng (đồng bằng sông Hồng) cao hơn rất nhiều so với vùng địa lý - kinh tế khó khăn như Tây Nguyên (bảng 1.3).

### **1.1.2. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi trên thế giới**

Việc kiểm soát tốt các bệnh nhiễm khuẩn đã làm giảm tỷ lệ tử vong đồng thời làm thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong. Khi tỷ lệ tử vong do bệnh truyền nhiễm giảm, tỷ lệ tử vong do các bệnh không truyền nhiễm như: tim mạch, đột quỵ, ung thư chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số tử vong. Ở NCT, bệnh không truyền nhiễm chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất và là gánh nặng bệnh tật lớn nhất ở các nước phát triển, thậm chí ở cả những nước đang phát triển. Năm 2004, tỷ lệ tử vong vì các bệnh không truyền nhiễm trên phạm vi toàn cầu chiếm tới 86% trong tổng số các trường hợp tử vong ở nhóm NCT, dao động từ 77% ở các nước thu nhập thấp đến 91% ở các nước thu nhập cao [139].

*Bảng 1.4. Tỷ lệ tử vong ở người từ 60 tuổi trở lên theo nhóm bệnh, nhóm thu nhập (%): 2004*

<b>Chỉ số tử vong</b>	<b>Toàn cầu</b>	<b>Các nước thu nhập cao</b>	<b>Các nước thu nhập trung bình</b>	<b>Các nước thu nhập thấp</b>
Tổng	100	100	100	100
Bệnh lây và điều kiện dinh dưỡng không tốt	10	6	7	19
Bệnh không lây	86	91	89	77
Chấn thương	4	3	4	4

*Nguồn: Calculated from WHO, The Global Burden of Disease, 2004 update, table A5.[139]*

Các nước thu nhập thấp không những phải đối mặt với tuổi thọ trung bình thấp mà còn phải đối mặt với tình trạng sức khỏe kém.

### **1.1.3. Khái quát về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam**

Người cao tuổi thường kèm theo những suy giảm về chức năng của các cơ quan, tổ chức trong cơ thể làm cho sức khỏe người cao tuổi bị suy giảm thường mắc bệnh mạn tính. Kết quả những nghiên cứu gần đây về sức khỏe người cao tuổi ở Việt Nam cho thấy: Có khoảng từ 18,1- 57,7% người cao tuổi tự đánh giá có sức khỏe kém 4/5 số

người cao tuổi mắc các bệnh mạn tính và trung bình mỗi người cao tuổi có khoảng 2,1 bệnh mạn tính [3].

Theo kết quả điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam của Viện Lão khoa (2007) được tiến hành ở 3 địa điểm đại diện cho 3 miền cho thấy những bệnh mạn tính thường gặp ở NCT Việt Nam theo thứ tự là: suy giảm thị lực (76,7%) trong đó có khoảng 57,9% bị đục thủy tinh thể; tăng huyết áp (45,6%); rối loạn lipid máu (45,0%); thoái hóa khớp (33,9%). Một số bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, sa sút trí tuệ, thừa cân béo phì và COPD cũng ở ngưỡng cao [46].

Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành đánh giá ban đầu trên 958 NCT làm cơ sở cho việc xây dựng mô hình can thiệp nâng cao sức khỏe cho NCT thông qua sự tham gia tích cực tại Tiền Hải, Thái Bình năm 2010 cho kết quả là 34,7% NCT cho rằng sức khỏe kém, rất kém là 9,5%, tỷ lệ NCT cho rằng mình có sức khỏe bình thường chiếm 47,5%, tỷ lệ NCT tự đánh giá có sức khỏe tốt chiếm 8,1% [2]. Năm 2003, Vũ Việt Hùng và cộng sự nghiên cứu tình hình sức khỏe, bệnh tật và nhu cầu chăm sóc y tế của người cao tuổi ở Nam Định cho kết quả 9% NCT có sức khỏe tốt, 67% NCT có sức khỏe mức độ trung bình và sức khỏe yếu chiếm 24% [29]. Năm 2005, Nguyễn Thế Huệ và cộng sự nghiên cứu về thu nhập và mức sống NCT tại 5 tỉnh/ thành phố trong cả nước phát hiện thấy có 38,9% NCT cho rằng có sức khỏe yếu, 11,2% NCT cho rằng có sức khỏe tốt [28].

Năm 2010, Trần Thị Mai Oanh nghiên cứu trên 870 NCT tại huyện Chí Linh tỉnh Hải Dương cho kết quả như sau: 57,7% NCT tự đánh giá số sức khỏe kém và rất kém, chỉ có 6,3 % NCT cho rằng mình có sức khỏe tốt và rất tốt [40].

Như vậy, các nghiên cứu ở Việt Nam trong vòng hơn 10 năm qua đều có chung một nhận định rằng khoảng 10% NCT tự đánh giá có sức khỏe tốt. Tỷ lệ NCT cho rằng sức khỏe kém dao động từ 18-57%.

#### ***1.1.4. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi***

Mô hình bệnh tật trên thế giới đang có xu hướng chuyển từ các bệnh lây truyền sang các bệnh không lây truyền, số người tử vong do các bệnh không lây chiếm 2/3 trong tổng số 57 triệu người tử vong năm 2008 trên phạm vi toàn cầu. Trong đó 80% trường hợp tử vong do bệnh không lây tập trung ở các nước thu nhập trung bình và thu nhập thấp [139], [144]. Tại các quốc gia đang phát triển, số người từ 60 tuổi trở lên tử vong vì các bệnh không lây gấp 2 lần nhóm người dưới 60 tuổi [128].

Kết quả nghiên cứu ở hầu hết các quốc gia trên thế giới đều cho thấy nhóm bệnh mạn tính phổ biến nhất ở người từ 60 tuổi trở lên là tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh xương khớp, thừa cân béo phì. Trong đó, tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở người từ 60 tuổi trở lên [139], [144].

##### *1.1.4.1. Tăng huyết áp ở người cao tuổi (trình bày chi tiết tại mục 1.3)*

##### *1.1.4.2. Đái tháo đường*

ĐTĐ được WHO đánh giá là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay, ước tính có khoảng 4,8 triệu người tử vong do đái tháo đường năm 2012. Trên phạm vi toàn cầu, bệnh đái tháo đường đang có xu hướng gia tăng rất nhanh. Theo số liệu của Hiệp hội đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2012 có khoảng 8,3% (371 triệu) người trưởng thành (20-79 tuổi) mắc đái tháo đường, 80% số người mắc đái tháo đường đang sống ở các quốc gia đang phát triển. Khoảng 50% người bệnh không biết mình bị đái tháo đường [77]. Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ở các quốc gia khác nhau song nhìn chung tỷ lệ ĐTĐ đang gia tăng trên phạm vi toàn cầu đặc biệt là các quốc gia đang phát triển [93],[94].

Kết quả nghiên cứu ĐTĐ ở NCT khu vực thành thị của Ấn Độ do A.K. Singh và cộng sự tiến hành năm 2012 cho thấy có 18,8% NCT mắc đái tháo đường, 1/3 không biết mình bị bệnh, có khoảng 2/3 số người bị bệnh được điều trị và khoảng 3/4 số người điều trị có hiệu quả [122].

M.McDonald nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐ ở NCT tại Mỹ giai đoạn năm 1999 – 2004 cho kết quả là 21,2% NCT mắc ĐTĐ, khoảng 50,9% trường hợp mắc bệnh có sử dụng thuốc điều trị [107].



Theo kết quả nghiên cứu của Y.Porapaktham và cộng sự tại Thái Lan năm 2004, tỷ lệ NCT mắc bệnh ĐTĐ ở NCT Thái Lan là 14% [117]. A. Barcelo và cộng sự nghiên cứu ở 7 thành phố thuộc các nước Mỹ Latin và Caribbean cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở NCT là 15,7% [68].

Tác giả J.Hewitt nghiên cứu trên 15.095 NCT ( $\geq 75$  tuổi) tại cộng đồng dân cư nước Anh (2009) cho thấy tỷ lệ NCT mắc ĐTĐ là 7,8%, tỷ lệ ĐTĐ ở NCT là nam giới (9,4%) cao hơn NCT nữ giới (6,8%). Tác giả tiến hành so sánh tỷ lệ mắc bệnh mạn tính khác giữa nhóm NCT bị ĐTĐ và nhóm không bị ĐTĐ cho kết quả: suy giảm chức năng nhìn cao gấp 1,6 lần (95% CI:1,3 – 1,9), suy thận mạn tính giai đoạn 4 và 5 cao gấp 1,5 lần (95% CI:1,0 – 2,1), tai biến mạch máu não cao hơn gấp 2 lần (95% CI:1,8 – 2,1) và loét chân cao hơn 1,7 lần (95% CI:1,2 – 2,4) [89].

Nguy cơ của bệnh đái tháo đường type II đã được xác định là: thừa cân, béo phì, chế độ dinh dưỡng không hợp lý, ít hoạt động thể lực, kháng insulin, yếu tố tuổi, giới, gia đình và chủng tộc. Trong đó các nguy cơ như thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, chế độ dinh dưỡng và hoạt động thể lực không hợp lý là những nguy cơ có thể thay đổi được [5], [75].

Bệnh ĐTĐ có liên quan đến một loạt các biến chứng nghiêm trọng mà kết quả là làm giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Những biến chứng của bệnh đái tháo đường thường rất phổ biến (khoảng 50% bệnh nhân bị đái tháo đường có các biến chứng) như bệnh mạch vành, các bệnh mạch máu ngoại vi, đột quỵ, bệnh lý thần kinh do đái tháo đường, cắt đoạn chi, suy thận và mù mắt. Các biến chứng này thường dẫn đến tàn tật và giảm tuổi thọ [129], [139]. Y. Cao và các cộng sự tiến hành nghiên cứu nguyên nhân của bệnh suy thận mạn tính ở NCT Trung Quốc (2009-2010) chỉ ra rằng: đái tháo đường và tăng huyết áp là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên bệnh suy thận mạn tính ở NCT Trung Quốc với tỷ lệ tương ứng là 39,5 và 24,2% [71].

Ở Việt Nam, theo ước tính của WHO (2012) nước ta có 3,2 triệu người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường, đứng thứ 7 trong số 39 quốc gia khu vực Tây Thái Bình dương [94]. Kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự (2004) cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực lần lượt là: miền núi 7,8%; đồng bằng

8,2%; trung du 7,9% và thành phố là 13,4%. Các nguy cơ phổ biến nhất của đái tháo đường ở Việt Nam không kể tuổi là BMI cao, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực [5].

Hoàng Đăng Mịch và cộng sự (2008) nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường ở Hải Phòng phát hiện thấy có 4,15% người từ 55 tuổi trở lên mắc ĐTĐ [35], kết quả này trong nghiên cứu của Phạm Thắng (2007) là 5,3% [46].

Trần Đức Thọ nghiên cứu một số rối loạn liên quan đến béo phì ở người trên 60 tuổi cho kết quả, những NCT thừa cân có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 1,44 lần người có BMI bình thường. NCT béo phì ( $BMI \geq 25$ ) có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 3,74 NCT có BMI bình thường [48].

Từ những kết quả nghiên cứu đã được trình bày ở trên, chúng ta có thể nhận thấy sự đe dọa của đái tháo đường đối với sức khỏe NCT trên phạm vi toàn cầu nói chung và ở Việt Nam nói riêng là rất lớn. Những hiểu biết về nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của bệnh và những bằng chứng về hiệu quả của các biện pháp can thiệp đã được áp dụng giúp chúng ta tự tin và có quyền hy vọng sự thành công trong việc hạn chế, phòng chống bệnh đái tháo đường nói chung và đối với NCT nói riêng.

#### *1.1.4.3. Rối loạn lipid máu*

Rối loạn lipid máu là tình trạng tăng cholesterol (CT), triglycerides (TGs) huyết tương hoặc cả hai, hoặc giảm nồng độ lipoprotein phân tử lượng cao (HDL-C), hoặc tăng nồng độ lipoprotein phân tử lượng thấp (LDL-C) làm gia tăng quá trình xơ vữa động mạch [18].

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, viêm tụy, nhồi máu cơ tim. Theo kết quả nghiên cứu của M. Hassan Murad, NCT có rối loạn lipid máu có nguy cơ tử vong vì các bệnh tim mạch cao hơn gấp 1,8 lần ( $p < 0,05$ ), có nguy cơ viêm tụy cao hơn 3,96 lần và nguy cơ nhồi máu cơ tim cao hơn 1,3 lần nhóm NCT không bị rối loạn lipid máu [109]. Theo Hiệp hội nội tiết học lâm sàng Mỹ (AACE), rối loạn lipid máu được xem là nguy cơ hàng đầu của các bệnh tim mạch chủ yếu là xơ vữa động mạch và bệnh mạch vành [63].

Một nghiên cứu thuần tập tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và tăng huyết áp được M. P. Freitas và cộng sự tiến hành trong 3 năm ở Bambui – Brazil phát

hiện thấy HDL-C là yếu tố có liên quan đến tỷ lệ mới mắc lỵ tích tăng huyết áp ở NCT [79].

Rối loạn lipid máu là một bệnh có tỷ lệ mắc cao, đặc biệt là ở NCT [132]. Rối loạn lipid máu có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây, theo AACE, trong vòng 30 năm qua, tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và LDL-C của người dân Mỹ có xu hướng gia tăng, 69% người Mỹ có hàm lượng LDL-C trên 100mg/l. Nhóm người béo phì có hàm lượng triglycerides quá ngưỡng cao hơn gấp 2 lần so với nhóm không béo phì [63].

N. K. Wenger nghiên cứu rối loạn lipid máu ở NCT tại Mỹ (2004) cho kết quả 1/3 NCT là nam giới và một nửa số NCT là nữ giới có hàm lượng cholesterol toàn phần > 240 mg/dl (6,2mmol/L) [132].

P. Yamwong nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở NCT tại 3 huyện thuộc Thái Lan (2000), kết quả cho thấy có khoảng 70% NCT tăng cholesterol toàn phần và giảm LDL-C, 25% NCT có HDL-C thấp [152].

Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Trương Thị Chiêu (2011) trên 143 bệnh nhân tai biến mạch máu não cấp cho thấy, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não cấp là 83%. Trong đó tăng cholesterol là 57,3%; tăng TGs là 48,9%; tăng LDL-C là 56,6% và giảm HDL-C là 28,0%. Tỷ lệ rối loạn 1 chỉ số đơn thuần chiếm 19,29%; rối loạn 2 chỉ số là 30,7%, rối loạn đồng thời 3 chỉ số chiếm 41,22% và rối loạn đồng thời 4 chỉ số chiếm 8,77%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nữ cao hơn nam [15].

Trần Thị Mỹ Loan nghiên cứu tương quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) và rối loạn lipid máu ở 300 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy, tỷ lệ rối loạn lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp là 71,67%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng CT (67,3%), kế đến tăng TGs chiếm tỉ lệ 54,3% và tăng LDL-C chiếm tỉ lệ 35,3%, giảm HDL-C chiếm tỉ lệ thấp nhất chỉ có 5,33%. BMI chỉ có tương quan với cholesterol toàn phần (hệ số  $r = 0,303$ ,  $p=0,0001$ ) và triglycerides (hệ số  $r = 0,208$ ,  $p=0,0001$ ) [33].

Nguyễn Đức Ngọc và cộng sự nghiên cứu mối liên quan giữa kháng Insulin với béo phì và rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type II đến khám và điều trị

bệnh tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (năm 2004-2006) có kết quả, 78,4% người bệnh đái tháo đường có rối loạn lipid máu. Béo phì và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ kháng Insulin ở bệnh nhân đái tháo đường [37].

Tác giả Phan Hải Phương (2011) tiến hành nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở 532 bệnh nhân tăng huyết áp có tuổi cho thấy, 58,6% NCT có tăng huyết áp mắc hội chứng chuyển hóa, trong đó tăng triglycerides chiếm 85% NCT có tăng huyết áp tiếp theo là giảm HDL-C (48,7%) [41]. Trần Đức Thọ và cộng sự nghiên cứu một số rối loạn liên quan với béo phì ở người trên 60 tuổi cho kết quả là NCT có BMI  $\geq 25$  có nguy cơ rối loạn lipid cao gấp 3,5 lần NCT có BMI < 25, trong đó chủ yếu là tăng triglycerides và LDL-C [48]. Kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa béo phì với rối loạn lipid máu được Nguyễn Kim Thủy tiến hành trên 129 bệnh nhân nam có tuổi trung bình là 65 điều trị tại khoa A1 bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy, hàm lượng các thành phần lipid trong máu ở nhóm thừa cân béo phì cao hơn so với nhóm không thừa cân béo phì. Có mối tương quan tuyến tính thuận chiều giữa BMI, vòng bụng/vòng hông với triglycerides, cholesterol, LDL-C và tương quan nghịch với HDL-C [50].

Kết quả nghiên cứu của Phạm Thắng và cộng sự năm 2007 cho thấy, tỷ lệ NCT có rối loạn lipid máu (bất thường một trong bốn thành phần CT toàn phần, triglycerides, LDL-C và HDL-C) là 45%. Nữ giới có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao hơn nam giới; 48,1% so với 40,3%, ( $p < 0,01$ ).

Hầu hết kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy tỷ lệ NCT bị rối loạn lipid máu rất cao ( $\geq 50\%$ ). Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất đối với rối loạn lipid máu ở NCT là thừa cân, béo phì (BMI  $\geq 23$ ), một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi lối sống của NCT hút thuốc lá, chế độ ăn nhiều mỡ, ít hoạt động thể lực. Rối loạn lipid là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh đặc biệt là các bệnh tim mạch, suy giảm trí nhớ. Tuy nhiên, các nghiên cứu về rối loạn lipid máu ở NCT của Việt Nam mà chúng tôi thu thập được chủ yếu là các nghiên cứu tại bệnh viện, trên nền một bệnh khác, các nghiên cứu triển khai tại cộng đồng còn rất ít, do đó kết quả thường có sự dao động rất lớn. Hơn nữa, việc phân tích số liệu trong các nghiên cứu ở Việt Nam đơn thuần là mô tả, ít có nghiên cứu phân tích hồi quy đa biến nên chưa có đánh giá tổng

quát mối liên quan giữa rối loạn lipid máu ở NCT và các yếu tố nguy cơ. Một khía cạnh khác của rối loạn lipid máu ở NCT chưa được nghiên cứu ở Việt Nam đó là nhận thức của người dân nói chung về việc khám, phát hiện sớm bệnh để điều trị kịp thời. Thiết nghĩ, những chủ đề này cần được tiếp tục nghiên cứu trong thời gian tới để có những bằng chứng cho việc tiến hành các biện pháp can thiệp.

#### *1.1.4.4. Thừa cân, béo phì*

Thừa cân, béo phì theo định nghĩa của WHO: là tình trạng bất thường hoặc tích lũy quá mức chất béo có thể làm suy giảm sức khỏe [137]. Thừa cân, béo phì đang được xem là vấn đề y tế công cộng của toàn thể nhân loại vì tỷ lệ mắc không ngừng tăng và đằng sau tỷ lệ mắc cao đó là những nguy cơ mắc nhiều bệnh mạn tính không lây truyền nguy hiểm như bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp... Theo ước tính của WHO (2008), có 1,4 tỷ người từ 20 tuổi trở lên trên toàn cầu thừa cân, trong đó có 200 triệu nam giới và 300 triệu nữ giới béo phì [115].

Ở các nước đang phát triển, suy dinh dưỡng là vấn đề từ nhiều năm nay, song ở các quốc gia này đang phải đối mặt với gánh nặng kép đó là tình trạng suy dinh dưỡng vẫn tồn tại, tình trạng thừa cân béo phì đang gia tăng nhanh chóng. Kết quả nghiên cứu của F. B. Andrade và cộng sự tại Brazil năm 2012 cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 23,4%, thừa cân là 41,8%, [64]. S. Goya Wannamethee (2004) nghiên cứu trên 4232 NCT nam giới ở 24 thành phố của nước Anh cho kết quả tỷ lệ béo phì là 17%, thừa cân là 52% [82],[123].

Tác giả P. Singh nghiên cứu trên 206 NCT đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa thủ đô New Delhi của Ấn Độ cho kết quả : tỷ lệ thừa cân béo phì ở NCT nam giới là 34,1%, NCT nữ giới là 40,3% [123].

Hiện nay, đã có đủ bằng chứng để nói rằng thừa cân béo phì được xác định là nguy cơ chính của nhiều bệnh không lây truyền như các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, một số loại ung thư, suy giảm trí nhớ, giảm chất lượng cuộc sống [85]. Kết quả nghiên cứu của F. B. Andrade và cộng sự tại Brazil năm 2012 cho thấy NCT béo phì bị đái tháo đường chiếm 50%, tăng huyết áp chiếm 43,7%. F. Javed và cộng sự nghiên cứu mối liên quan giữa BMI và nguy cơ bệnh tim mạch ở

NCT nữ giới Mỹ gốc Phi cho kết quả: nhóm NCT có BMI từ 23 – 30 và BMI > 30 có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn nhóm có BMI < 23 lần lượt là: 1,43 lần ( 95% CI: 1,02 – 2,13) và 1,76 lần ( 95% CI: 1,17 – 2,65; p= 0,007) [97].

Kết quả nghiên cứu của Trần Đức Thọ và cộng sự năm 1999 – 2001 tại 3 xã của 3 miền ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 7,8%, nam 6,7%, nữ 8,6%; thừa cân là 10,5%. Béo bụng là nguy cơ của các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu [48].

Theo kết nghiên cứu của Phạm Duy Tường năm 2006 ở xã Tam Hưng – Thanh Oai – Hà Tây, tỷ lệ NCT thừa cân béo phì là 1,6% [57]. Trần Đình Toán nghiên cứu trên 525 lão thành cách mạng (tuổi trung bình là 78) đến khám, kiểm tra sức khỏe tại bệnh viện Hữu nghị năm 2004 cho kết quả 16,76% thừa cân béo phì (trong đó béo phì là 0,76%) [53].

Phạm Văn Hoan phân tích số liệu có sẵn từ các cuộc điều tra mức sống dân cư các năm 1992-1993; 1997-1998 và điều tra Y tế Quốc gia năm 2001-2002 chỉ ra rằng tỷ lệ nam thừa cân tăng từ 4,7% lên 10,6% và 14,7%. Tỷ lệ này ở nữ tăng từ 9,6% đến 16,9% và 21,2% [24].

Kết quả điều tra thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi của Viện Dinh dưỡng thực hiện năm 2005 trên phạm vi toàn quốc cho thấy, nhóm người từ 55-64 tuổi thừa cân béo phì là 8,4% (nam là 5,7%, nữ là 11,5%) [58].

Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thắng và cộng sự công bố năm 2007, tỷ lệ béo phì (BMI  $\geq$  23) ở NCT trong cộng đồng là 18,3% [46].

Tóm lại, thừa cân béo phì đã và đang gia tăng nhanh chóng trong quần thể dân số nói chung và NCT nói riêng, ảnh hưởng của thừa cân béo phì đối với sức khỏe NCT đã có những bằng chứng rõ ràng. Nâng cao nhận thức về nguy cơ của thừa cân béo phì đối với các bệnh mạn tính không lây là hết sức quan trọng vì nếu thay đổi lối sống bằng cách ăn uống hợp lý và hoạt động thể lực thường xuyên có thể phòng được thừa cân béo phì và trên cơ sở đó có thể giảm được nguy cơ mắc một số bệnh mạn tính liên quan đến thừa cân béo phì.

#### *1.1.4.5. Bệnh khớp*

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh xương khớp được xếp vào nhóm 10 bệnh gây tàn tật cao nhất ở NCT[139]. Trong các bệnh về khớp, bệnh viêm khớp chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là viêm khớp gối[78].

Kết quả nghiên cứu của G. R. Falsarella ở Brazil, tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở NCT là 22,7%, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam [76].

Trong báo cáo nghiên cứu toàn cầu sức khỏe người già và trưởng thành ở Trung Quốc và Ấn Độ của Paul Kowal cho thấy, tỷ lệ NCT (từ 50 tuổi trở lên) Trung Quốc bị viêm khớp là 22%, tỷ lệ này ở NCT Ấn Độ là 25 % [102].

Tỷ lệ bệnh xương khớp trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành ở Tiền Hải - Thái Bình là 58,7% [2]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Huệ là 18,8% [27].

Phân tích 2233 nghiên cứu sàng lọc và 85 bài tổng quan, nhóm nghiên cứu của M. Blagojevic đưa ra nhận xét: Người thừa cân, béo phì có nguy cơ bị bệnh viêm khớp gối cao hơn 2,6 lần so với người có BMI bình thường [69].

#### *1.1.4.6. Bệnh về mắt*

Trong suy giảm thị lực ở người từ 60 tuổi trở lên thì đục thủy tinh thể là phổ biến và ảnh hưởng lớn nhất tới chất lượng cuộc sống của NCT. Theo kết quả nghiên cứu của A.Araujo Filho và cộng sự tại Brazil (2008), tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên bị suy giảm thị lực là 24,16%, hơn một nửa số đó có nguyên nhân do đục thủy tinh thể [65]. Tỷ lệ NCT suy giảm thị lực ( $<3/10$ ) ở Hồng Kông chiếm 41,3%, tỷ lệ này ở người 80 tuổi trở lên là 73,1%, trong đó có 9,1% NCT đã phẫu thuật thay thủy tinh thể [108].

Kết quả điều tra dịch tễ học về tình hình bệnh tật, nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của NCT Việt Nam do Viện Lão khoa công bố năm 2007 cho thấy tỷ lệ NCT mắc các bệnh đục thủy tinh thể là 57,9% (49,3% ở nhóm tuổi 60-74 và 79,6% ở nhóm tuổi  $\geq 75$ )[46].

Nguyễn Hữu Lê và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ mù lòa do đục thủy tinh thể tại Nghệ An năm 2012 cho kết quả nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa (67,9%) ở NCT là do đục thủy tinh thể [32].

Tuổi cao là nguy cơ chủ yếu của đực thủy tinh thể ở NCT, bên cạnh đó là các bệnh mạn tính khác như tăng huyết áp, đái tháo đường và hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu [131].

## **1.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi**

Vấn đề sức khỏe lớn nhất của người cao tuổi là các bệnh mạn tính, các bệnh không lây và suy giảm chức năng/tàn tật [149]. Bất cứ một chiến lược nâng cao sức khỏe nào cho người cao tuổi đều phải tìm hiểu các yếu tố gây nên các nhóm bệnh này. Trong phạm vi nghiên cứu này, bên cạnh những yếu tố về mặt sức khỏe bệnh tật, chúng tôi đặt vấn đề sức khỏe người cao tuổi trong bối cảnh kinh tế, văn hoá, xã hội rộng lớn.

Hình 1.4 mô tả một cách tổng quát các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi. Vòng tròn trong cùng chứa đựng 6 yếu tố quyết định tới sức khỏe người cao tuổi gồm: Yếu tố sinh học, môi trường vật lý, hành vi lối sống, hệ thống y tế, yếu tố xã hội, yếu tố kinh tế. Quá trình tác động của các yếu tố này tới sức khỏe NCT chịu sự chi phối của yếu tố giới tính, yếu tố văn hoá và tất cả các yếu tố trên lại chịu ảnh hưởng của tiền sử bệnh tật và các giai đoạn phát triển của con người [149].

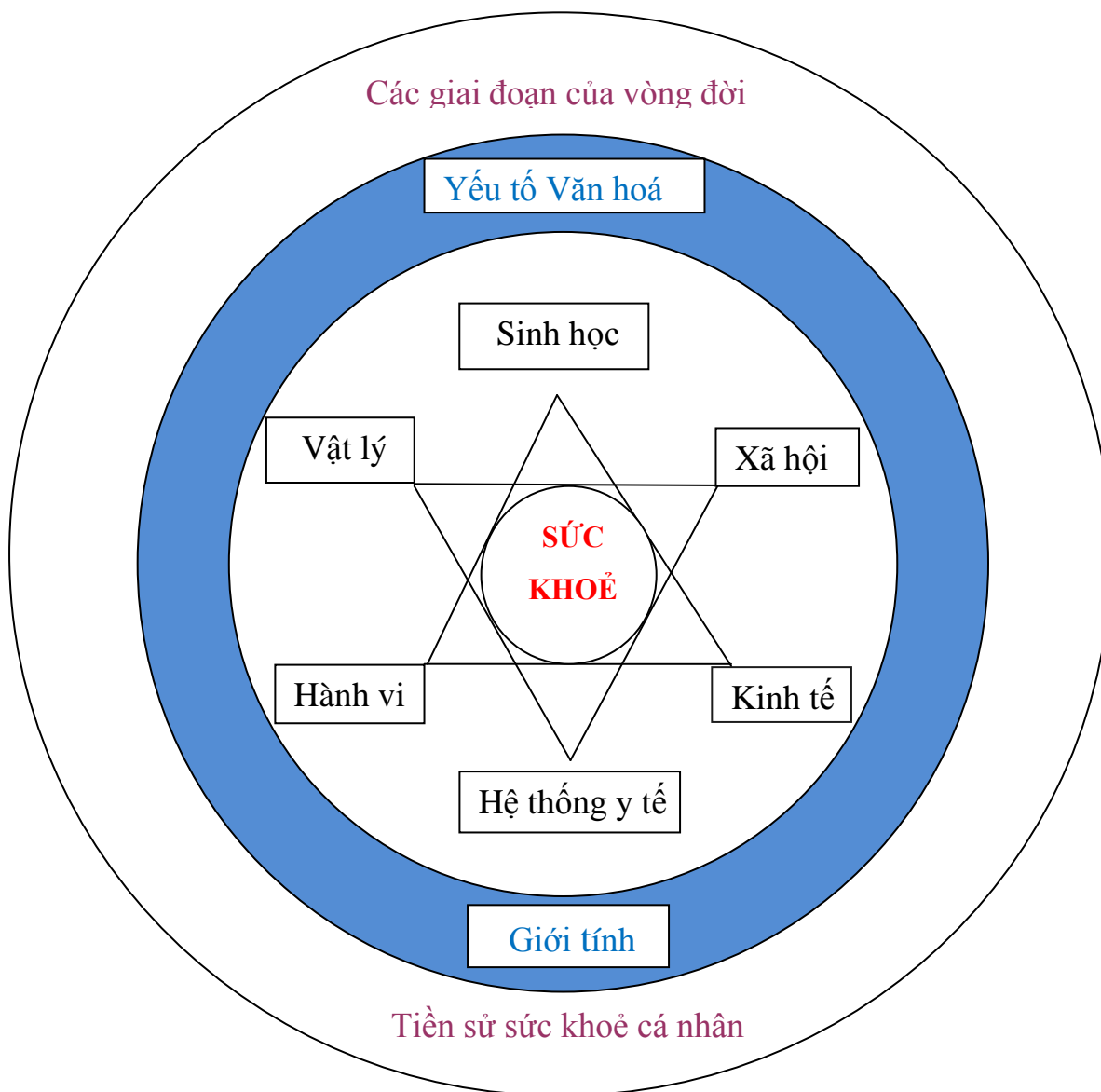
### **1.2.1. Yếu tố văn hoá**

Sức khỏe của một cá nhân chịu ảnh hưởng bởi chính hành vi của người đó và môi trường mà họ đang sống. Các giá trị, niềm tin, truyền thống đóng vai trò trung tâm trong các hành vi sức khỏe của NCT. Tuy nhiên, để NCT thực hiện các hành vi có lợi cho sức khỏe thì xã hội phải tạo những điều kiện để họ thực hiện hành vi đó [149].

Trong yếu tố văn hoá thì văn hoá gia đình đóng vai trò trung tâm vì gia đình là tế bào của xã hội. Người cao tuổi có vai trò rất lớn trong việc hình thành và phát triển những giá trị văn hoá cho các thế hệ trong gia đình [54],[149]. Tuy nhiên, hiện nay mô hình gia đình Việt Nam có xu hướng thu nhỏ lại, theo kết quả điều tra gia đình Việt Nam thì 63% gia đình chỉ có 2 thế hệ là cha mẹ và con, do đó vai trò của NCT trong gia đình có những thay đổi theo [1]. Nếu như trong gia đình truyền thống có nhiều thế hệ chung sống, NCT thường được con cháu chăm sóc thì với gia đình hạt nhân mà cả hai vợ chồng đều đi làm, ít có điều kiện để chăm sóc bố mẹ già. Việc tan rã của hình thái gia đình mở rộng, NCT không còn được con cháu chăm sóc, để lại một khoảng trống



không nhỏ ảnh hưởng tới sức khỏe NCT. Vì thế Nhà nước và các tổ chức xã hội cần phải chuẩn bị các phương án để lấp khoảng trống này [1],[44],[54].



Hình 1.4. Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi

Nguồn: WHO (2012) *Ageing and Health: A Health Promotion Approach for Developing countries*[149].

Sự đóng góp của NCT vào các hoạt động xã hội tạo nên giá trị của NCT. Một trong những yếu tố quan trọng để NCT có thể đóng góp nhiều cho xã hội là trình độ học vấn. Theo báo cáo của UNESCO (2005-2007) cho thấy 71,3% người từ 65 tuổi trở lên

trên phạm vi toàn cầu biết đọc, biết viết. Tỷ lệ này ở các quốc gia phát triển là 97,3%, còn ở các quốc gia đang phát triển là 53,8% {trích dẫn từ [128]}.

Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Giang Thanh Long và Pfeu (2007) mặc dù tỷ lệ NCT biết đọc biết viết đã được cải thiện nhiều trong những năm gần đây nhưng vẫn ở mức khiêm tốn, vẫn còn hơn một nửa NCT không biết chữ [81]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Anh (2005) chỉ ra rằng tỷ lệ NCT không biết chữ ở nông thôn cao gấp 2 lần so với thành phố [3]. Kết quả điều tra về dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy khoảng cách tỷ lệ NCT biết đọc biết viết giữa nam và nữ là 23% [8].

Từ những số liệu trên, chúng ta thấy rằng càng ở khu vực kém phát triển thì chênh lệch về trình độ học vấn giữa phụ nữ và nam giới càng cao. Tỷ lệ nam giới có học vấn cao hơn nữ giới, thành thị cao hơn nông thôn ở mọi khu vực trên thế giới. Với những NCT có trình độ học vấn còn hạn chế, họ ít có cơ hội tham gia vào những hoạt động xã hội, tiếp cận và phân tích thông tin kém, khả năng làm việc để có thu nhập khó khăn và đặc biệt là nhận thức về sức khỏe, phòng bệnh cũng ít nhiều bị hạn chế.

### **1.2.2. Yếu tố kinh tế - xã hội**

Sức khỏe, theo định nghĩa của WHO là: *“trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không chỉ không có bệnh hoặc thương tật”* [138].

Như vậy, sức khỏe cá nhân không chỉ chịu sự chi phối của yếu tố thể chất, tinh thần mà còn bị chi phối bởi bối cảnh một xã hội nhất định [136].

Yếu tố xã hội ảnh hưởng lớn nhất tới sức khỏe con người là đói nghèo. Người nghèo có nguy cơ mắc bệnh cao người giàu ở bất kỳ giai đoạn nào trong cuộc đời đặc biệt là khi tuổi cao. Theo báo cáo của Tổ chức hợp tác phát triển kinh tế (OECD) năm 2008 về thu nhập bình quân đầu người ở 30 quốc gia phát triển có 13,3% người từ 65 tuổi trở lên thuộc diện nghèo (tỷ lệ chung là 10,6%). Với các quốc gia đang phát triển, ước tính tỷ lệ NCT thuộc diện hộ nghèo cao hơn tỷ lệ chung từ 9 -14% [128].

Ở các nước phát triển, NCT sau khi nghỉ hưu thường vẫn tiếp tục tham gia vào các hoạt động xã hội như tham gia làm việc cho các tổ chức phi chính phủ, làm tình nguyện hoặc giúp đỡ gia đình [142]. Do đó, nguồn thu nhập cao, hơn nữa hệ thống an

sinh xã hội tốt nên việc nghỉ hưu của họ là do quy định về tuổi tác chứ không phải do vấn đề sức khỏe.

Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Martin Evans và cộng sự (2010), 18% hộ có NCT làm chủ hộ thuộc diện nghèo [19].

Theo kết quả điều tra gia đình Việt Nam (2006) thì 39,3% NCT sống dựa vào sự chu cấp của con cháu [10]. Ở NCT, tuổi càng cao thì sự lệ thuộc vào chu cấp của con cháu càng lớn, tỷ lệ này tăng từ 26,3% (nhóm 60-69 tuổi) lên 46,6% (nhóm 70-79 tuổi) và 66,7% (nhóm từ 80 tuổi trở lên). Và NCT ở nhóm nghèo nhất lệ thuộc vào con cháu nhiều hơn (48,9% nhóm nghèo và 38% ở nhóm giàu). NCT nữ giới phụ thuộc vào con cháu (51,8%) nhiều hơn nam giới (26,5%), đó là do tỷ lệ nam giới có nguồn sống chủ yếu từ lương hưu và trợ cấp (33%) nhiều hơn so với tỷ lệ này ở nữ giới (19%) [25]

Có thể nhận thấy rằng những hộ do NCT làm chủ gia đình dễ rơi vào diện hộ nghèo vì thu nhập chủ yếu của NCT là do con cháu chu cấp hoặc từ lương hưu, an sinh xã hội hoặc vẫn phải lao động để kiếm sống trong khi mức chi phí cho NCT lại cao hơn so với các lứa tuổi khác, khả năng làm việc hạn chế do sức khỏe yếu. NCT là phụ nữ, sống ở khu vực nông thôn và NCT cao thì mức độ phụ thuộc càng lớn [3],[81].

Từ những kết quả nghiên cứu trên, có thể thấy NCT ở Việt Nam nhìn chung có mức sống thấp, tỷ lệ phụ thuộc vào con cháu nhiều, trong khi hệ thống an sinh xã hội ở nước ta lại chưa được tốt, đây là một thách thức lớn cho việc đảm bảo cho NCT được khỏe mạnh.

### ***1.2.3. Môi trường sống (vật lý)***

Môi trường sống đóng vai trò rất quan trọng đối sức khỏe con người đặc biệt là đối với người cao tuổi. Đây là yếu tố không tách rời với môi trường xã hội. Có hai khía cạnh của môi trường sống tác động lớn đến sức khỏe người cao tuổi là: điều kiện cơ sở hạ tầng và ô nhiễm môi trường.

Điều kiện cơ sở hạ tầng nơi người cao tuổi sống có những mối nguy hiểm như vấn đề tai nạn giao thông, thiếu đèn chiếu sáng, không có hoặc bậc lên xuống cao... Những yếu tố này làm cho người cao tuổi ngại đi ra khỏi nhà và là yếu tố làm cho người cao tuổi ít có cơ hội để hoạt động xã hội, tập luyện thể thao...

Năm 2006, Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch kết hợp với Tổng cục Thống kê, Viện Gia đình và Giới, Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) tổ chức “*Điều tra Gia đình Việt Nam*”. Kết quả của cuộc điều tra phản ánh điều kiện sống vật chất của NCT ở nước ta còn khá khó khăn: 18,3% NCT sống trong nhà tạm và dột nát, đặc biệt là các hộ độc thân (34,6%). Tỷ lệ NCT chưa được tiếp cận với nguồn điện lưới quốc gia chiếm 5,7% (thành phố 2,26%; nông thôn 7,39%) [10], [25].

Vấn đề thứ hai là ô nhiễm môi trường không khí, môi trường nước và ô nhiễm tiếng ồn. NCT cần có một không gian yên tĩnh, không khí trong lành, một khi môi trường bị ô nhiễm trở thành yếu tố nguy cơ của các bệnh mạn tính như ung thư, tăng huyết áp. Theo kết quả nghiên cứu của Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch (2006) thì 37% NCT chưa được sử dụng nước hợp vệ sinh trong sinh hoạt, 26% NCT không có nhà vệ sinh hoặc nhà vệ sinh ở mức độ hết sức đơn giản như “cầu cá” hoặc đào hố [10]. Nguyễn Thế Huệ (2004) và cộng sự nghiên cứu thực trạng sức khỏe và đời sống của 600 NCT tại 3 tỉnh Quảng Bình, Đắk Lắk, Hải Dương cho thấy có 24,5% NCT được tiếp cận với nước máy; 56,3% NCT được tiếp cận với nước giếng khoan [27].

Như vậy, ở Việt Nam hiện nay điều kiện giao thông, hệ thống lưới điện còn có những khó khăn nhất định, nhất là khu vực nông thôn. Mặt khác, điều kiện cơ sở vật chất nhà ở hộ gia đình, nước sạch, nhà vệ sinh chưa tốt, điều đó có ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe con người nói chung đặc biệt là NCT.

#### ***1.2.4. Hệ thống dịch vụ y tế***

Hệ thống y tế và dịch vụ y tế ở bất kỳ quốc gia, khu vực nào trên thế giới đều ảnh hưởng nhất định tới sức khỏe con người nói chung đặc biệt đối với NCT vì bệnh mạn tính và tàn tật là phổ biến hơn ở nhóm người này. Đối với những bệnh có thể phòng ngừa được, mức độ hệ thống y tế áp dụng các biện pháp điều trị, phòng ngừa cho người dân sẽ quyết định hành vi sức khỏe lành mạnh của người dân [142], [145].

Trong khi mô hình bệnh tật đang có xu hướng chuyển dịch từ nhóm bệnh lây truyền sang nhóm bệnh không lây truyền, bệnh mạn tính thì hệ thống y tế của đa số các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình lại đang phải tập trung cho việc phòng chống các bệnh lây truyền mà chưa quan tâm đúng mức tới các bệnh không lây truyền. Hơn nữa,

khi tỷ lệ người cao tuổi trong dân số tăng đồng nghĩa với tỷ lệ người mắc bệnh mạn tính, bệnh không lây truyền tăng. Số lượng, tính phức tạp cũng như việc chăm sóc lâu dài cho người mắc bệnh mạn tính làm tăng chi phí y tế là một gánh nặng đối với hệ thống y tế của các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [128].

Thiếu nhân viên y tế có trình độ cũng là yếu tố ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe NCT đặc biệt là khu vực nông thôn. NCT thường mắc nhiều bệnh mạn tính, khả năng di chuyển hạn chế, phụ thuộc người khác nên rất cần những dịch vụ y tế có sẵn tại địa phương với chất lượng đảm bảo và khả năng chi trả hợp lý. Theo báo cáo của WHO (2006), 57 quốc gia hầu hết ở châu Phi và châu Á thiếu hụt trầm trọng cán bộ y tế để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh thiết yếu của người dân {trích dẫn từ [128]}.

Ở Việt Nam, hệ thống chăm sóc sức khỏe cho NCT còn rất hạn chế. Theo điều tra của Viện Lão khoa Trung ương (2006) thì hiện nay chỉ có 22 bệnh viện trong toàn quốc có khoa lão khoa với 139 bác sỹ, nghiên cứu viên và 237 điều dưỡng. Cả nước có 5 cơ sở chuyên chăm sóc sức khỏe lâu dài cho NCT, 2 cơ sở đào tạo môn Lão khoa. Cán bộ y tế cơ sở chủ yếu hoạt động trong lĩnh vực dự phòng, ít được đào tạo về các nội dung phòng chống bệnh mạn tính [44],[127].

### ***1.2.5. Yếu tố sinh học***

*1.2.5.1. Yếu tố di truyền:* Rất khó để có thể nói một cách chính xác mức độ ảnh hưởng của yếu tố di truyền đối với bệnh tật. Tuy nhiên, có nhiều bệnh mạn tính như bệnh tim mạch, ung thư và viêm khớp được xác định là chịu sự ảnh hưởng của yếu tố gia đình [149].

### *1.2.5.2. Yếu tố tuổi thọ*

Do tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi giảm, số người từ 80 tuổi trở lên trên thế giới ngày càng nhiều. Theo ước tính của WHO, đến năm 2050 trên toàn cầu có 395 triệu NCT từ 80 tuổi trở lên [146].

Không thể phủ nhận những đóng góp to lớn của NCT cho sự phát triển kinh tế - văn hóa của gia đình và xã hội [54]. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở NCT cũng cao, nhất là nhóm NCT từ 80 trở lên. Theo ước tính của WHO, khoảng 25-30% NCT từ 85 trở lên mắc chứng suy giảm trí nhớ, do đó nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT tăng

dẫn đến chi phí cho việc điều trị các căn bệnh này của gia đình và xã hội cũng tăng [146],[158].

#### *1.2.5.3. Yếu tố giới tính*

Xu hướng nữ giới sống lâu hơn nam giới làm cho tỷ số giới tính ở người từ 60 tuổi trở lên có một khoảng cách tương đối rõ ràng. Tỷ lệ nữ giới ở những người tuổi từ 60 trở lên là 54%, tỷ lệ này là 63% ở những người tuổi từ 80 trở lên và cao hơn nữa ở lứa tuổi 100 [34],[43],[127],[134].

Đa số nam giới tuổi từ 60 trở lên sống cùng vợ trong khi đó nữ giới ở lứa tuổi này thường trong tình trạng góa. Trên phạm vi toàn cầu, có khoảng 80% nam giới và gần 50 % nữ giới sống cùng vợ/chồng. Có hai lý do giải thích cho hiện tượng này: (i) Nữ giới sống lâu hơn nam giới; (ii) Nữ giới thường kết hôn với người nhiều tuổi hơn mình [9],[149].

Kết quả nghiên cứu của Kaneda và cộng sự (2009) tại Trung Quốc cho thấy NCT là nữ giới suy giảm chức năng và phụ thuộc nhiều hơn so với nam giới [99].

Tỷ lệ NCT nữ giới mắc bệnh viêm khớp gối cao hơn nam giới là kết quả nghiên cứu của H.J.Cho và cộng sự tại Hàn Quốc (2011) [72].

Kết quả nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự ở Tiền Hải – Thái Bình cho kết quả là 34% NCT hiện đang hút thuốc lá, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới [2]. Theo kết quả điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở Việt Nam (2010) cho thấy có 23,8 % người trưởng thành hiện đang hút thuốc (47,4% nam giới; 2,3% nữ giới) [14].

Nhìn chung, có sự khác biệt về tỷ số giới tính ở NCT, tuổi càng cao thì tỷ lệ nữ giới càng cao, tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính ở NCT nữ giới cao hơn NCT nam giới cụ thể là các bệnh xương khớp, tăng huyết áp, đái tháo đường. NCT nữ giới tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của họ thấp hơn so với nam giới. Những bệnh mạn tính này kết hợp với tuổi thọ NCT nữ giới cao hơn NCT nam giới, suy giảm chức năng và sống phụ thuộc nên NCT là nữ giới có chất lượng cuộc sống thấp hơn so với NCT nam giới. Ngược lại, NCT nam giới lạm dụng rượu, bia và hút thuốc lá cao hơn NCT nữ giới. Đây là những đặc trưng cần chú ý khi đánh giá và chăm sóc sức khỏe cho NCT[128].

#### *1.2.5.4. Những thay đổi về mặt thể chất ở người cao tuổi*

Những thay đổi về thể chất trong quá trình lão hoá, trước hết đó là sự thay đổi diện mạo bề ngoài, như da nhăn, tóc bạc, lưng khòm, đi đứng chậm chạp, mọi phản ứng đều chậm,...Đi sâu tìm hiểu những thay đổi ở từng cơ quan tổ chức trong quá trình lão hoá cho thấy có những biểu hiện sau:

Khối cơ giảm, sức lao động cơ bắp, lao động thể lực giảm, vận động kém linh hoạt, giảm nhanh nhẹn, sự khéo léo, rất dễ ngã do khó điều chỉnh thăng bằng hơn khi còn trẻ; Khối xương giảm;

Nhu cầu năng lượng giảm, nhu cầu năng lượng ở người 61 – 70 tuổi chỉ bằng 79% nhu cầu năng lượng ở người 20 – 30 tuổi, tỷ lệ này ở người từ 71 tuổi trở lên chỉ còn 69%;

Đáp ứng miễn dịch giảm;

Chức năng hệ thống tim mạch giảm;

Chức năng thận giảm và thị lực giảm;

Tóm lại, quá trình lão hóa xảy ra ở tất cả các hệ thống trong cơ thể, nhưng đáng chú ý hơn cả là sự suy giảm các giác quan và hệ thần kinh trung ương vì những yếu tố này ảnh hưởng trực tiếp tới các hoạt động của NCT, do đó NCT dễ bị phụ thuộc vào người khác và làm giảm chất lượng cuộc sống[52].

### ***1.2.6. Yếu tố hành vi, lối sống***

Theo các tài liệu gần đây của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), yếu tố hành vi, lối sống ảnh hưởng rất lớn tới việc hình thành và phát triển các bệnh mạn tính nhất là ở người cao tuổi. Một phần ba các bệnh tật liên quan đến hành vi lối sống, các bệnh này chủ yếu là các bệnh mạn tính [144]. Các hành vi nguy cơ ảnh hưởng tới sức khoẻ NCT ở tất cả các quốc gia trên thế giới được xác định là: Hút thuốc lá; sử dụng rượu bia quá mức (lạm dụng rượu, bia), ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý và thừa cân béo phì [144].

#### ***Hút thuốc lá***

Theo công bố của Tổng hội Y khoa Hoa kỳ (2010), khói thuốc lá chứa 7.000 hóa chất, trong đó có 70 chất gây ung thư. WHO đã xếp thuốc lá là nguy cơ thứ 2 trong 10 nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển. Các bệnh có liên

quan tới thuốc lá bao gồm: ung thư phổi (90%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (75%), bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim (25%) [16]. Kết quả nghiên cứu trên 2160 NCT nam giới của tác giả X. J. Tan và cộng sự tại Trung Quốc (2011) chỉ ra rằng tỷ lệ NCT hút thuốc lá bị rối loạn Lipid máu cao hơn NCT không hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá [124]. Theo báo cáo của WHO (2004), 12% tử vong của người từ 30 tuổi trở lên trên phạm vi toàn cầu được quy cho có liên quan đến thuốc lá (tỷ lệ này ở nam giới cao hơn nữ giới) [147].

Theo kết quả điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở Việt Nam (2010), tỷ lệ người trưởng thành hiện đang hút thuốc chiếm 23,8% (47,4% nam giới; 2,3% nữ giới). Có 73,1% người trưởng thành từ 15 tuổi trở lên (đại diện 47 triệu người) cho rằng bị phơi nhiễm thụ động với thuốc lá tại nhà (77,2% nam và 69,2% nữ) [14].

Trên phạm vi toàn cầu cũng như ở Việt Nam, tỷ lệ NCT hút thuốc lá còn cao. Hậu quả của thuốc lá đối với sức khỏe là rất rõ ràng đặc biệt là các bệnh mạn tính. Tuy nhiên, chưa có nhiều cứu can thiệp về thay đổi hành vi hút thuốc lá ở NCT.

#### ***Lạm dụng rượu, bia***

Theo số liệu được WHO công bố, lạm dụng rượu là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 8 và là yếu tố nguy cơ gây bệnh và tàn phế đứng thứ ba. Tác hại của rượu đối với sức khỏe con người là rất trầm trọng, lạm dụng rượu có thể dẫn đến rối loạn tâm thần, xơ gan, viêm tụy, đái tháo đường, tăng huyết áp, đột quỵ, chấn thương chủ định hoặc không định chủ, ung thư... Hơn nữa, lạm dụng rượu còn ảnh hưởng tới sức khỏe của người khác và sự phát triển kinh tế, văn hóa và xã hội. Tuy nhiên, mức tác hại của rượu đối với sức khỏe con người phụ thuộc vào số lượng rượu sử dụng mỗi ngày và cách các cá thể sử dụng rượu như thế nào [143].

Năm 2006, J. W. Culberson nghiên cứu ở Mỹ cho kết quả 33% NCT có lạm dụng rượu, bia trong khoảng thời gian 30 ngày, 25% trong số này uống rượu hàng ngày (nam 31%; nữ 19%) [74]. Nghiên cứu trong các bệnh nhân nội trú từ 75 tuổi trở lên tại Pháp (2013) cho thấy có khoảng 44% NCT lạm dụng rượu, người có vấn đề về tâm trí có tỷ lệ sử dụng rượu cao hơn [88]. Tỷ lệ NCT lạm dụng rượu trong một nghiên cứu ở Brazil (2010) là 8,2% [104].



### ***Ít hoạt động thể lực***

Đã có nhiều tài liệu của WHO và các tổ chức nghề nghiệp của các quốc gia công bố lợi ích của việc hoạt động thể lực thường xuyên cụ thể là: hoạt động thể lực thường xuyên có tác dụng cải thiện chức năng nội mô, kích thích quá trình ô xy hóa Lipid, kích thích hoạt động của các Enzyme, tăng tính nhạy cảm của gan, cơ xương và mô mỡ đối với hoạt động của Insulin... trên cơ sở đó, hoạt động thể lực có vai trò nâng cao sức khỏe con người, đặc biệt là trong việc phòng các bệnh mạn tính như: các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu... [119],[130], [141].

Tiếp theo việc công bố các bằng chứng về lợi ích của việc hoạt động thể lực thường xuyên, năm 2010 WHO đã xuất bản tài liệu hướng dẫn hoạt động thể lực vì sức khỏe dành cho các lứa tuổi (trong đó có nội dung dành cho người cao tuổi) để làm cơ sở cho việc tập luyện hướng tới mục tiêu phòng các bệnh mạn tính hiệu quả. Theo nội dung của tài liệu, người từ 65 tuổi trở lên nên hoạt động thể lực ở cường độ nhẹ đến trung bình ít nhất 150 phút mỗi tuần, hoặc tập thể lực ở cường độ cao ít nhất 75 phút mỗi tuần, những người có khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động thể lực thì có thể tập các bài tập thăng bằng, ngăn ngừa té ngã ít nhất 3 lần mỗi tuần [141].

Mặc dù lợi ích của hoạt động thể lực thường xuyên đã có những bằng chứng rất rõ ràng, song đối với NCT có nhiều yếu tố cản trở nhận thức và thực hiện đúng theo chỉ dẫn. Năm 2001, K. M. Cooper và cộng sự tiến hành nghiên cứu những rào cản trong việc thực hiện các hoạt động thể lực ở người 60 – 80 tuổi cho thấy ở NCT đau, mệt mỏi, suy giảm chức năng của các giác quan là rất phổ biến và là yếu tố làm cản trở NCT tham gia các hoạt động thể lực [73].

Nguyễn Quốc Anh và Phạm Minh Sơn (2005) đã tiến hành nghiên cứu đặc trưng người cao tuổi Việt Nam và đánh giá các mô hình chăm sóc NCT đang áp dụng. Một trong những phát hiện của nghiên cứu này là tỷ lệ NCT tham gia các hoạt động thể lực, nâng cao sức khỏe còn hạn chế, chỉ có 13,8% NCT tham gia các câu lạc bộ dưỡng sinh (thành thị 23,3%; nông thôn 4,4%), tập trung chủ yếu vào NCT có tình trạng sức khỏe tốt (17,1%) và trung bình (56,1%). Có 64% NCT tập luyện tại nhà. Đáng chú ý là 59,6% NCT có tình trạng sức khỏe hạn chế không quan tâm tới việc tập luyện thể thao [3].

### ***Chế độ dinh dưỡng không hợp lý***

Thực phẩm cung cấp cho cơ thể các chất dinh dưỡng cần thiết để tồn tại, hoạt động và phát triển. Những bằng chứng khoa học hiện nay cho thấy muốn có cuộc sống khỏe mạnh, con người cần phải biết sử dụng thực phẩm một cách hợp lý đồng thời phải tích cực hoạt động thể lực [140].

Dinh dưỡng hợp lý (hay sử dụng thực phẩm hợp lý) là tình trạng được cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng một cách cân đối và vệ sinh. Nếu thừa hoặc thiếu dinh dưỡng đều không có lợi cho sức khỏe, ví dụ ăn nhiều chất béo, nhiều muối... hoặc ăn thiếu các chất dinh dưỡng như thiếu Protein, thiếu các Vitamin và khoáng chất.

Khi dinh dưỡng không hợp lý sẽ dẫn tới gánh nặng kép về dinh dưỡng mà nhiều quốc gia đang phát triển hiện nay phải đối phó đó là suy dinh dưỡng và thừa cân béo phì [140]. Thừa cân béo phì lại là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu... [137],[139].

Phạm Văn Hoan (2007) phân tích số liệu từ cuộc điều tra mức sống dân cư 1992-1993; 1997-1998 và kết quả điều tra y tế quốc gia 2001-2002 cung cấp các bằng chứng về tỷ lệ thừa cân béo phì ở NCT Việt Nam đang có xu hướng gia tăng, thành thị (29,6%) cao hơn nông thôn (12,1%); nữ giới (21,2%) cao hơn nam giới (14,7%) [24].

Kết quả nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước trong những năm gần đây chứng minh mối liên quan giữa thừa cân béo phì và một số bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu... [38],[57],[97].

### **1.3. Bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và các nghiên cứu can thiệp về nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp**

#### ***1.3.1. Tăng huyết áp ở NCT trên thế giới***

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất đặc biệt ở NCT bởi vì tuổi càng cao thì nguy cơ THA càng cao [142]. Việc xác định tỷ lệ hiện mắc THA phụ thuộc vào tiêu chuẩn được sử dụng để phân loại, cách đo và nhóm đối tượng. Tuy nhiên, hiện nay hầu hết các quốc gia đều sử dụng thống nhất về cách đo trong các cuộc điều tra và sử dụng tiêu chuẩn của JNC VII để phân loại tăng huyết áp cụ thể là: một người được chẩn đoán là THA khi chỉ số huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg

và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg[133]. Theo kết quả nghiên cứu ở nhiều quốc gia trên thế giới thì hơn một nửa người cao tuổi mắc bệnh THA. Tỷ lệ THA ở NCT của các nước phát triển cao hơn các nước đang phát triển [114]. Kết quả nghiên cứu của WHO ở 6 quốc gia (Trung Quốc, Ấn Độ, Nga, Nam Phi, Mexico và Ghana) trong khoảng thời gian 2007-2010 cho thấy THA là bệnh mạn tính phổ biến nhất ở lứa tuổi từ 50 trở lên [86].

Fotoula Babatsikou và Assimina Zavitsanou tiến hành nghiên cứu dịch tễ học THA ở NCT dựa trên các số liệu sẵn có cho kết quả, tỷ lệ NCT bị THA ở Mỹ và châu Âu dao động trong khoảng 53% - 72% [66].

Kết quả nghiên cứu của các tác giả ở trên thế giới và trong khu vực giai đoạn 2000 - 2010 đều cho thấy tỷ lệ THA ở NCT  $\geq 50\%$  [112], [150], [153],

Tăng huyết áp là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh tim mạch, đột quy [38], [56]. Theo ước tính của WHO, biến chứng của THA liên quan tới 9,4 triệu ca tử vong mỗi năm, THA gây nên 45% ca tử vong do các bệnh tim mạch và ít nhất 51% số ca tử vong do đột quy. Đáng chú ý là gần 80% các ca tử vong do bệnh tim mạch tập trung ở các nước có thu nhập thấp[148]. Người bị THA giai đoạn II trở lên có nguy cơ đột quy tăng gấp 4 lần so với người có huyết áp bình thường [60].

Ngoài những yếu tố về tuổi, giới có liên quan đến tình trạng THA ở NCT đã được chứng minh thì những hành vi nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, chế độ ăn nhiều muối, nhiều chất béo, ít hoạt động thể lực được xem là các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp [148]. Hơn nữa, tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và đái tháo đường cũng là các yếu tố mà hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp [66],[107],[117].

WHO ước tính chi phí điều trị các bệnh không lây của các nước thu nhập thấp và trung bình giai đoạn 2011 – 2025 khoảng 500 tỷ USD mỗi năm, một nửa số đó là chi phí điều trị các bệnh tim mạch, trong đó có bệnh THA[148]

Mặc dù THA là nguy hiểm nhưng nếu được phát hiện sớm, theo dõi và kiểm soát hiệu quả thì tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng giảm đáng kể. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát tốt huyết áp bằng thuốc hiện nay trên thế giới chỉ đạt khoảng 25 – 40%. Do đó, bên cạnh việc sử dụng thuốc kiểm soát huyết áp, cần phải thay đổi những thói quen có nguy

cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực[148].

Các kết quả các nghiên cứu còn cho thấy có tới 1/3 số người cao tuổi không biết mình bị tăng huyết áp; có khoảng hơn 70% người bị THA có dùng thuốc hạ huyết áp và hiệu quả điều trị tăng huyết áp (đưa chỉ số huyết áp về ngưỡng < 140/90 mmHg) chỉ đạt khoảng 40%. NCT ở các nước phát triển có nhận thức về bệnh THA, tuân thủ điều trị và hiệu quả kiểm soát huyết áp cao hơn ở các nước đang phát triển, tuy nhiên sự khác biệt đó không có ý nghĩa thống kê và khoảng cách đó đang dần dần thu hẹp [87], [128].

Sonia Hammami nghiên cứu ở Tuynizia năm 2011 cho kết quả có 81% nhận thức được mình bị tăng huyết áp, 78,4% NCT bị THA có điều trị, tuy nhiên chỉ có 30,7% là điều trị đúng [84].

Theo kết quả của A. Triantafyllou nghiên cứu tại Hy Lạp năm 2010 có 89,1% NCT điều trị THA [125]. Tỷ lệ NCT tăng huyết áp có điều trị trong nghiên cứu của M. Prencipe tiến hành ở Ý (năm 2000) là 59,5% [118].

Tỷ lệ NCT mắc bệnh tăng huyết áp không điều trị ở Singapore là 32% [106], khoảng một nửa số NCT ở Ấn Độ (2008) không biết bị tăng huyết áp và chỉ có 39% NCT điều trị khi được chẩn đoán tăng huyết áp [150],[151]. Kết quả nghiên cứu của Y. Porapakham Thái Lan (2008) cho thấy, có 56,1% NCT không biết mình bị tăng huyết áp và chỉ có 36,1% trong số những NCT bị tăng huyết áp có điều trị [117].

Như vậy, tăng huyết áp ở NCT là một bệnh được WHO và tất cả các quốc gia trên thế giới quan tâm nghiên cứu, đó là bằng chứng thể hiện THA là một bệnh phổ biến ở NCT và có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe NCT. Ngược lại, còn rất nhiều NCT chưa quan tâm tới căn bệnh này, đặc biệt là việc kiểm soát tăng huyết áp ở NCT còn rất hạn chế. Nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT đã được một số tác giả nghiên cứu, tuy nhiên số lượng các nghiên cứu chưa nhiều và còn tản mạn.

### *1.3.2. Tăng huyết áp ở NCT tại Việt Nam*

Nếu như ở các nước phát triển, THA đã trở thành vấn đề y tế công cộng từ nhiều năm nay thì ở Việt Nam, một nước đang phát triển, THA cũng đã và đang gia tăng rất nhanh, tiến gần tới ngưỡng của các nước phát triển [60].

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Khuê và cộng sự năm 1982, tỷ lệ THA của NCT là 9,2% [60]. Kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2001 – 2002 cho thấy, tỷ lệ THA ở nhóm tuổi 65 – 74 là 50,0% ở nam giới và nữ giới là 49,2%; ở lứa tuổi  $\geq 75$  tỷ lệ THA là 55,8% ở nam giới và 62,3% ở nữ giới [13]. Tác giả Hoàng Khánh và Tạ Tiến Dũng (2006) nghiên cứu tại Long An cho thấy có khoảng 53,8% NCT bị tăng huyết áp [30]. Tỷ lệ THA ở NCT trong nghiên cứu của tác giả Trương Tấn Minh, Lê Tấn Phùng (2008) tại Khánh Hòa là 48,1% [36].

Như vậy, từ những kết quả nghiên cứu trong khoảng từ năm 2000 – 2008 tại Việt Nam thì tỷ lệ THA của NCT ở nước ta dao động trong khoảng trên dưới 50%, tỷ lệ này cũng tương tự như kết quả những nghiên cứu tại cộng đồng ở các nước đang phát triển khác như Ấn Độ, Thái Lan... [20],[39].

Tỷ lệ THA ở NCT Việt nam cũng có các đặc điểm như các quốc gia khác trên thế giới đó là: tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn; người cao tuổi sống ở thành thị có tỷ lệ mắc cao hơn ở nông thôn, nhóm tuổi từ 75 trở lên có tỷ lệ mắc cao hơn nhóm tuổi từ 60 -74; tỷ lệ THA có mối quan hệ với tiền sử gia đình, tình trạng thừa cân béo phì, uống rượu, hút thuốc lá và đái tháo đường [41],[49],[59].

Nhận thức của người cao tuổi về bệnh THA là một trong những yếu tố quan trọng trong việc triển khai các biện pháp dự phòng và kiểm soát huyết áp. Kết quả các nghiên cứu trong thời gian gần đây ở nước ta cho thấy kiến thức về các biện pháp phòng, chống THA của NCT vẫn có những khoảng trống đặc biệt là những người chưa bị THA [22],[30],[36].

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về nhận thức và tuân thủ điều trị THA ở người trưởng thành nói chung đặc biệt ở NCT. Theo kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hà thực hiện nghiên cứu nhận thức, theo dõi và tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại Hải Phòng cho thấy có 64,62% người bệnh không uống thuốc điều trị [21].

Vương Thị Hồng Hải nghiên cứu nhận thức và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên chỉ ra rằng còn 55% người bệnh chưa nhận thức được cần phải điều trị bệnh lâu dài và có 27,6% người bệnh chưa tuân thủ điều trị [22].

Năm 2005, Đàm Việt Cương và cộng sự tiến hành nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam cho thấy có 45% NCT không biết gì về cách phòng chống bệnh THA [17].

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (2006) cho thấy chỉ có 34,6% người bị THA biết mình có bệnh còn 65,4% không biết mình bị THA. Có 24,9% đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc điều trị bệnh. Kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ bệnh tăng huyết áp dao động từ 35% - 85,6%. Kiến thức của người dân về biến chứng của bệnh tăng huyết áp dao động từ 52% - 84,7% [60].

Nguyễn Tuấn Khanh nghiên cứu kiến thức, thực hành về phòng ngừa, điều trị THA ở NCT tại thành phố Mỹ Tho năm 2011 cho thấy, kiến thức của NCT về nguy cơ của bệnh THA cụ thể là: 78,1% biết cách phát hiện THA; 66,6% NCT biết rằng nếu bị bệnh mà không điều trị thì có thể có biến chứng [31].

Năm 2012, báo cáo tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại 12 bệnh viện đa khoa và 10 bệnh viện huyện (tổng cộng có 54.500 bệnh nhân) của Đồng Văn Thành cho thấy: Đa số các bệnh nhân THA đều có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ như rối loạn chuyển hoá lipid chiếm 29,2%, đái tháo đường 11,2%, thừa cân và béo phì 7,9%, tổn thương thận 7,7%, bệnh nhân bị TBMN (xuất huyết não và nhũn não) 5,1%, bệnh mạch vành chiếm 9,8%, hút thuốc 23,5% và uống nhiều rượu, bia 19,6%. Vẫn còn 14,9% người bệnh THA chưa được quản lý tốt, nguyên nhân chính của việc quản lý người bệnh THA chưa được quản lý tốt là do nhận thức của người bệnh chưa tốt (59,5%). Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu trong nhóm được quản lý tốt là 66,8%. Tỷ lệ bệnh nhân THA có biến cố phải nhập viện điều trị như TBMMN, NMCT, cơn đau thắt ngực chiếm 4,8%. Tác giả khuyến nghị cần có chương trình tuyên truyền giáo dục sức khỏe rộng và đủ để nâng cao sự hiểu biết của người dân về bệnh THA, phát hiện sớm bệnh để điều trị kịp thời [47].

Như vậy, ở nước ta tỷ lệ bệnh nhân THA không biết bị bệnh, hoặc biết bị bệnh nhưng chưa được điều trị hoặc điều trị chưa đúng chiếm gần 70%. Hầu hết các bệnh

nhân THA chỉ điều trị khi thấy khó chịu và thường khi thấy con số huyết áp về bình thường là tự ý bỏ thuốc, hoặc chỉ điều trị một đợt, không khám lại... Tỷ lệ bệnh nhân phải tái nhập viện, tàn phế hoặc tử vong do bệnh gây ra vẫn ngày càng gia tăng. Nguyên nhân chính của hiện tượng này là do nhận thức của người dân về bệnh THA còn hạn chế. Để góp phần hạn chế gánh nặng của bệnh điều quan trọng là cần phải tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân bị THA nói riêng và cho cộng đồng nói chung đặc biệt là NCT một cách thường xuyên, liên tục và lâu dài nhằm giúp mọi người dân thực hiện lối sống tích cực, hạn chế tỷ lệ bị THA đồng thời phát hiện sớm bệnh và tuân thủ điều trị để kiểm soát được huyết áp.

### *1.3.3. Các nghiên cứu can thiệp về nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp*

Trong nghiên cứu hành vi sức khỏe, các lý thuyết đều đề cập tới những cấp độ tiếp cận khác nhau bao gồm: cá nhân, nhóm, tổ chức và cộng đồng. Trong đó, cấp độ đầu tiên là tiếp cận hành vi cá nhân [111]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào nghiên cứu hành vi sức khỏe cá nhân NCT.

C. Garcia-Pena tiến hành nghiên cứu hiệu quả của việc thăm và tư vấn cho NCT tại nhà về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở Mexico năm 2001 cho thấy, nhóm NCT được tư vấn có nhận thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cao hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [80].

A. Y. Lam và cộng sự tiến hành nghiên cứu hiệu quả của hoạt động tư vấn sâu cho NCT về sử dụng thuốc trong điều trị huyết áp cao ở NCT trong thời gian 6 tháng, kết quả cho thấy, nhận thức của NCT về điều trị tăng huyết áp trước can thiệp còn hạn chế, sau can thiệp 80% NCT thay đổi cách sử dụng thuốc hạ huyết áp so với trước can thiệp [103].

Umakorn Jaiyungyuen và các cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 100 NCT tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Chaoprayayomrij tỉnh Suphanburi với mục tiêu đánh giá hành vi nâng cao sức khỏe của NCT bị tăng huyết áp, tìm hiểu mối quan hệ giữa các yếu tố cá nhân, sự hỗ trợ của gia đình và hiệu quả thực hiện hành vi mới với hành vi

nâng cao sức khỏe của NCT. Kết quả cho thấy, các thành viên trong gia đình đóng vai trò quan trọng nhất trong việc thực hiện và duy trì hành vi sức khỏe của NCT [96].

Ở Việt Nam, tình hình nghiên cứu hành vi nâng cao sức khỏe cũng tương tự như các nước trên thế giới, số lượng các nghiên cứu ngang về hành vi sức khỏe của NCT nhiều hơn rất nhiều so với các nghiên cứu can thiệp, đặc biệt là các nghiên cứu can thiệp chỉ tập trung vào sự thay đổi hành vi sức khỏe cụ thể.

Trong nghiên cứu áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng của Nguyễn Lâm Việt [60], kết quả cho thấy, tỷ lệ tham gia các buổi nói chuyện về phòng chống bệnh tăng huyết áp (nhóm có THA 50,5%; nhóm không THA 26,9%), tỷ lệ đối tượng nhận được tờ rơi (nhóm THA 22,6%; nhóm không THA là 11,8%). Tỷ lệ được tư vấn về các biện pháp phòng chống bệnh tăng huyết áp dao động trong khoảng 23% – 53,6%. Sự thay đổi nhận thức của đối tượng sau can thiệp so với trước can thiệp là có ý nghĩa thống kê ở các mức độ khác nhau. Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này đó là bài học kinh nghiệm khi tiến hành các biện pháp can thiệp đó là sự chủ động của đối tượng tham gia vào các hoạt động truyền thông có vai trò quyết định trong việc thay đổi và duy trì hành vi sức khỏe. Mặt khác, nhân viên y tế cơ sở (y tế xã/thôn) có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc tư vấn cho đối tượng.

Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh ở Chí Linh – Hải Dương cho thấy, kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT trước can thiệp là 10,9%; sau can thiệp là 57,2% [40].

Hội Y tế công cộng Việt Nam tiến hành dự án nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng. Sau hai năm thực hiện, kết quả ban đầu cho thấy, 17,2% số đối tượng hút thuốc đã bỏ thuốc và 57,8% không còn hút thuốc trong nhà hoặc nơi có biển cấm, tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ giảm từ 21,1% xuống còn 12,6% [26].

Như vậy, kết quả các nghiên cứu ở Việt Nam đã cho thấy giáo dục sức khỏe được xem như một biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp hiệu quả, đỡ tốn kém đối với NCT. Tuy nhiên, cách tiếp cận của các nghiên cứu không giống nhau, điều này rất khó khăn cho việc so sánh kết quả giữa các nghiên cứu. Mặt khác, do NCT có những đặc trưng

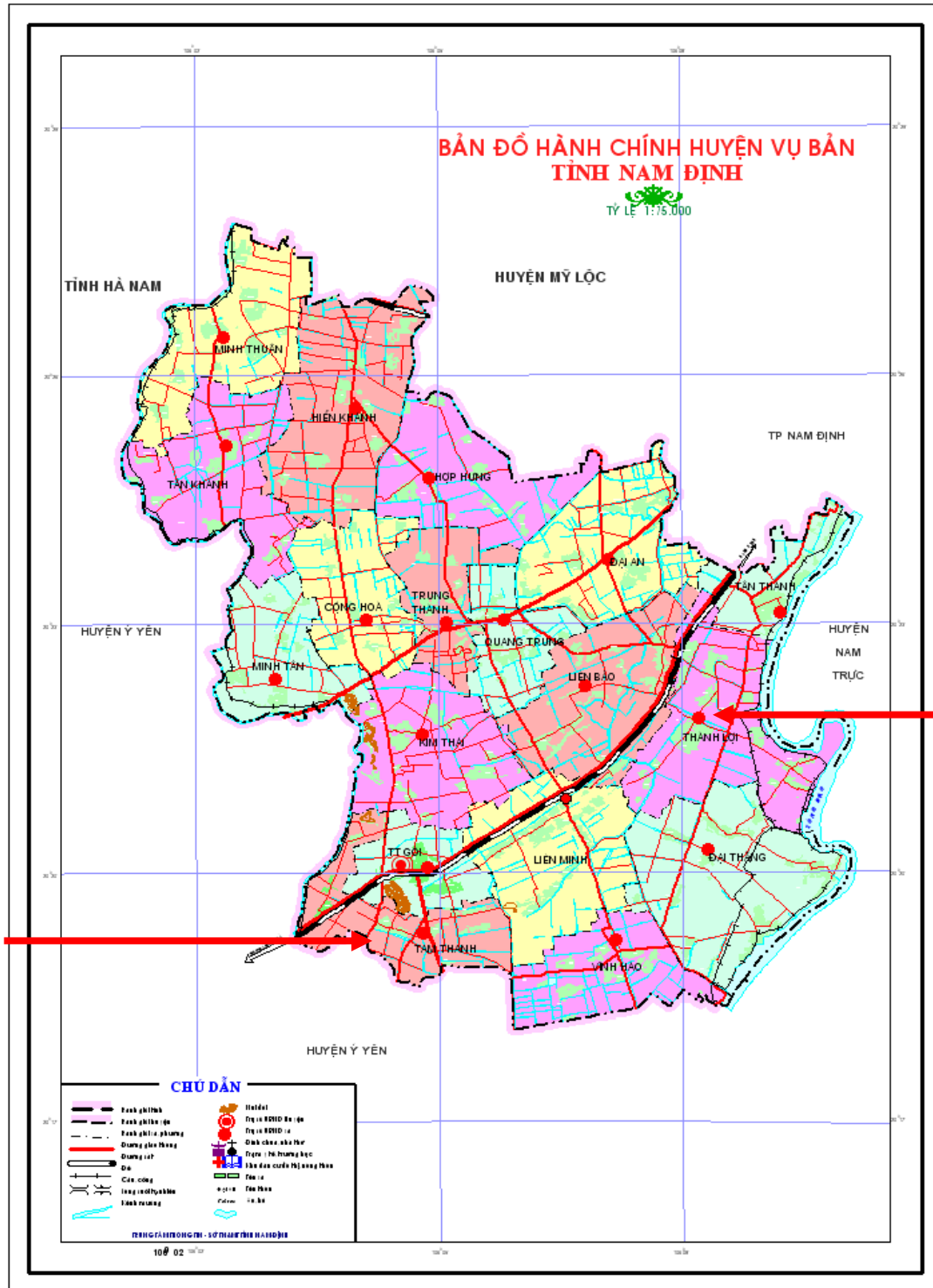


khác với người trẻ, nên việc tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe cho NCT cần chú ý hơn, những đặc trưng đó là: (i) NCT suy giảm hầu hết chức năng của các giác quan do đó việc giao tiếp trở nên hạn chế; (ii) NCT cho rằng học một kiến thức, kỹ năng nhất định nào đó thì phải có hiệu quả giải quyết một vấn đề cụ thể họ đang mắc phải; (iii) NCT thường có nhiều bệnh mạn tính và khuyết tật nên việc đi lại gặp khó khăn [101]. Vì vậy, NCT nhất là những NCT từ 75 tuổi trở lên thường gặp khó khăn khi tham gia các buổi giáo dục sức khỏe tại tập trung. Do đó, bên cạnh các hình thức truyền thông đại chúng và truyền thông nhóm lớn được nhiều tác giả đề cập trong nghiên cứu của họ thì giáo dục sức khỏe trực tiếp được xem là hợp lý nhất trong việc nâng cao nhận thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT.

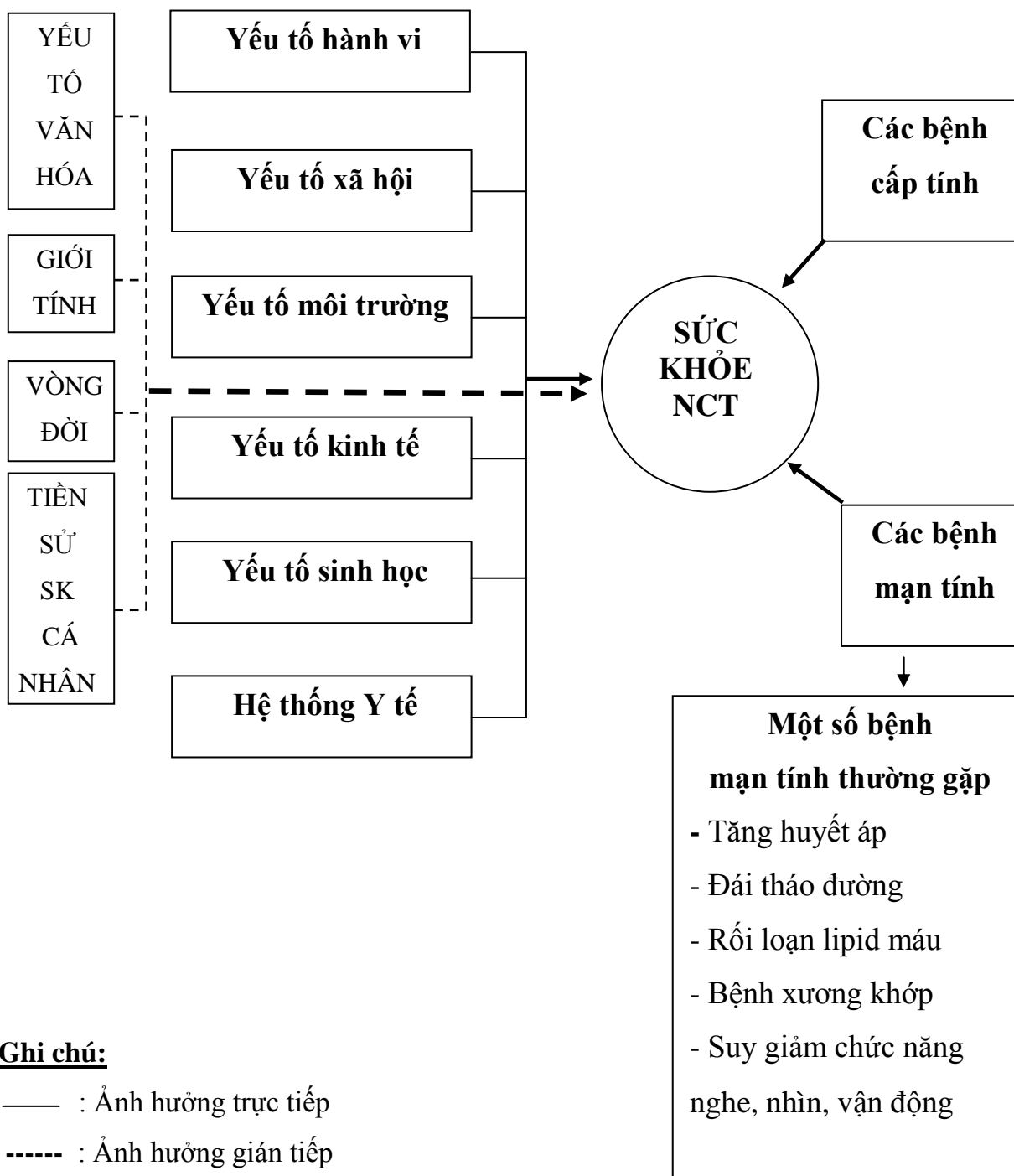
#### ***1.4. Khái quát về địa bàn nghiên cứu***

Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định. Huyện Vụ Bản nằm ở phía Tây Nam thành phố Nam Định có diện tích 128 km<sup>2</sup>; dân số 129.733 người, trong đó nữ giới là 67.734 chiếm tỷ lệ 52,21%. Tỷ lệ người cao tuổi là 13%. Huyện Vụ Bản có 17 xã, 01 thị trấn, chủ yếu người dân sống bằng nghề nông, kinh tế đứng thứ 8 trong 10 huyện, thành phố của tỉnh Nam Định.

Địa bàn nghiên cứu là 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi, cả hai xã đều có một số đặc trưng giống nhau là: đều là xã thuần nông, có mức sống thuộc nhóm khá trong huyện, có hệ thống y tế cơ sở tốt và là địa bàn thực tế của sinh viên điều dưỡng.



Hình 1.5: Bản đồ huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định



Hình1.6: Khung lý thuyết của đề tài

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng và địa bàn nghiên cứu

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người cao tuổi (sinh từ tháng 10/1950 trở về trước) đang sinh sống tại 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định ít nhất 12 tháng.

- Cán bộ Y tế xã (18 trưởng Trạm y tế các xã/thị trấn thuộc địa bàn huyện Vụ Bản)

- Chuyên gia thuộc lĩnh vực Y tế công cộng (là các giảng viên có học vị Tiến sĩ đang giảng dạy tại các Khoa/Trường Đại học Y tế công cộng); chuyên gia thuộc lĩnh vực Lão khoa là những bác sĩ đang làm việc tại Viện Lão khoa Trung ương, có thời gian công tác từ 10 năm kinh nghiệm trở lên.

##### + *Tiêu chuẩn loại trừ*

Những người không đồng ý tham gia;

Những người không minh mẫn; không thể đến trạm Y tế để khám bệnh được.

##### 2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả được tiến hành ở hai xã Tam Thanh và Thành Lợi

Xã Tam Thanh được chọn làm xã can thiệp và xã Thành Lợi là xã đối chứng.

*Bảng 2.1: Dân số và số người cao tuổi tại hai xã nghiên cứu*

<b>Xã Tam Thanh</b>			
<b>STT</b>	<b>Thôn</b>	<b>Dân số</b>	<b>Số người cao tuổi</b>
1	An Lạc	865	117
2	Dư Duệ	1214	145
3	Lê Xá	369	73
4	Phú Thọ	289	62
5	Phú Thứ	1155	168
6	Trung Cấp	136	7
7	Quảng Cư	772	111
8	Tiền	754	107
	<b>Tổng</b>	<b>5559</b>	<b>780 (14%)</b>

<b>Xã Thành Lợi</b>			
<b>STT</b>	<b>Thôn</b>	<b>Dân số</b>	<b>Số người cao tuổi</b>
1	Dương Lai Trong	482	135
2	Dương Lai Ngoài	594	54
3	Xóm A	650	102
4	Xóm B	620	85
5	Xóm C	593	78
6	Phú Ốc	309	62
7	Xóm Ấp Phú	477	92
8	Trại Nội	574	59
9	Xóm Đông	987	101
10	Xóm Hát	814	94
11	Xóm Bến	662	85
12	Xóm Cùng	748	105
13	Xóm Trại	652	49
14	Xóm Chợ	1140	101
15	Xóm Cuối	931	108
16	Xóm Trần Phú	365	49
17	Xóm Minh Khai	323	59
18	Xóm Sa Trung	858	76
19	Xóm Đồng Nguyên	853	79
20	Xóm Đồng Giang	765	58
21	Xóm Đồng Tiến	553	43
22	Xóm Đồng Lợi	424	47
23	Xóm Trại Gạo	401	40
	<b>Tổng</b>	<b>14776</b>	<b>1761 (11,9%)</b>

## **2.2. Thời gian nghiên cứu**

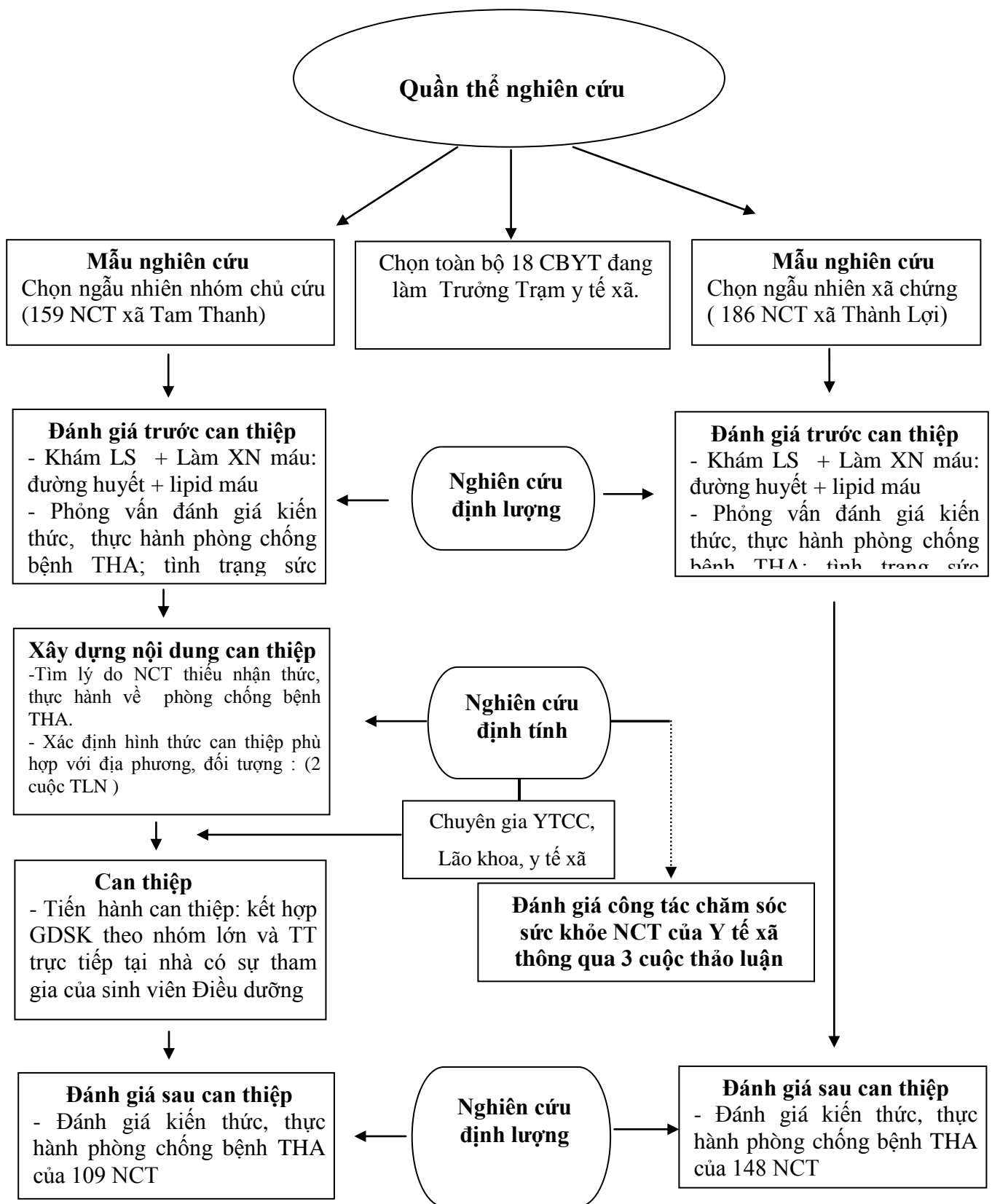
Nghiên cứu được tiến hành từ 6/2010 đến tháng 6/2012.

Điều tra thực địa trước can thiệp được tiến hành từ tháng 6 đến tháng 10/2010.

Xây dựng nội dung can thiệp từ tháng 11/2010 – 3/2011

Thời gian can thiệp từ tháng 4/2011 đến tháng 4/2012 (12 tháng)

Đánh giá sau can thiệp được tiến hành từ tháng 5/2012 đến tháng 6 năm 2012.



Hình 2.2. Sơ đồ nghiên cứu

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu nghiên cứu mô tả và nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

Các giai đoạn nghiên cứu chính gồm các bước:

- Giai đoạn 1: Điều tra đánh giá trước can thiệp, mô tả tình hình sức khỏe của người cao tuổi huyện Vụ Bản và các yếu tố liên quan.

- Giai đoạn 2: Xây dựng nội dung can thiệp,

- Giai đoạn 3: Triển khai nội dung can thiệp được tiến hành trong thời gian 12 tháng tại xã Tam Thanh. Việc giám sát các nội dung can thiệp được xác định dựa trên các chỉ số giám sát đã được xác định,

- Giai đoạn 4: Đánh giá kết quả can thiệp,

Đánh giá sau can thiệp được thực hiện theo mô hình so sánh trước – sau can thiệp và so sánh giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

### 2.3.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

#### 2.3.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu mô tả

##### **Cỡ mẫu nghiên cứu (NCT)**

Điều tra được tiến hành trước khi can thiệp nhằm đánh giá tình hình sức khỏe NCT và một số yếu tố ảnh hưởng, đây cũng là số liệu ban đầu dùng để đánh giá hiệu quả can thiệp bằng cách so sánh với kết quả sau can thiệp. Điều tra trước can thiệp bao gồm: khám lâm sàng, xét nghiệm máu; đo các chỉ số nhân trắc và phỏng vấn NCT. Cỡ mẫu, chọn mẫu và phương pháp thu thập số liệu được trình bày chi tiết dưới đây:

Trong nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P \cdot (1 - P) N}{d^2 (N - 1) \cdot Z^2_{1-\alpha/2} P (1 - P)}$$

n = số mẫu cần thiết cho nghiên cứu

$\alpha = 0,05$

$Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95% (ngưỡng xác suất  $\alpha = 0,05$ )

p = 0,7 là tỷ lệ NCT mắc ít nhất một bệnh mạn tính. Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Thắng, tỷ lệ NCT mắc bệnh mạn tính khoảng 70% [57];

$$1-P = 1 - 0,7 = 0,3$$

$$d = 0,045$$

$$N = 2541$$

$$n = 343$$

Như vậy cỡ mẫu điều tra trong nghiên cứu mô tả theo công thức tính toán là 343 NCT. Thực tế, cỡ mẫu chúng tôi chọn được là 345 NCT ( 159 NCT xã Tam Thanh; 186 NCT xã Thành Lợi)

#### *Phương pháp chọn mẫu*

##### **- Chọn xã vào nghiên cứu**

Vụ Bản là một huyện thuần nông và tương đối đồng nhất về điều kiện kinh tế xã hội. Vì vậy, việc chọn xã vào nghiên cứu chịu sự chi phối của phương pháp can thiệp. Trong nghiên cứu này chúng tôi can thiệp có sự tham gia của sinh viên điều dưỡng, trong số 18 xã của huyện Vụ Bản thì 4 xã có sinh viên điều dưỡng đi thực tế, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 2 xã là xã Tam Thanh và xã Thành Lợi. Sau đó chúng tôi chọn ngẫu nhiên 01 xã (Tam Thanh) làm nhóm can thiệp và xã còn lại là xã đối chứng.

##### **Chọn NCT vào nghiên cứu**

Vì nghiên cứu này có tổ chức khám lâm sàng và làm xét nghiệm máu nên có thể tỷ lệ không chấp thuận nghiên cứu cao, đồng thời để đảm bảo tính đạo đức trong nghiên cứu nên chúng tôi mời toàn bộ người cao tuổi của hai xã tham gia vào nghiên cứu. Khi khảo sát thực tế, chúng tôi thấy nhiều NCT có hộ khẩu tại hai xã nghiên cứu nhưng lại sống với con cháu ở nơi khác, đồng thời do các lý do khác nhau nên chỉ có 980 người có đến khám sức khỏe, 345 người đồng ý làm xét nghiệm máu (trong đó nhóm chứng có 186 người và xã can thiệp có 159 người). Số lượng này đủ với số lượng mẫu đã tính toán.

##### *2.3.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu can thiệp*

Đề tài nghiên cứu can thiệp có nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Nội dung can thiệp của nghiên cứu tập trung vào nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp. Kết quả can thiệp được so sánh trước sau và so sánh giữa nhóm can thiệp với nhóm đối chứng, do vậy cỡ mẫu cho mỗi nhóm được ước tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp so sánh 2 tỷ lệ:



$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó :

$n$  = cỡ mẫu nghiên cứu cho mỗi nhóm can thiệp và đối chứng

$p_1$  = Tỷ lệ NCT có nhận thức đúng về bệnh tăng huyết áp. Tham khảo từ kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt và thì tỷ lệ này là khoảng 30% [71] .

$p_2$  = Giả thiết can thiệp này có thể làm tăng kiến thức của NCT lên 50% .

$$\bar{P} = (p_1 + p_2)/2$$

1-  $\beta = 90$  Giá trị của phân bố chuẩn với lực mẫu mong muốn là 0,9

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  Giá trị của phân bố chuẩn với độ tin cậy là 95% ( $\alpha = 0,05$ )

Thay số vào tính được cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm là 101.

Như vậy, tổng số NCT cần điều tra trong nghiên cứu này (cho cả nhóm can thiệp và nhóm đối chứng) ít nhất là 202 NCT. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp dựa trên kết quả nghiên cứu mô tả, số lượng đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu can thiệp gần bằng số lượng đối tượng nghiên cứu mô tả ban đầu, do đó toàn bộ số người tham gia đánh giá ban đầu sẽ được sử dụng vào nghiên cứu can thiệp. Tuy nhiên, khi đánh giá sau can thiệp có 109 NCT ở xã Tam Thanh (nhóm can thiệp), 148 NCT xã Thành Lợi (nhóm đối chứng) đủ điều kiện để chọn vào nghiên cứu. Số lượng này đủ cỡ mẫu đã tính.

*Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu định tính*

+ *Thảo luận nhóm với cán bộ Trưởng trạm Y tế (TYT):* Để có thêm thông tin giúp cho việc lựa chọn giải pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành 3 cuộc thảo luận nhóm với Trưởng trạm Y tế xã về hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT tại địa phương. Chúng tôi chọn toàn bộ Trưởng trạm Y tế 18 xã, thị trấn của huyện Vụ Bản. Như vậy, tổng số người tham gia thảo luận nhóm là 18 người.

+ *Thảo luận nhóm với NCT tại xã Tam Thanh*

Xuất phát từ quan điểm nghiên cứu định tính bổ sung cho nghiên cứu định lượng trong việc tìm hiểu sâu về lý do và tìm kiếm các giải pháp can thiệp phù hợp.

Trong nghiên cứu này, để tìm hiểu rõ lý do NCT còn thiếu kiến thức và kỹ năng phòng chống bệnh tăng huyết áp và phát hiện các hình thức truyền thông phù hợp với đối tượng NCT trong bối cảnh xã hội nhất định, chúng tôi tiến hành 2 cuộc thảo luận nhóm với NCT trước khi can thiệp.

Về nguyên tắc chọn mẫu nghiên cứu định tính, nghiên cứu viên có thể chọn mẫu chủ định để lựa chọn những cá thể có thể cung cấp được nhiều thông tin. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tổ chức 2 cuộc thảo luận nhóm đối với NCT thuộc xã Tam Thanh gồm: 01 nhóm NCT có mắc bệnh tăng huyết áp; 01 nhóm NCT không bị bệnh tăng huyết áp. Mỗi nhóm 9 người, tổng cộng có 18 NCT tham gia thảo luận nhóm. Tất cả 18 NCT này đã được lấy máu xét nghiệm, khám lâm sàng và phỏng vấn về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp trong giai đoạn I.

+ *Chọn mẫu cho nghiên cứu chuyên gia (Delphy technique)*

Cỡ mẫu cho phương pháp chuyên gia: Theo khuyến cáo nhiều tác giả, số lượng chuyên gia trong một lĩnh vực cụ thể được chọn vào nghiên cứu là 5 – 10 người [107]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn các chuyên gia thuộc lĩnh vực Y tế công cộng, lĩnh vực Lão khoa và cán bộ Y tế xã. Chuyên gia thuộc lĩnh vực Y tế công cộng (là các giảng viên có học vị Tiến sĩ đang giảng dạy tại các Khoa/Trường Đại học Y tế công cộng), chuyên gia thuộc lĩnh vực Lão khoa là những bác sĩ lâm sàng có thời gian làm việc tại Viện Lão khoa Trung ương từ 10 năm trở lên, chuyên gia thuộc lĩnh vực Y tế xã là Trưởng trạm Y tế xã thuộc huyện Vụ Bản. Tổng số chuyên gia được mời tham gia nghiên cứu là 15 người (mỗi lĩnh vực chọn 5 người).

Phương pháp chọn: Chọn các chuyên gia vào nghiên cứu được tiến hành qua 3 bước:

Bước 1: Thu thập thông tin cá nhân và liệt kê tất cả những người đã và đang hoạt động trong lĩnh vực Y tế công cộng và Lão khoa có học vị cao, có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực chuyên môn sâu đang đảm nhiệm, những cán bộ Y tế xã là người đang làm việc tại địa bàn huyện Vụ Bản.

Bước 2: Rà soát lại thông tin cá nhân và sắp xếp lại danh sách theo thứ tự từ người có nhiều kinh nghiệm thực tiễn về lão khoa và Y tế công cộng đến người có ít kinh nghiệm hơn.

Bước 3: Liên hệ và mời những người trong danh sách theo thứ tự từ trên xuống dưới đến khi đủ 5 người đối với mỗi chuyên ngành.

Với cách chọn như trên, chúng tôi chọn được 5 giảng viên đang làm việc tại trường Đại học Y – Dược Thái Bình, Đại học Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội ; 5 Bác sĩ đang làm việc tại Viện Lão khoa trung ương và 5 Trưởng trạm Y tế xã thuộc huyện Vụ Bản.

### **2.3.3. Các chỉ tiêu/chỉ số nghiên cứu**

#### *2.3.3.1. Các chỉ tiêu/chỉ số phục vụ cho mục tiêu 1*

##### *Các chỉ số đánh giá sức khỏe của NCT*

- Mức độ khỏe mạnh NCT tự đánh giá về tình trạng sức khỏe bản thân
- Tỷ lệ % NCT có đi khám bệnh trong vòng 4 tuần trước thời điểm phỏng vấn
- Tỷ lệ % NCT có đi khám bệnh trong khoảng thời gian 12 tháng
- Tỷ lệ % NCT đi khám bệnh chia theo loại hình khám bệnh
- Tỷ lệ % NCT khám bệnh theo nơi khám bệnh

##### *Các chỉ số đánh giá tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính thường gặp ở NCT*

- Tỷ lệ % NCT mắc bệnh tăng huyết áp
- Tỷ lệ % NCT mắc bệnh tăng huyết áp có điều trị
- Tỷ lệ % NCT mắc đái tháo đường có điều trị
- Tỷ lệ % NCT có rối loạn lipid máu
- Tỷ lệ % NCT thừa cân béo phì
- Tỷ lệ % NCT mắc bệnh xương khớp
- Tỷ lệ NCT mắc các bệnh về mắt

##### *Các chỉ số về một số yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe người cao tuổi*

- Các chỉ số liên quan đến yếu tố cá nhân như : tuổi, giới tính
- Tỷ lệ % NCT có thói quen ăn thức ăn chiên/ rán
- Tỷ lệ % NCT có thói quen ăn thức bảo quản lâu (dưa, cà muối)
- Tỷ lệ % NCT có thói quen ăn nhiều gia vị hơn người khác

- Tỷ lệ % NCT có thói quen hoạt động thể lực (tập luyện thể dục thể thao)
- Tỷ lệ % NCT có thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ
- Tỷ lệ %NCT có thói quen hút thuốc
- Tỷ lệ% NCT lạm dụng rượu bia
- Tỷ lệ % NCT tập luyện thể thao

*Các chỉ tiêu phản ánh công tác chăm sóc sức khỏe NCT của y tế cơ sở*

- Công tác xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe NCT.
- Nguồn lực (nhân lực, tài lực, vật lực) đáp ứng cho hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT.

- Công tác tư vấn, truyền thông GDSK về các bệnh thường gặp ở NCT.

#### **2.3.3.2. Các chỉ tiêu phục vụ cho mục tiêu 2**

- Tỷ lệ % có kiến thức về cách phòng bệnh tăng huyết áp
- Tỷ lệ % NCT có kiến thức về hậu quả của bệnh tăng huyết áp
- Tỷ lệ % NCT có đi đo HA trong vòng 6 tháng
- Tỷ lệ % NCT được CBYT chẩn đoán THA
- Tỷ lệ NCT được chẩn đoán THA có điều trị
- Tỷ lệ % NCT ăn chế độ ăn mặn sau can thiệp
- Tỷ lệ % NCT ăn chế độ ăn nhiều mỡ sau can thiệp
- Tỷ lệ % NCT ăn chế độ ăn nhiều thức ăn bảo quản lâu sau can thiệp
- Tỷ lệ % NCT ăn chế độ ăn nhiều rau, quả...sau can thiệp
- Tỷ lệ % NCT có thói quen hoạt động thể lực (tập luyện thể dục thể thao)
- Tỷ lệ %NCT có thói quen hút thuốc
- Tỷ lệ% NCT lạm dụng rượu, bia

#### **2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu**

Nghiên cứu này sử dụng cả hai phương pháp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Trong đó nghiên cứu định lượng là chủ yếu, nghiên cứu định tính được thực hiện nhằm tìm hiểu những thông tin mà nghiên cứu định tính không cung cấp đủ.

##### **2.3.4.1. Thu thập số liệu cho nghiên cứu mô tả**

- **Khám lâm sàng** được tiến hành tại các trạm Y tế do các bác sỹ có kinh nghiệm của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thực hiện. Nội dung khám lâm sàng tập trung vào nội khoa, ngoại khoa và ngũ quan (vì không đủ thiết bị và cán bộ nên phần khám phát hiện suy giảm chức năng nghe không thực hiện được). NCT tham gia nghiên cứu được gửi giấy mời trước 2 ngày, theo thứ tự danh sách mẫu đã chọn. Mỗi ngày tiến hành khám cho 40 – 50 NCT trong khoảng thời gian từ 6 giờ 30 phút đến 10 giờ 30.

**- Đo các chỉ số nhân trắc**

Đo các chỉ số nhân trắc được thực hiện bởi các giảng viên bộ môn Giải phẫu và bộ môn Sinh lý trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Các chỉ số nhân trắc đã đo gồm: cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông, vòng bụng. Dụng cụ đo đã được chuẩn hóa. Cách tiến hành được thực hiện như sau:

+ Cân: Sử dụng cân bàn Trung quốc (độ chính xác 0,1 kg), cân đối tượng vào buổi sáng khi chưa ăn uống gì và đã đi đại tiểu tiện. Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với 1 số lẻ phần thập phân.

+ Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ Trung quốc, có độ chính xác tới milimét (mm). Người được đo bỏ guốc dép, đo ở tư thế đứng thẳng, quay lưng vào thước đo, hai gót chân chạm vào nhau, hai tay buông thẳng tự nhiên, mắt nhìn ngang. Ba điểm: hông, lưng (vùng vai gáy), gót chân theo một đường thẳng, áp sát vào thước đo. Nền để đứng không gồ ghề, vuông góc với thước đo. Thước đặt lấy kết quả chạm đỉnh đầu và vuông góc với thước đo. Chiều cao đứng được tính từ mặt đất đến điểm cao nhất trên đỉnh đầu và được ghi theo cm, lấy 1 số lẻ phần thập phân.

+ Đo vòng bụng, vòng eo và vòng hông: Đối tượng chỉ mặc quần áo mỏng, đứng thẳng tư thế thoải mái, trọng lượng dồn đều lên 2 chân. Đo bằng thước dây không co giãn của Trung quốc, kết quả được ghi bằng đơn vị cm, lấy 1 số lẻ phần thập phân. Vòng bụng đo ở mức ngang rốn. Vòng eo đo ở vị trí tương ứng với điểm giữa bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên đường nách giữa. Vòng hông đo ở mức ngang 2 mấu chuyển xương đùi, tại vùng to nhất của hông, thước đo ở trên mặt phẳng ngang. Người đo đứng ở bên cạnh đối tượng, kéo thước dây vừa chặt.

- **Đo huyết áp:** Dùng máy huyết áp kế đồng hồ (đã được chuẩn hoá bằng huyết áp kế thủy ngân) nhãn hiệu ALPK2 do Nhật Bản sản xuất năm 2009 để đo huyết áp cho NCT ở tư thế ngồi. Đối tượng nghiên cứu được đo huyết áp 2 lần, cách nhau 2 phút. Nếu kết quả giữa 2 lần đo chênh nhau >10mmHg thì phải đo lại lần thứ 3 cách lần đo thứ 2 ít nhất 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là kết quả trung bình của 2 lần đo cuối cùng (đơn vị tính là mmHg)

- **Tổ chức lấy máu làm các xét nghiệm sinh hóa máu**

Xét nghiệm máu để hỗ trợ khám lâm sàng trong việc xác định một số bệnh như: đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Quy trình lấy máu được thực hiện như sau:

Lấy 5ml máu tĩnh mạch khi đói (đối tượng nghiên cứu nhịn đói ít nhất là 8 tiếng đồng hồ), và được nghỉ ngơi ít nhất 10 phút trước khi lấy máu. Các đối tượng đang sốt hoặc quá sợ hãi đều không lấy máu. Các mẫu máu được li tâm (3000 vòng/phút) trong vòng 10 phút, tách huyết thanh ngay tại cơ sở, bảo quản bệnh phẩm trong điều kiện nhiệt độ từ + 2<sup>0</sup>C đến + 8<sup>0</sup>C và vận chuyển ngay về trường Đại học Điều dưỡng Nam Định để làm xét nghiệm:

+ Định lượng cholesterol toàn phần huyết thanh theo phương pháp CHOP - PAP.

+ Định lượng triglycerides huyết thanh theo phương pháp GOD – PAP.

+ Định lượng HDL - Cholesterol huyết thanh theo phương pháp CHOP-PAP sau khi được tạo tủa với acid phosphotungstic và Mg<sup>++</sup>.

+ LDL - Cholesterol được tính theo công thức Friedewald [18], [51]:

+ LDL - Cholesterol được tính theo công thức Friedelwald:  $LDL = CT - (HDL + TG/2,2)$  ở những người có triglycerides < 4,6mmol/l. Những người có triglycerides  $\geq 4,6$ mmol/l, định lượng LDL - C theo phương pháp CHOP - PAP.

+ Định lượng glucose máu theo phương pháp GOD - PAP

Tất cả các xét nghiệm trên được làm trên máy phân tích sinh hoá tự động nhãn hiệu Hitachi 717 của Nhật Bản do các giảng viên bộ môn Hóa sinh trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thực hiện.

Trước khi lấy máu làm xét nghiệm, NCT được phổ biến về quyền lợi khi tham gia nghiên cứu và ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Để đảm bảo tính chính xác

cho các kết quả xét nghiệm, NCT được thông báo nhìn ăn sáng để làm xét nghiệm. Sau khi lấy máu, nhóm nghiên cứu đã chuẩn bị thức ăn nhanh cho NCT và có thù lao cho NCT trước khi NCT sang phòng khám lâm sàng.

### ***Phòng vấn trực tiếp đối tượng bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn***

Đối tượng NCT sau khi khám lâm sàng được mời sang bàn phỏng vấn. Mục đích của việc phỏng vấn NCT là để thu thập những thông tin về các đặc trưng nhân khẩu học, đánh giá tình trạng sức khỏe tổng quát, đánh giá kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp và thói quen, lối sống của NCT.

Để thiết kế bộ công cụ đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, nghiên cứu sinh đã tham khảo các công cụ đánh giá nhận thức về bệnh tăng huyết áp của tác giả Nguyễn Lâm Việt [71] công cụ sàng lọc những người có nguy cơ mắc đái tháo đường của Tạ Văn Bình [6], thói quen lối sống của nhiều nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước, trong đó tập trung chủ yếu vào 4 hành vi nguy cơ là hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia; ít hoạt động thể lực và dinh dưỡng không hợp lý. Trong quá trình phát triển bộ câu hỏi, nghiên cứu sinh đã nhận được sự góp ý của các chuyên gia có kinh nghiệm, sự tham gia của y tế địa phương và của NCT. Bộ công cụ đã được thử nghiệm tại cộng đồng trước khi áp dụng vào nghiên cứu.

Điều tra viên là sinh viên năm thứ 3 của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Tổng số có 15 sinh viên được chọn mời làm điều tra viên. Các điều tra viên được tập huấn về nội dung và phương pháp điều tra. Nội dung tập huấn gồm có thuyết trình, trao đổi, thảo luận tại lớp tập huấn; thực hành đóng vai phỏng vấn tại lớp và thực hành phỏng vấn thử tại nhà một số NCT.

Giám sát viên gồm nghiên cứu viên và 4 giảng viên bộ môn Y tế cộng đồng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Trưởng TYT 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi. Các giám sát viên cùng tham gia lớp tập huấn với các điều tra viên để nắm vững nội dung, phương pháp phỏng vấn. Sau đó các giám sát viên được tập huấn thêm 01 ngày về phương pháp và kỹ năng giám sát.

#### 2.3.4.2. Thu thập số liệu cho nghiên cứu can thiệp

##### **Thảo luận nhóm với NCT**

Mục đích của các cuộc thảo luận nhóm đối với người cao tuổi nhằm tìm hiểu nhận thức của NCT về bệnh tăng huyết áp. Những rào cản đối với việc tiếp nhận thông tin về bệnh tăng huyết áp của NCT, trao đổi về phương thức truyền thông phù hợp nhất đối với NCT trên địa bàn.

Thảo luận nhóm được tổ chức tại Trạm Y tế xã để đảm bảo tính khách quan, đồng thời có cảm giác thoải mái trong quá trình trao đổi, thảo luận. Những người tham dự được nghiên cứu viên mời đến địa điểm thảo luận, giới thiệu mục đích, nội dung thảo luận và lý do mời tham gia thảo luận.

Mỗi cuộc thảo luận gồm 9 NCT tham dự, phân chia theo độ tuổi và nhóm bệnh; cụ thể là có 18 NCT tham gia thảo luận được chia thành 02 nhóm: Nhóm có THA (5 nam; 4 nữ); nhóm không bị tăng huyết áp (3 nam, 6 nữ). Nội dung thảo luận chủ yếu với NCT là những quan niệm của NCT về bệnh tăng huyết áp; những khó khăn của NCT trong việc tiếp cận với các thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp và cách thức truyền thông nào là phù hợp nhất theo nhu cầu của NCT.

Mỗi cuộc thảo luận nhóm do 2 nghiên cứu viên có kinh nghiệm điều hành (người điều hành thảo luận là nghiên cứu sinh, người còn lại làm thư ký ghi chép) theo đúng quy định tiến hành một cuộc thảo luận nhóm. Các cuộc thảo luận nhóm kéo dài khoảng 60 phút và được ghi âm sau khi có ý kiến đồng thuận của những người tham gia thảo luận.

- **Thảo luận nhóm với cán bộ Trưởng trạm Y tế (TYT):** Đây là nội dung nghiên cứu nhằm cung cấp thêm thông tin cho việc lựa chọn giải pháp can thiệp. Vì vậy, chúng tôi quyết định sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính để tiến hành thu thập thông tin. Huyện Vụ Bản có 18 xã, thị trấn được chia làm 3 nhóm dựa vào điều kiện phát triển kinh tế gồm: nhóm các xã có điều kiện kinh tế khá (6 xã); nhóm các xã có điều kiện kinh tế trung bình (6 xã) và nhóm các xã có điều kiện kinh tế trung bình thấp (6 xã). Nhóm nghiên cứu tổ chức 3 cuộc thảo luận nhóm đối với Trưởng trạm Y tế thuộc 3 nhóm trên. Như vậy, tổng số người tham gia thảo luận nhóm là 18 người.



Thảo luận nhóm đối với cán bộ Trường TYT được tiến hành tại trạm Y tế cụ thể như sau; nhóm I gồm các xã: Kim Thái, Trung Thành, Liên Minh, Tam Thanh, Thị trấn Gôi, Quang Trung, nhóm I được tổ chức thảo luận tại trạm Y tế xã Kim Thái. Nhóm II gồm các xã: Liên Bảo, Thành Lợi, Đại Thắng, Đại An, Vĩnh Hào, Quang Trung tổ chức thảo luận nhóm tại trạm Y tế xã Liên Bảo; Nhóm III gồm các xã Minh Tân, Hiền Khánh, Tân Thành, Hợp Hưng, Tân Khánh, Minh Thuận tổ chức thảo luận nhóm tại TYT xã Hiền Khánh.

- ***Thu thập số liệu cho phương pháp chuyên gia***

Việc thu thập số liệu theo phương pháp chuyên gia được thực hiện qua đường thư tín và tiến hành 3 vòng cụ thể như sau:

+ Vòng 1: Trên cơ sở kết quả nghiên cứu mô tả, chúng tôi xây dựng bộ câu hỏi gồm 10 giải pháp và gửi tới những người tham gia và yêu cầu các chuyên gia đóng góp ý kiến với mục đích xác định giải pháp ưu tiên can thiệp;

+ Vòng 2: Sau khi nhận được phản hồi từ các chuyên gia, chúng tôi tập hợp các ý kiến góp ý, trên cơ sở đó xác định các giải pháp ưu tiên can thiệp nhằm cải thiện việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Sau đó gửi lại cho các chuyên gia để xin ý kiến về sự đồng thuận.

+ Vòng 3: Sau 2 tuần, gửi lại cho các chuyên gia để xác định lại nội dung cần can thiệp và lấy ý kiến về sự đồng thuận.

*Theo dõi, giám sát can thiệp:* Theo dõi giám sát can thiệp được thực hiện dựa trên hồ sơ theo dõi sức khỏe NCT do nhóm nghiên cứu thiết lập cho các đối tượng tham gia nghiên cứu. Các nội dung truyền thông và phản hồi từ phía NCT được ghi chép đầy đủ vào hồ sơ này. Nghiên cứu sinh (NCS), 4 giảng viên bộ môn Y tế cộng đồng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và cán bộ trạm Y tế xã Tam Thanh đóng vai trò là người giám sát.

Đối với truyền thông nhóm lớn, nghiên cứu sinh tham gia trực tiếp và phối hợp với chuyên gia của Viện Lão Khoa trung ương, Ủy ban nhân dân xã, Hội người cao tuổi và cán bộ Y tế xã thực hiện theo kế hoạch.

Đánh giá (phỏng vấn) sau can thiệp được tiến hành giống như thu thập số liệu trước can thiệp.

### **2.3.5. Chương trình can thiệp**

#### *2.3.5.1. Tiêu chí và nguyên tắc xây dựng nội dung can thiệp*

Để đảm bảo tính hiệu quả của các nội dung can thiệp, mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên 3 tiêu chí: (1) có tính phù hợp và khả thi; (2) có tính bền vững; (3) có khả năng ứng dụng cao.

##### *Các nguyên tắc đảm bảo tính khả thi*

- Dựa vào hệ thống sẵn có;
- Phù hợp với định hướng chăm sóc sức khỏe NCT;
- Kinh phí có thể chấp nhận được;
- Nội dung can thiệp dễ áp dụng;

##### *Các nguyên tắc đảm bảo tính bền vững*

- Phù hợp với điều kiện thực tiễn và đặc điểm tâm sinh lý của NCT
- Đáp ứng nhu cầu của NCT (dựa trên nghiên cứu định tính trong khi triển khai can thiệp)
- Xem xét kỹ lưỡng tới vấn đề văn hóa

##### *Đảm bảo nguyên tắc dễ tiếp cận, nội dung can thiệp dựa trên nguyên tắc*

- Nội dung ngắn gọn, từ ngữ dễ hiểu.
- Hình thức đơn giản.

#### *2.3.5.2. Mô hình can thiệp*

Dựa vào các tiêu chí và nguyên tắc xây dựng nội dung can thiệp, nhóm nghiên cứu đã xây dựng mô hình “*Nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh THA cho NCT thông qua giáo dục sức khỏe có sự tham gia của sinh viên Điều dưỡng*”. Trong mô hình này, đối tượng chịu tác động của can thiệp là NCT; đối tượng can thiệp gồm: Nghiên cứu sinh, chuyên gia Viện Lão khoa Trung ương, cán bộ Y tế xã, giảng viên và sinh viên (năm cuối) trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Hoạt động can thiệp gồm: can thiệp nhóm lớn (cả cộng đồng) và can thiệp trực tiếp tại nhà thông qua nhóm sinh viên Điều dưỡng:

- Can thiệp nhóm lớn với hình thức Tuyên truyền - giáo dục sức khỏe thông qua 6 buổi nói chuyện chuyên đề (tại Hội trường UBND xã) nhằm cung cấp kiến thức liên quan đến những thay đổi về tâm sinh lý ở NCT, các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và biện pháp phòng chống, nâng cao sức khỏe.

- Tư vấn trực tiếp tại nhà cho NCT 3 tháng/ lần. Trong quá trình đi thực tế tại cơ sở Y tế xã, sinh viên Điều dưỡng được tập huấn về nội dung và kỹ năng tư vấn tại nhà cho NCT về phòng chống bệnh THA theo quy trình truyền thông trực tiếp (xem phụ lục)

- Điểm mấu chốt của mô hình này là sinh viên không truyền thông hết các nội dung theo trình tự đã ghi trong tài liệu mà phải lắng nghe NCT để xác định những kiến thức- thực hành phòng chống bệnh THA nào NCT đã biết, đã thực hiện, những kiến thức – thực hành phòng chống bệnh THA nào NCT còn thiếu để bổ sung thông tin, giải thích về lợi ích của việc thực hành các biện pháp phòng bệnh THA cho NCT. Đồng thời, cung cấp tài liệu hướng dẫn cách phòng chống bệnh THA với cỡ chữ to, phù hợp với NCT.

#### *2.3.5.3.Nội dung, tài liệu can thiệp*

*Nội dung can thiệp gồm:*

- Những thay đổi về tâm sinh lý ở NCT
- Các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và biện pháp phòng chống
- Các biện pháp nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi
- Định nghĩa về bệnh tăng huyết áp
- Những yếu tố nguy cơ của bệnh THA
- Các biến chứng của bệnh THA
- Các biện pháp phòng chống bệnh THA
- Kiểm soát huyết áp và biến chứng

*Tài liệu sử dụng trong can thiệp*

- Tài liệu về những thay đổi về tâm sinh lý ở NCT; các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và biện pháp phòng chống; các biện pháp nâng cao sức khỏe cho NCT. Tài liệu này do các chuyên gia Viện Lão khoa Trung ương cung cấp và trực tiếp xuống nói chuyện.

- Tài liệu truyền thông trực tiếp: sử dụng tài liệu truyền thông của chương trình quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp.

- Tài liệu do NCS phát triển trên cơ sở tài liệu truyền thông của chương trình quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp nhưng cỡ chữ to hơn.

#### *2.3.5.4. Tổ chức triển khai can thiệp*

Các hoạt động can thiệp được thực hiện tại xã Tam Thanh trong vòng 12 tháng. Các đối tượng tham gia can thiệp gồm có nghiên cứu sinh; 02 chuyên gia lão khoa; 04 giảng viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 06 cán bộ Y tế xã Tam Thanh và 100 sinh viên khóa 4 trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

#### **Các bước triển khai can thiệp**

- Tổ chức thảo luận nhóm ( với NCT và cán bộ Y tế xã) để phát hiện những khó khăn trong việc tiếp cận thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT, những thông tin quan trọng về phòng chống bệnh tăng huyết áp NCT còn thiếu. Đồng thời tiến hành nghiên cứu chuyên gia để xác định nội dung và cách thức can thiệp.

- Thống nhất về nội dung và hình thức can thiệp.

- Lập kế hoạch can thiệp chi tiết 3 tháng/lần.

- Phối hợp chặt chẽ với địa phương tổ chức triển khai can thiệp.

- Theo dõi giám sát việc triển khai can thiệp bao gồm nội dung can thiệp, người thực hiện cũng như số lượng người tham gia theo biểu mẫu đã được thiết kế sẵn.

Để đảm bảo nội dung can thiệp có hiệu quả và bền vững, các nội dung can thiệp được triển khai theo nguyên tắc:(i) đơn giản, dễ hiểu; (ii) phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của đối tượng; (iii) phù hợp với thực tiễn (chỉ cung cấp những gì NCT thiếu)

#### **Triển khai hoạt động can thiệp**

- *Triển khai truyền thông nhóm lớn*

Tổ chức 6 buổi truyền thông nhóm lớn: thực hiện đối với tất cả NCT trên địa bàn xã Tam Thanh. Toàn bộ 780 NCT trong xã Tam Thanh được chia làm 3 nhóm, mỗi nhóm được truyền thông 2 buổi. Cách thức truyền thông nhóm lớn được tiến hành thông qua nói chuyện chuyên đề. 01 buổi nói chuyện về những thay đổi về tâm sinh lý của NCT, những hành vi nguy cơ và ảnh hưởng của nó đến sức khỏe NCT. Buổi nói chuyện này do các chuyên gia Viện Lão Khoa trung ương thực hiện. 01 buổi nói chuyện về một số bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và biện pháp phòng chống, trong đó tập

trung nhiều hơn vào kiến thức, kỹ năng phòng chống tăng huyết áp, buổi nói chuyện này do nghiên cứu sinh trực tiếp thực hiện. Mỗi buổi nói chuyện kéo dài khoảng 45 phút.

- *Triển khai truyền thông trực tiếp tại nhà*

Kết quả thảo luận nhóm cho thấy nguyện vọng và nhu cầu của NCT là được cán bộ Y tế truyền thông trực tiếp tại nhà. Hơn nữa người cao tuổi thường suy giảm chức năng nghe và nhìn đặc biệt là nhóm người từ 75 tuổi trở lên vì vậy việc tiếp thu kiến thức thông qua truyền thông đại chúng và truyền thông nhóm lớn bị hạn chế. Những thông tin quan trọng trong phòng chống bệnh tăng huyết áp mà NCT còn thiếu đó là cách nhận biết về chỉ số huyết áp bình thường và những biến chứng của tăng huyết áp. Cách tiếp cận thông tin nên phối hợp giữa truyền thông nhóm nhỏ và truyền thông trực tiếp.

Sử dụng các sinh viên Điều dưỡng năm thứ 3 (đã được học về các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, các môn lâm sàng) trong thời gian đi thực tế cộng đồng kết hợp với Y tế thôn và cán bộ Y tế xã tiến hành tư vấn cho NCT tại nhà theo các nội dung và kỹ năng đã được tập huấn. Sinh viên trước khi đến tư vấn cho NCT được tập huấn về nội dung và kỹ năng tư vấn, sau đó SV phải thực hành thuần thục các kỹ năng tư vấn. Mỗi NCT được SV đến tư vấn tại nhà 3 lần cách nhau 3 tháng, kèm theo mỗi NCT được phát tài liệu hướng dẫn về phòng chống bệnh tăng huyết áp theo nội dung của chương trình phòng chống tăng huyết áp quốc gia. Mỗi lần đến tư vấn cho NCT, sinh viên trao đổi để phát hiện những kiến thức, kỹ năng phòng chống bệnh THA mà NCT đó còn thiếu, trên cơ sở đó SV giải thích, hướng dẫn bổ sung biện pháp phòng chống bệnh THA cho NCT.

## **2.4. Một số khái niệm và thang đo sử dụng trong nghiên cứu**

### **2.4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp**

*Bảng 2.2. Phân loại huyết áp theo JNC VII (năm 2003)*

<b>Phân loại huyết áp</b>	<b>HA tối đa (mmHg)</b>	<b>HA tối thiểu (mmHg)</b>
HA bình thường	< 120	< 80
Tiền tăng HA	120 - 139	80 - 89
Tăng HA giai đoạn 1	140 - 159	90 - 99
Tăng HA giai đoạn 2	≥160	≥100

Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tối đa  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu  $\geq 90$  mmHg. Tăng huyết áp tâm thu đơn độc khi huyết áp tối đa  $\geq 140$  mmHg và huyết áp tối thiểu  $< 90$  mmHg (hoặc những người đang điều trị tăng huyết áp).

#### **2.4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường**

Chẩn đoán đái tháo đường khi đường máu lúc đói  $\geq 7,0$  mmol/l (WHO năm 2010).

#### **2.4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu**

Dựa theo tiêu chuẩn của Hội Châu Á Thái Bình Dương về xơ vữa động mạch và bệnh lý mạch máu, tháng 4/1998, khi có rối loạn một trong số các chỉ số sau đây:

*Bảng 2.3. Trị số bình thường của các thành phần lipid*

<b>Xét nghiệm</b>	<b>Trị số bình thường</b>
cholesterol	$\leq 5,2$ mmol/l
triglycerides	$\leq 2,3$ mmol/l
HDL- Cholesterol	$\geq 0,9$ mmol/l
LDL- Cholesterol	$\leq 3,12$ mmol/l

- Phân loại rối loạn lipid máu theo De Gennes, gồm: tăng cholesterol máu đơn thuần, tăng triglycerides máu đơn thuần và tăng lipid máu hỗn hợp (tăng cả cholesterol và triglycerides máu).

#### **2.4.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân béo phì**

Công thức tính BMI được tính như sau :  $BMI = \frac{m(kg)}{h^2(m)}$

Trong đó: m = trọng lượng cơ thể ( đơn vị tính là kilogram)

h = chiều cao cơ thể ( đơn vị tính là metter)

Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì theo khuyến cáo của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương năm 2000 cho người trưởng thành châu Á như sau:

Gầy ( CED - Chronic Energy Deficiency): BMI  $< 18,5$

Bình thường: BMI từ 18,5 - 22,9

Thừa cân: BMI  $\geq 23$

Béo phì : BMI  $\geq 25$

Chẩn đoán thừa cân khi BMI  $\geq 23$  ; béo phì khi BMI  $\geq 25$

#### **2.4.5. Nhận định kết quả cho nghiên cứu chuyên gia**

- Lựa chọn giải pháp: Mức độ cần thiết của mỗi giải pháp chúng tôi sử dụng thang điểm Likert để lựa chọn cụ thể như sau [62], [90] :  
0 điểm = ít cần thiết nhất ; 1 điểm = ít cần thiết; 2 điểm = cần thiết trung bình; 3 điểm = cần thiết ; 4 điểm = cần thiết nhất.

Giải pháp được cho là cần được thực hiện phải đạt điểm trung bình 3,25 [90]

- Chọn giải pháp ưu tiên: chúng tôi chọn từ giải pháp có điểm số cao xuống giải pháp có điểm số thấp.

#### **2.4.6. Một số khái niệm**

- Người cao tuổi: là những người  $\geq 60$  tuổi

- Tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của NCT: Để đánh giá mức độ sức khỏe của NCT chúng tôi sử dụng thang đo Likert theo 3 mức như sau: tự đánh giá sức khỏe tốt được 3 điểm; trung bình = 2 điểm; yếu = 1 điểm.

- Mắc bệnh xương khớp: là tình trạng NCT mắc một trong các bệnh xương khớp được xác định bằng khám lâm sàng hoặc đã có kết quả chẩn đoán của cơ sở y tế.

- Mắc bệnh về mắt: là tình trạng NCT mắc một trong các bệnh về mắt được xác định bằng khám lâm sàng hoặc có chẩn đoán của cơ sở y tế.

- Chế độ ăn nhiều mỡ: là khi NCT ăn lượng lipid  $> 20\%$  năng lượng khẩu phần.

- Chế độ ăn nhiều muối (ăn mặn): NCT tự đánh giá về lượng muối, bột canh, nước mắm trong bữa ăn hàng ngày nhiều hơn người xung quanh.

- Chế độ ăn nhiều rau, quả: Theo khuyến cáo của CDC: Khi NCT ăn từ 5 loại rau quả trở lên trong một ngày.

- Lạm dụng rượu bia: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, khái niệm sử dụng rượu bia quá mức 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 330ml bia hoặc 120 ml rượu vang hoặc 30 ml rượu mạnh) [12].

- Hoạt động thể lực: Theo khuyến cáo của WHO, người từ 65 tuổi trở lên nên tập thể dục với cường độ trung bình ít nhất 150 phút/tuần, hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút/tuần. Những người có khả năng vận động kém nên tập ít nhất 3 ngày/ tuần [165].

- Kiến thức của người cao tuổi về phòng chống bệnh THA: Chúng tôi đánh giá kiến thức của NCT về phòng chống bệnh THA theo từng biện pháp phòng bệnh cụ thể.

NCT trả lời đúng biện pháp phòng bệnh nào thì được tính là có kiến thức về biện pháp phòng bệnh THA đó; Những biện pháp phòng chống bệnh THA nào NCT không trả lời đúng thì xem là không có kiến thức về biện pháp phòng chống bệnh THA đó.

- Thực hành của NCT phòng chống bệnh THA: NCT có thực hiện các hành vi có lợi cho việc phòng chống bệnh THA như: không lạm dụng rượu bia, tích cực hoạt động thể lực, không hút thuốc lá, dinh dưỡng hợp lý thì được tính là có thực hành đúng. Ngược lại, nếu NCT không thực hiện các hành vi đó thì được xếp vào nhóm thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp không đúng.

### **2.5. Phương pháp phân tích số liệu**

Số liệu định lượng được làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 16.0

Kiểm tra tính chính xác của số liệu đã nhập sau đó tiến hành phân tích số liệu.

Các biến liên tục được tính giá trị trung bình, phương sai và sử dụng kỹ thuật thống kê t-test để so sánh 2 biến nghiên cứu.

Các biến phân loại, thứ bậc được tính theo tỷ lệ phần trăm, sử dụng kỹ thuật thống kê Chi Square ( $\chi^2$ ) để so sánh hai biến.

Để phân tích và xác định các yếu tố ảnh hưởng (biến định tính) tác giả sử dụng kỹ thuật thống kê Chi Square và tỷ số chênh OR với độ tin cậy 95% CI.

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến và hồi quy đa biến được sử dụng để đánh giá sự tương quan giữa các biến định lượng [51].

Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng Chỉ số hiệu quả (CSHQ)

$$CSHQ = -\frac{p_2 - p_1}{p_1} \times 100$$

Trong đó:  $p_1$  là tỷ lệ NCT có kiến thức về các biện pháp phòng chống tăng huyết áp trước khi can thiệp (thời điểm tháng 10/2010)

$p_2$  là tỷ lệ NCT có kiến thức về các biện pháp phòng chống tăng huyết áp sau khi can thiệp (thời điểm tháng 6 năm 2012)

Số liệu định tính được xử lý và phân tích như sau: sau khi gỡ băng, tác giả xếp các ý kiến trả lời của đối tượng nghiên cứu theo chủ đề (ý lớn), mỗi chủ đề lại xếp ý kiến trả lời theo nhóm nhỏ hơn cuối cùng là các ý kiến trả lời cụ thể của đối tượng nghiên cứu và trích dẫn theo nội dung nghiên cứu.

### **2.6. Các biện pháp hạn chế sai số**



Trong nghiên cứu này, sai số chủ yếu gặp phải là sai số chọn mẫu và sai số do thu thập số liệu. Để đảm bảo độ tin cậy, hạn chế sai số lựa chọn cũng như thuận tiện cho việc so sánh giữa xã can thiệp và xã đối chứng, hai xã được chọn vào nghiên cứu có sự tương đồng về điều kiện kinh tế, xã hội, hệ thống y tế và cùng có sinh viên đi thực tế. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính toán dựa trên những số liệu có tính đại diện cao (điều tra dịch tễ học về người cao tuổi). Dự phòng những trường hợp bỏ cuộc và không hợp tác cũng được đưa vào để tính toán mẫu. Khung mẫu được xây dựng đầy đủ có sự giúp đỡ của y tế địa phương và cộng đồng. Việc lựa chọn các cá nhân tham gia vào nghiên cứu định tính được thực hiện theo đúng quy trình.

Để khắc phục các sai số do thu thập thông tin tại thực địa, nhóm nghiên cứu đã thực hiện các biện pháp sau:

- Bộ công cụ được thiết kế đơn giản, dễ hiểu, dễ trả lời, các nội dung được sắp xếp logic và được thử nghiệm trước khi sử dụng.

- Tuyển chọn điều tra viên: về chuyên môn thăm khám lâm sàng và làm xét nghiệm nhóm nghiên cứu tuyển chọn những người có chuyên môn vững, đúng chuyên ngành và có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực chuyên môn được đảm nhiệm. Các điều tra viên thực hiện phỏng vấn là sinh viên để tránh những sai số do chủ quan trong quá trình thu thập thông tin. Sau khi tập huấn, chỉ sử dụng những điều tra viên có đủ tiêu chuẩn để đảm bảo chất lượng cuộc điều tra.

- Tập huấn: Việc tập huấn được thực hiện theo phương pháp giảng dạy tích cực, khuyến khích sự tham gia tích cực, chủ động của học viên, tăng cường tương tác giữa học viên và người tập huấn. Sử dụng phương pháp đóng vai để thực hành tại lớp và thực hành thử tại thực địa.

- Khám lâm sàng và làm xét nghiệm máu được thực hiện theo đúng quy trình chuyên môn.

- Giám sát: Việc thu thập số liệu được giám sát chặt chẽ dưới các hình thức cụ thể sau: (i) Giám sát viên rà soát, kiểm tra lại toàn bộ 100% số phiếu đã phỏng vấn; (ii) Giám sát viên phỏng vấn lại 10% số phiếu đã điều tra; (iii) ba ngày/lần họp với giám sát viên và điều tra viên để trao đổi và giải đáp những thắc mắc xảy ra trong quá trình phỏng vấn.

- Những phiếu điều tra được đánh giá là không có độ tin cậy cao vì các lý do khác nhau được kiểm tra, phỏng vấn lại. Nếu vẫn không đạt yêu cầu thì được loại bỏ không đưa vào phân tích số liệu.

- Các kết quả xét nghiệm, chỉ số nhân trắc có giá trị bất thường được kiểm tra lại, yêu cầu làm lại để khẳng định tính chính xác của số liệu.

## **2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

Các thông tin thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện, không can thiệp trực tiếp vào tính mạng người bệnh nên đảm bảo được đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của chính quyền địa phương. Các đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu. Việc lấy máu làm xét nghiệm và phỏng vấn chỉ được thực hiện khi được sự đồng ý của đối tượng. Đảm bảo giữ bí mật các thông tin mà các cá nhân đã cung cấp. Nghiên cứu sinh và các nghiên cứu viên luôn quan tâm, đồng cảm và tôn trọng ý kiến của NCT để NCT có thể hợp tác tốt, cung cấp các thông tin trung thực, khách quan, chính xác. Không có sự phân biệt nào đối với đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu. Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu vẫn được mời tham dự các buổi nói chuyện chuyên đề, khám sức khỏe

Lợi ích của người tham gia nghiên cứu: những NCT tham gia nghiên cứu ở cả 2 xã đều được khám sức khỏe, làm xét nghiệm miễn phí, được nhận quà cũng như được tham gia vào các hoạt động truyền thông. Những NCT ở xã đối chứng không được can thiệp bằng phương pháp truyền thông trực tiếp sẽ được bổ sung hoạt động này sau giai đoạn can thiệp.

Những NCT được phát hiện bệnh sẽ được tư vấn điều trị, hướng dẫn đến cơ sở y tế chuyên khoa để điều trị.

Do nghiên cứu có sự tham gia của sinh viên nên chúng tôi tổ chức tập huấn rất kỹ về kỹ năng tư vấn, những sinh viên nào không đạt yêu cầu thì không cho tham gia nghiên cứu, đồng thời giám sát chặt chẽ để đảm bảo không để xảy ra sai sót về chuyên môn.

### Chương 3

### KẾT QUẢ

#### 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (năm 2010)

Nghiên cứu mô tả được tiến hành từ tháng 6 – 10/ 2010 trên tổng cộng 345 NCT (159 NCT xã Tam Thanh và 186 NCT xã Thành Lợi). Kết quả cụ thể như sau:

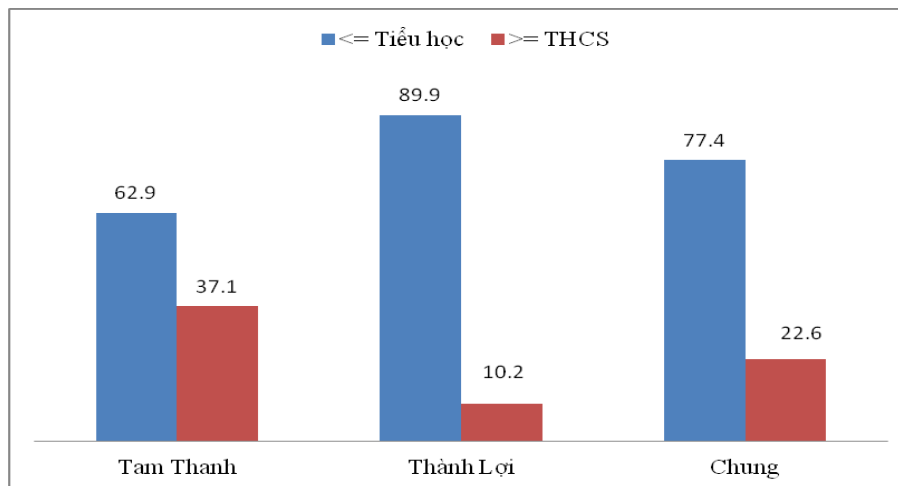
Bảng 3.1. Thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu (năm 2010)

Nội dung	Tam Thanh (n=159)	Thành Lợi (n=186)	Chung (N = 345)	P
<b>Giới tính</b>				
Nam	55 (34,6)	55 (29,6)	110 (31,9)	>0,05
Nữ	104(65,4)	131(70,4)	235 (68,1)	>0,05
<b>Nhóm tuổi</b>				
60 – 69	49 (30,8)	61(32,8)	110 (31,9)	>0,05
70 – 79	78 (49,1)	88(47,3)	166 (48,1)	>0,05
80 +	32 (20,1)	37(19,9)	69 (20,0)	>0,05
<b>Công việc hiện tại</b>				
Làm việc	46 (28,9)	55 (29,6)	101(29,3)	>0,05
Nghỉ ngơi	113 (71,1)	131(70,4)	244 (70,7)	>0,05
<b>Trình độ học vấn</b>				
Mù chữ	33(20,8)	52(28,0)	85 (24,6)	<b>&lt;0,05</b>
Biết đọc, biết viết	40 (25,2)	55 (29,6)	95 (27,5)	>0,05
Tiểu học	31(19,5)	60 (32,3)	91 (26,4)	<b>&lt;0,05</b>
THCS	37 (23,3)	12 (6,5)	49 (14,2)	<b>&lt;0,0001</b>
THPT	13 (8,2)	3 (1,6)	16 (4,6)	<b>&lt;0,05</b>
Trung cấp	4 (2,5)	3 (1,6)	7 (2,0)	>0,05
CD-ĐH	1 (0,6)	1 (0,5)	2 (0,6)	> 0,05

Trong số 345 NCT, có 110 NCT là nam giới với độ tuổi trung bình là 73,65 (dao động từ 60 – 94 tuổi) và 235 NCT là nữ, độ tuổi trung bình là 72,96 (dao động từ 60 – 96 tuổi). Tỷ lệ NCT là nữ giới (68,1%) cao hơn nhiều so với nam giới (31,9%) với

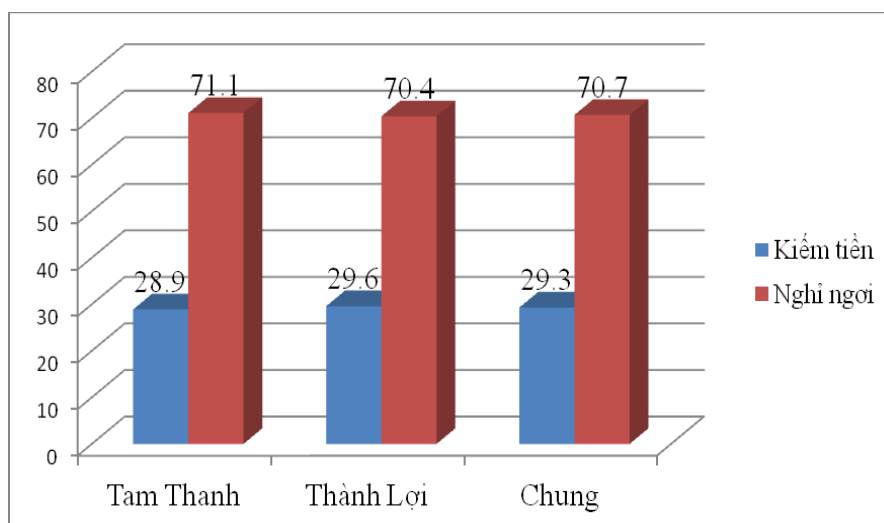
$p < 0,0001$ . Về cơ cấu nhóm tuổi, gần 50% NCT thuộc nhóm tuổi 70 -79, NCT trên 80 tuổi chiếm 20%.

Đặc điểm học vấn và nghề nghiệp được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy có 24,6% NCT mù chữ, trong đó đa số là phụ nữ (91,8%). Tỷ lệ NCT có trình độ học vấn từ Trung cấp chuyên nghiệp trở lên rất thấp ( $< 5\%$ ). Phần lớn NCT có trình độ học vấn ở nhóm biết đọc, biết viết và tiểu học. Nếu lấy trình độ tiểu học để chia nhóm học vấn cao và thấp thì ta thấy gần 80% NCT có trình độ dưới hoặc bằng tiểu học (hình 3.1)



Hình 3.1. Trình độ học vấn của NCT chia theo địa bàn nghiên cứu ( $p < 0,001$ )

Ở hình 3.1, ta thấy NCT thuộc xã Tam Thanh có trình độ học vấn cao hơn so với NCT xã Thành Lợi. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,0001$ ).



Hình 3.2. Tỷ lệ NCT còn làm việc kiểm tiền ( $p > 0,05$ )

Xét về công việc hiện tại của NCT, có khoảng 2/3 số NCT được nghỉ ngơi. Tỷ lệ NCT còn phải làm việc kiếm sống chiếm 29,3% (hình 3.2)

*Bảng 3.2. Đặc điểm hộ gia đình của người cao tuổi [n (%)]*

<b>Đặc trưng</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (N=345)</b>	<b>p</b>
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Đang có vợ / chồng	89 (56,0)	110 (59,1)	199 (57,7)	>0,05
Góa	64 (40,3)	74 (39,8)	138 (40,0)	>0,05
Khác	6 (3,8)	2 (1,1)	8 (2,3)	>0,05
<b>Tình trạng sống cùng gia đình</b>				
Gia đình 3 thế hệ (NCT và con, cháu)	54 (34,0)	64 (34,4)	118 (34,2)	>0,05
Gia đình 2 thế hệ (NCT và con hoặc cháu)	17 (10,7)	22 (11,8)	39 (11,3)	>0,05
Gia đình 1 thế hệ	83 (52,2)	96 (51,6)	179 (51,9)	>0,05
Gia đình chỉ có: Duy nhất một người cao tuổi	5 (3,1)	4 ( 2,2)	9 (2,6)	>0,05

Một số đặc điểm về gia đình của NCT được trình bày tại bảng 3.2. Kết quả cho thấy gần 60% NCT đang sống cùng vợ/chồng, 40% NCT trong tình trạng góa bụa, tỷ lệ này là khá cao đặc biệt đối với NCT là nữ (>50%). Trung bình một gia đình trong địa bàn nghiên cứu có khoảng 4 người.

Về cấu trúc gia đình, hơn 50% NCT sống trong gia đình có 1 thế hệ (sống cùng vợ/chồng). Số NCT phải sống trong tình trạng cô đơn là 2,6%. Có 11,3% NCT sống cùng cháu. Khoảng 1/3 số NCT sống trong gia đình có 3 thế hệ.

Không thấy có sự khác biệt về cấu trúc gia đình giữa 2 xã ( $p>0,05$ ).

### 3.2. Tình hình sức khỏe NCT và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh (năm 2010)

#### 3.2.1. Đánh giá chung

Bảng 3.3. Tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của NCT theo nhóm tuổi và giới tính [n (%)]

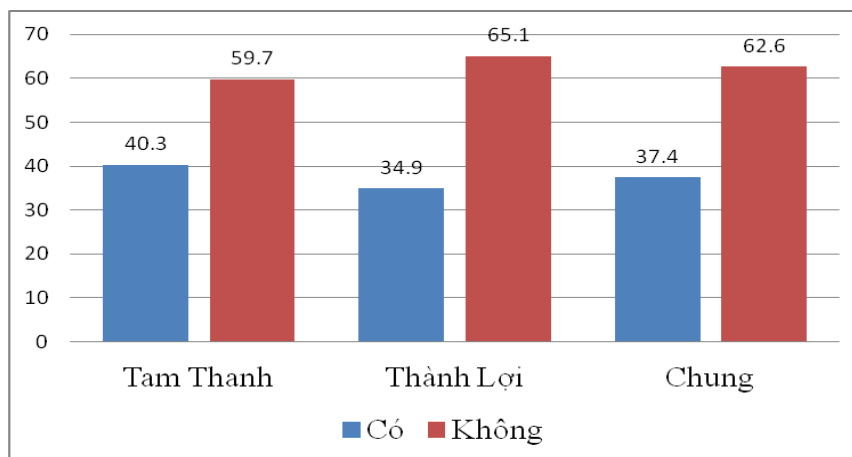
Nội dung	Tự đánh giá tình trạng sức khỏe			
	n	Kém	Trung bình	Tốt
<b>Theo địa bàn nghiên cứu</b>				
<b>Tam Thanh</b>	159	49(30,8)	102(64,2)	8(5,0)
<b>Thành Lợi</b>	186	56(30,1)	121(65,1)	9(4,8)
<b>Chung</b>	345	105(30,4)	223 (64,7)	17(4,9)
<b>Theo nhóm tuổi<sup>**</sup></b>				
<b>60 – 69</b>	110	17(15,5)	84(76,3)	9(8,2)
<b>70 -79</b>	166	54(32,5)	106(63,9)	6 (3,6)
<b>80+</b>	69	34(49,3)	33(47,8)	2 (2,9)
<b>Theo giới tính</b>				
<b>Nam</b>	110	27(24,5)	77 (70,0)	6 (5,5)
<b>Nữ</b>	235	78(33,2)	146 (62,1)	11(4,7)

**\*\* Khác biệt về tình trạng sức khỏe theo tự đánh giá của NCT giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê,  $p<0,0001$**

1/3 số NCT tự đánh giá có sức khỏe kém, chỉ có 4,9 % NCT cho rằng sức khỏe tốt. Phân tích theo nhóm tuổi, kết quả cho thấy có sự khác biệt rất rõ về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm tuổi. Có 2,9% NCT từ 80 tuổi trở lên tự nhận có sức khỏe tốt, tỷ lệ này ở nhóm tuổi 70-79 là 3,6% và nhóm tuổi 60-69 là 8,2% ( $p<0,0001$ ).

49,3% NCT từ 80 tuổi trở lên cho rằng sức khỏe của họ kém, trong khi tỷ lệ này ở nhóm 60-69 tuổi là 15,5% ( $p<0,0001$ ).

NCT là nam giới có sức khỏe tốt hơn nữ giới, tỷ lệ NCT là nam giới tự nhận mình có sức khỏe tốt là 5,5%, trong khi đó tỷ lệ này ở NCT là nữ giới là 4,7%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).



Hình 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi đi khám bệnh trong vòng 30 ngày ( $p>0,05$ )

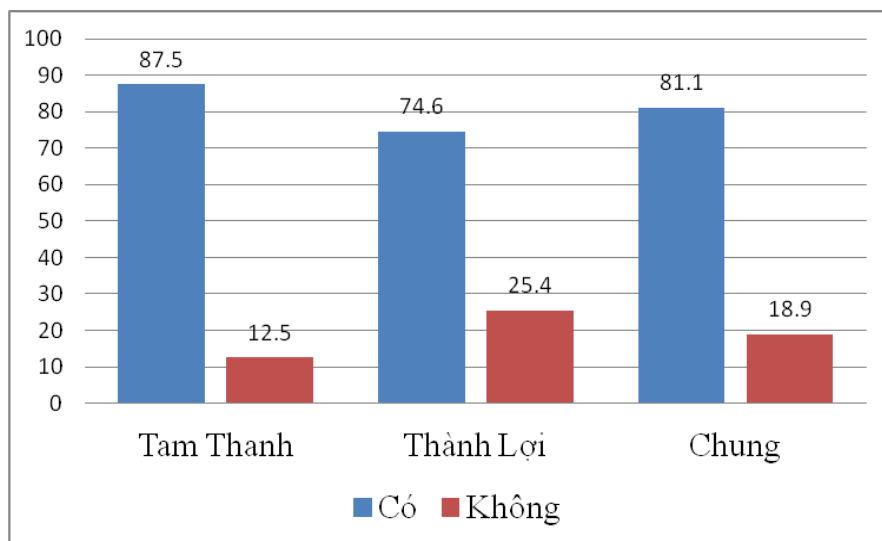
Tình trạng sức khỏe của NCT còn được phản ánh thông qua tần số khám bệnh trong một khoảng thời gian nhất định. Tỷ lệ NCT có đi khám bệnh trong vòng 30 ngày (tính đến thời điểm điều tra) là 37,4% (hình 3.3)

Bảng 3.4. Lý do người cao tuổi đi khám bệnh và nơi khám [n(%)]

	Tam Thanh	Thành Lợi	Chung	p
<b>Lý do NCT đi khám bệnh ( n=129)</b>				
Khám định kỳ	23(35,9)	25 (38,5)	48 (37,2)	>0,05
Khám đột xuất	31 (48,4)	24 (36,9)	55 (42,6)	>0,05
Khác	10 (15,6)	16 (24,6)	26 (20,2)	>0,05
<b>Địa điểm khám bệnh (n=129)</b>				
Trạm Y tế	43 (67,1)	47 (72,3)	90 (69,8)	>0,05
Bệnh viện huyện	9 (14,1)	6 (9,2)	15 (11,6)	>0,05
Y tế tư nhân	6 (9,4)	5 (7,7)	11 (8,5)	>0,05
Khác	6 ( 9,4)	7 (10,8)	13 (10,1)	>0,05

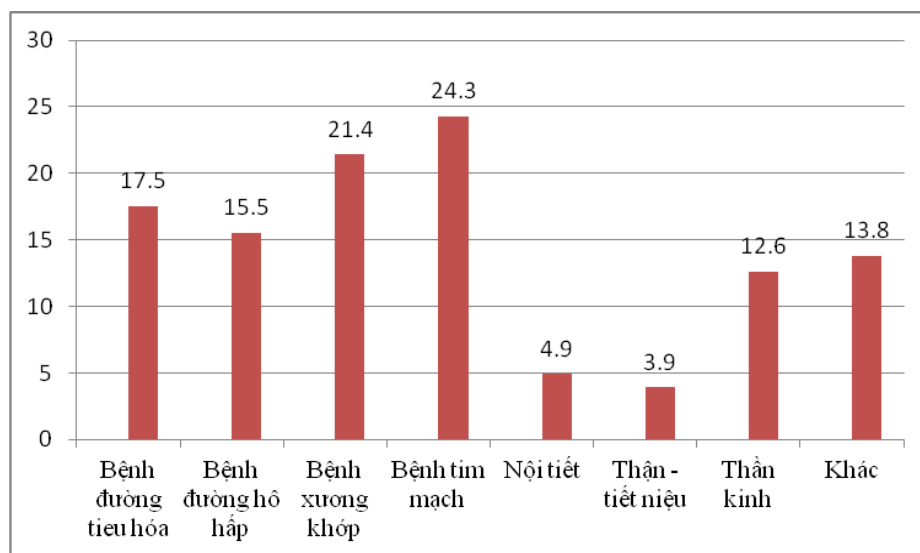
Gần một nửa NCT đi khám bệnh trong vòng 30 ngày do có dấu hiệu, triệu chứng đột xuất. Tỷ lệ NCT đi khám bệnh định kỳ là 37,2%.

Đa số NCT khám bệnh tại trạm y tế xã (69,8%). Tỷ lệ NCT sử dụng dịch vụ y tế tư nhân là rất ít (8,5%). Khoảng 11,6% NCT sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện.



Hình 3.4. Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh trong vòng 30 ngày ( $p>0,05$ )

Trong số 129 NCT đi khám bệnh trong vòng 30 ngày, có 81,1% NCT có bệnh (hình 3.4). Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 xã nghiên cứu ( $p>0,05$ ).



Hình 3.5. Phân bố bệnh tật ở người cao tuổi

Kết quả nghiên cứu trình bày ở hình 3.5 cho thấy, nhóm bệnh phổ biến nhất ở NCT là nhóm bệnh tim mạch (24,3%) và nhóm bệnh xương khớp (21,4%)



*Bảng 3.5. Giá trị trung bình một số chỉ số nhân trắc của người cao tuổi*

<b>Chỉ số nhân trắc</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Chiều cao (cm)	345	129	171	149,3	7,9
Cân nặng (kg)	345	25	70	44,4	7,7
Vòng eo (cm)	345	49	97	68,2	7,1
Vòng mông (cm)	345	62	103	83,6	5,7
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	345	13,4	28,5	19,9	2,7

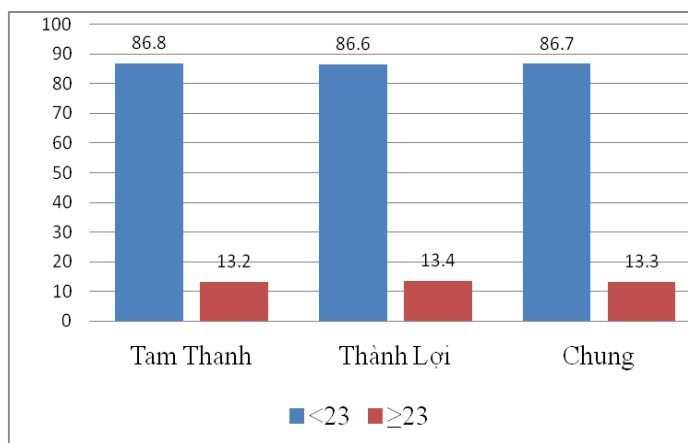
Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 cho thấy, chiều cao trung bình của NCT là  $149,3 \pm 7,9$  cm; NCT nặng cân nhất là 70 kg, NCT có cân nặng thấp nhất là 25 kg, cân nặng trung bình của NCT  $44,4 \pm 7,7$  kg. NCT có vòng eo lớn nhất là 97cm, NCT có vòng eo nhỏ nhất là 49 cm, vòng eo trung bình là  $68,2 \pm 7,1$  cm.

Xét về chỉ số khối cơ thể (BMI) thì không có NCT nào trong nghiên cứu này đạt mốc 30. Giá trị trung bình của BMI của NCT là  $19,8 \pm 2,7$ .

*Bảng 3.6. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số khối cơ thể(BMI)*

<b>Phân loại BMI</b>	<b>Tam Thanh</b>	<b>Thành Lợi</b>	<b>Chung</b>	<b>p</b>
<18,5	46 (28,9)	63 (33,9)	109 (31,6)	>0,05
18,5 – 22,9	92(57,9)	98 (52,7)	190 (55,1)	>0,05
23,0 – 24,9	13 (8,2)	20 (10,8)	33 (9,6)	>0,05
$\geq 25$	8 (5,0)	5 (2,7)	13 (3,8)	>0,05

1/3 NCT có chỉ số BMI < 18,5. Tỷ lệ NCT có chỉ số BMI  $\geq 23$  là 13,4%.



*Hình 3.6. Tỷ lệ thừa cân, béo phì theo địa bàn nghiên cứu ( $p > 0,05$ )*

Không có sự khác biệt về tỷ lệ NCT thừa cân giữa hai xã (Hình 3.6)

*Bảng 3.7. Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe người cao tuổi[n (%)]*

<b>Thói quen không có lợi</b>	<b>Tam Thanh</b>	<b>Thành Lợi</b>	<b>Chung</b>	<b>p</b>
<b>Lạm dụng rượu bia(n=345)</b>				
Có	9 (5,7)	17 (9,1)	26 (7,5)	<b>&gt;0,05</b>
Không	150 (94,3)	169 (90,9)	319 (92,5)	
<b>Hiện còn hút thuốc lá (n=345)</b>				
Có	13 (8,2)	13 (7,0)	26 (7,5)	>0,05
Không	146 (91,8)	173 (93,0)	319 (92,5)	
<b>Tập luyện thể dục thể thao (n=345)</b>				
Không tập	79 (49,7)	103 (55,4)	182 (52,8)	>0,05
Tập < 150 phút/tuần	41 (25,8)	42 (22,6)	83 (24,1)	>0,05
Tập ≥ 150 phút/tuần	39 (24,5)	41 (22,0)	80 (23,2)	>0,05

Xét hành vi lạm dụng rượu, bia trình bày ở bảng 3.7 ta thấy, có 26 NCT (7,5%) NCT được xếp vào nhóm lạm dụng rượu, bia. Nam giới lạm dụng rượu, bia (22,7%) cao hơn nữ giới (2,6%) với  $p < 0,001$  và nhóm tuổi < 70 lạm dụng rượu, bia nhiều hơn nhóm tuổi từ 80 trở lên ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ NCT lạm dụng rượu, bia ở xã Tam Thanh thấp hơn xã Thành Lợi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Hành vi hút thuốc lá, thuốc lào của NCT: có 61 NCT đã từng hút thuốc, 7,5% NCT hiện còn hút thuốc (tính đến thời điểm điều tra). Trong 26 NCT hiện còn đang sử dụng thuốc lá, thuốc lào chỉ có 1 người là nữ giới (ăn thuốc lào cùng với trầu).

Khoảng một nửa số NCT có tập thể dục, thể thao. Tuy nhiên, chỉ có 23,2% NCT tập luyện thể dục, thể thao đủ thời lượng theo khuyến cáo của WHO. Tỷ lệ NCT tập luyện thể dục thể thao ở cả hai xã là tương đương nhau. Trong số những NCT tập thể dục thể thao đều đặn, nữ giới chiếm 60% cao hơn nam giới 40% ( $p < 0,05$ ). Nhóm tuổi từ 80 trở lên ít tập thể dục thể thao hơn nhóm tuổi khác ( $p < 0,05$ )

Bảng 3.8. Đặc điểm thói quen dinh dưỡng của người cao tuổi[n(%)]

Nội dung	Tam Thanh (n=159)	Thành Lợi (n=186)	Chung (N=345)	p
<b>Thói quen ăn thức ăn chiên/rán</b>				
Có	64(40,3)	69(37,1)	133(38,6)	>0,05
Không	95(59,6)	116(62,9)	212(61,4)	
<b>Thói quen ăn nhiều gia vị</b>				
Có	38(23,9)	46(24,7)	84(24,3)	>0,05
Không	121(76,1)	140(75,3)	261(75,7)	
<b>Thói quen ăn nhiều thức ăn mặn</b>				
Có	47(29,6)	46(24,7)	93(27,0)	>0,05
Không	112(70,4)	140(75,3)	252(73,0)	
<b>Thói quen ăn thực phẩm bảo quản lâu (dưa, cà...)</b>				
Có	75(47,2)	79(42,5)	154(44,6)	>0,05
Không	84(52,8)	107(57,5)	191(55,4)	
<b>Đã từng ăn giảm muối</b>				
Có	18(11,3)	17(9,1)	35(10,1)	>0,05
Không	138(88,7)	172(90,9)	310(89,9)	

Gần 40% NCT có thói quen thích ăn đồ chiên, rán. Tỷ lệ NCT có thói quen ăn nhiều gia vị là 24,3%. Thói quen ăn thức ăn mặn ở NCT chiếm 27% và ăn thức ăn bảo quản lâu ngày còn khá phổ biến ở NCT với tỷ lệ 44,6%. Chưa có nhiều NCT thử ăn chế độ ăn giảm muối (10,1%).

Thói quen ăn uống của NCT ở hai xã là tương tự nhau  $p > 0,05$ .

### 3.2.2. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng

#### 3.2.2.1. Tăng huyết áp

Bảng 3.9. Đặc điểm chỉ số huyết áp ở người cao tuổi [n(%)]

Phân loại chỉ số huyết áp	Tam Thanh (n=159)	Thành Lợi (n=186)	Chung (N=345)	P
<b>Chỉ số huyết áp tâm thu</b>				
< 120 mmHg	30 (18,9)	38 (20,4)	68 (19,7)	>0,05
120 – 139 mmHg	52 (32,7)	55(29,6)	107(31,0)	>0,05
140 – 159 mmHg	47 (29,6)	46 (24,7)	93 (27,0)	>0,05
≥ 160 mmHg	30 (18,9)	47( 25,3)	77(22,3)	>0,05
<b>Chỉ số huyết áp tâm trương</b>				
< 80 mmHg	47 (29,6)	65 (34,9)	112 (32,5)	<b>&lt;0,05</b>
80 – 89 mmHg	62 (39,0)	51 (27,4)	113 (32,8)	<b>&lt;0,05</b>
90 – 99 mmHg	38 (23,9)	39 (21,0)	77(22,3)	>0,05
≥ 100 mmHg	12 (7,5)	31 (16,7)	43 (12,5)	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Đánh giá chung tình trạng huyết áp</b>				
Tăng huyết áp	83 (52,2)	99 (53,2)	182 (52,8)	>0,05
Không tăng huyết áp	76 (47,8)	87 (46,8)	163 (47,2)	>0,05

Xét về chỉ số huyết áp tâm thu, tỷ lệ NCT có chỉ số huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg là 49,3%. Tỷ lệ này ở 2 địa bàn nghiên cứu khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Tỷ lệ NCT có chỉ số huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg là 34,8%. Tỷ lệ NCT có huyết áp tâm trương  $\geq 100$ mmHg ở xã Thành lợi cao hơn xã Tam Thanh với  $p<0,0001$ .

Hơn một nửa số NCT bị THA, không có sự khác nhau giữa 2 xã ( $p>0,05$ ).

Bảng 3.10. Các yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp của người cao tuổi [n(%)]

Yếu tố	Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	Tổng	p	OR (95% CI)
<b>Lạm dụng rượu, bia</b>					
Có	16 (61,5)	10 (38,5)	26	>0,05	1,5 (0,7 – 3,4)
Không	166 (52,0)	153 (48,0)	319		
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	14 (53,8)	12 (46,2)	26	>0,05	1,1(0,5 – 2,3)
Không	168 (52,7)	151 (47,3)	319		
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI $\geq$ 23	28 (60,9)	18 (39,1)	46	>0,05	1,5 (0,8 – 2,8)
BMI < 23	154 (51,5)	145 (48,5)	299		
<b>Giới tính</b>					
Nam	69 (62,7)	41 (37,3)	110	<b>&lt;0,05</b>	0,6 (0,4 – 0,9)
Nữ	113(48,1)	122(51,9)	235		
<b>Nhóm tuổi</b>					
60-69	51 (46,4)	59 (53,6)	110	>0,05	
70-79	94 (56,6)	72 (43,4)	166		
80+	37 (53,6)	32 (46,4)	69		
<b>Hoạt động thể lực</b>					
Không tập	93 (51,1)	89 (48,9)	182		
Tập <150 phút	45 (54,2)	38 (45,8)	83	>0,05	
Tập $\geq$ 150 phút	44 (55,0)	36 (45,0)	80		

Bảng 3.10 trình bày mối liên quan giữa tình trạng THA ở NCT và một số yếu tố nguy cơ. Kết quả phân tích cho thấy giới tính là yếu tố có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng THA của NCT; NCT là nữ giới có nguy cơ mắc bệnh THA thấp hơn so với NCT là nam giới ( $p < 0,05$ ). Những NCT có BMI  $\geq$  23 có nguy cơ mắc bệnh THA cao hơn 1,5 lần so với những NCT có BMI < 23, tuy nhiên sự khác biệt này

không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Chưa phát hiện thấy mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc, lạm dụng rượu, bia và tập luyện thể dục thể thao với tình trạng THA ở NCT.

### 3.2.2.2.Đái tháo đường

*Bảng 3.11. Giá trị đường huyết trung bình của người cao tuổi (mmol/L)*

Xã	n	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tam thanh	159	3,1	11,5	5,1	1,2
Thành lợi	186	2,1	10,1	5,5	0,9
Chung	345	2,1	11,5	5,3	1,0

Giá trị đường huyết trung bình của NCT là  $5,3 \pm 1,0$ , NCT có chỉ số đường huyết cao nhất là 11,5 và thấp nhất là 2,1. Giá trị chỉ số đường huyết trung bình ở xã Tam Thanh ( $5,2 \pm 1,2$ ) thấp hơn so với xã Thành Lợi ( $5,5 \pm 0,9$ ) với  $p<0,05$

*Bảng 3.12. Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số đường huyết và một số yếu tố*

Yếu tố	$\beta$	$\alpha$	R	$R^2$	p
triglycerides	0,186	4,986	0,169	0,028	<0,01
cholesterol	0,201	4,366	0,200	0,040	<0,0001
LDL-C	0,299	4,492	0,235	0,055	<0,0001
HDL-C	0,124	5,158	0,044	0,002	>0,05
Tuổi	0,019	3,942	0,138	0,019	<0,05
BMI	0,025	4,819	0,064	0,004	>0,05
HA tâm thu	0,001	5,198	0,020	0,000	>0,05
HA tâm trương	0,006	4,844	0,068	0,005	>0,05

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số đường huyết và các chỉ số lipid máu, BMI, tuổi và chỉ số huyết áp, chúng tôi nhận thấy hệ số tương quan (R) của LDL-C là cao nhất (0,235) tiếp theo là cholesterol (0,200), tuổi (0,138), triglycerides (0,169)... Chưa tìm thấy mối tương quan giữa BMI, chỉ số huyết áp với chỉ số đường huyết ( $p>0,05$ ).

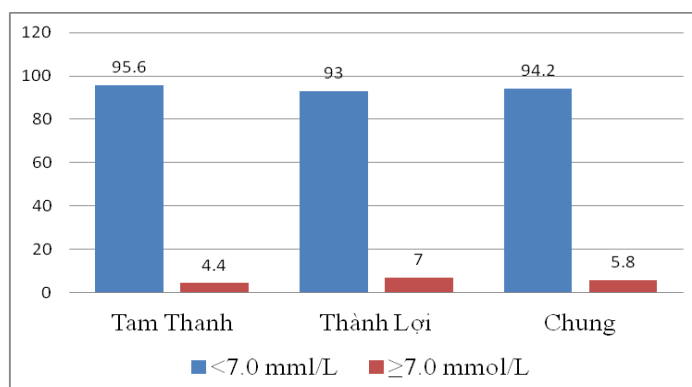
Bảng 3.13. Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số đường huyết và các chỉ số lipid máu, BMI, tuổi, chỉ số huyết áp của người cao tuổi.

Yếu tố	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	2,051	0,821		2,499	0,013
<b>triglycerides (mmol/l)</b>	<b>0,159</b>	<b>0,067</b>	<b>0,144</b>	<b>2,384</b>	<b>0,018</b>
cholesterol	-0,073	0,123	-0,073	-,594	0,553
<b>LDL-C</b>	<b>0,343</b>	<b>0,126</b>	<b>0,269</b>	<b>2,719</b>	<b>0,007</b>
HDL-C	0,061	0,200	0,022	0,306	0,760
<b>Tuổi</b>	<b>0,026</b>	<b>0,008</b>	<b>0,188</b>	<b>3,392</b>	<b>0,001</b>
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	0,014	0,022	0,037	0,635	0,526
Huyết áp tâm thu	-0,006	0,004	-0,144	-1,682	0,094
Huyết áp tâm trương	0,012	0,007	0,144	1,701	0,090
Biến phụ thuộc: Đường huyết (mmol/L) R = 0,332 ; R <sup>2</sup> = 0,110					

Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến (bảng 3.13), chúng tôi thấy hệ số tương quan chung R = 0,332; R<sup>2</sup> = 0,110 với p<0,05.

Nhìn vào giá trị p ở bảng 3.13, chúng ta thấy có 3 yếu tố tương quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số đường huyết (p<0,05) đó là triglycerides; LDL-C; tuổi. Trong kết quả phân tích hồi quy đơn biến trình bày ở bảng 3.12 thì 3 yếu tố này đều có giá trị p<0,05.

Như vậy, từ kết quả phân tích được trình bày ở bảng 3.12 và 3.13, ta thấy chỉ có chỉ số triglycerides; LDL-C, tuổi là thực sự ảnh hưởng tới sự thay đổi chỉ số đường huyết ở NCT. Trong đó, chỉ số triglycerides làm thay đổi khoảng 2,8% và LDL-C làm thay đổi khoảng 5,5% chỉ số đường huyết ở NCT.



Hình 3.7. Tỷ lệ đái tháo đường ở NCT theo địa bàn nghiên cứu (p>0,05).

Trong 345 NCT tham gia nghiên cứu có 20 NCT được chẩn đoán đái tháo đường chiếm tỷ lệ 5,8%, trong đó chỉ 5 người biết mình bị đái tháo đường (được chẩn đoán ở các cơ sở y tế). Tỷ lệ NCT bị đái tháo đường ở xã Thành Lợi (7,0%) cao hơn xã Tam Thanh (4,4%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

*Bảng 3.14. Các yếu tố liên quan tới đái tháo đường ở người cao tuổi [n(%)]*

<b>Nội dung</b>	<b>Đái tháo đường</b>	<b>Không đái tháo đường</b>	<b>Tổng</b>	<b>OR (95% CI)</b>	<b>p</b>
<b>Lạm dụng rượu, bia</b>					
Có	1(3,8)	25(96,2)	26	1,1 (0,3 - 5,1)	>0,05
Không	19(6,0)	300(94,0)	319		
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	0 (0,0)	26 (100,0)	26	0,9	>0,05
Không	20 (6,0)	299 (94,0)	319	0,9-1,0	
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI $\geq$ 23	6 (13,0)	40 (87)	46	3,1	<0,05
BMI < 23	14 (4,7)	285 (95,3)	299	(1,1 – 8,4)	
<b>Giới tính</b>					
Nam	6 (5,5)	104 (94,5)	110	1,1	>0,05
Nữ	14 (6,0)	221 (94,0)	235	0,4 – 2,9	
<b>Nhóm tuổi</b>					
60-69 (I)	3 (2,7)	107 (97,3)	110	I & II	>0,05
70-79 (II)	10 (6,0)	156 (94,0)	166	II & III	>0,05
80+ (III)	7 (10,1)	62 (89,9)	69	III & I	<0,05
<b>Hoạt động thể lực</b>					
Không tập (I)	8 (4,4)	174(95,6)	182	I&II	>0,05
Tập<150 phút (II)	6 (7,2)	77 (92,8)	83	II & III	>0,05
Tập $\geq$ 150phút (III)	6(7,5)	74 (92,5)	80	III & I	>0,05
<b>Tăng huyết áp</b>					
Có	11 (6,0)	171(94,0)	182	1,1	>0,05
Không	9 (5,5)	154(94,5)	163	0,4 – 2,75	

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.14 cho thấy thừa cân béo phì và tuổi cao (80+) có mối liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng đái tháo đường



( $p < 0,05$ ). Mặc dù NCT bị tăng huyết áp có tỷ lệ đái tháo đường cao hơn những NCT không bị tăng huyết áp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

### 3.2.2.3. Rối loạn lipid máu

Để đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu cho NCT, nhóm nghiên cứu tiến hành lấy máu làm xét nghiệm 4 chỉ số lipid máu (gồm cholesterol; triglycerides, LDL-C và HDL-C) cho 345 NCT thuộc 2 xã trong địa bàn nghiên cứu theo đúng quy trình. Kết quả thu được cụ thể như sau:

*Bảng 3.15. Giá trị trung bình của các chỉ số lipid máu của người cao tuổi (mmol/L)*

Nội dung	N	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
<b>Xã Tam Thanh</b>					
HDL-C	159	0,5	2,4	1,2	0,3
LDL-C	159	1,2	5,9	2,6	0,8
triglycerides	159	0,5	7,6	1,6	0,9
cholesterol	159	2,4	8,2	4,5	1,1
<b>Xã Thành Lợi</b>					
HDL-C	186	0,4	2,2	1,3	0,4
LDL-C	186	1,1	6,3	2,9	0,8
triglycerides	186	0,6	7,3	1,9	0,9
cholesterol	186	2,5	7,8	4,9	0,9
<b>Chung</b>					
HDL-C	345	0,4	2,4	1,2	0,4
LDL-C	345	1,1	6,3	2,7	0,8
triglycerides	345	0,5	7,6	1,8	0,9
cholesterol	345	2,4	8,2	4,7	1,0

Xét chỉ số HDL-C, giá trị trung bình của chỉ số này ở 345 NCT tham gia nghiên cứu là  $1,2 \pm 0,4$  (giá trị nhỏ nhất là 0,4 mmol/L; giá trị lớn nhất là 2,4 mmol/L). Giá trị

trung bình HDL-C của NCT xã Thành Lợi ( $1,3\pm 0,4$ ) cao hơn xã Tam Thanh ( $1,2\pm 0,4$ ) nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$ .

Giá trị trung bình của LDL-C là  $2,7\pm 0,8$ , giá trị nhỏ nhất là 1,1 mmol/L; giá trị lớn nhất là 6,3 mmol/L. Giá trị trung bình chỉ số LDL-C ở xã Thành Lợi ( $2,9\pm 0,8$ ) cao hơn xã Tam Thanh ( $2,6\pm 0,8$ ) một cách có ý nghĩa thống kê ( $p<0,0001$ ).

Chỉ số triglycerides trung bình là  $1,8\pm 0,9$ ; giá trị nhỏ nhất 0,5; giá trị lớn nhất là 7,6. Giá trị trung bình của chỉ số LDL-C ở xã Thành Lợi ( $1,9\pm 0,9$ ) cao hơn xã Tam Thanh ( $1,6\pm 0,9$ ) với  $p<0,0001$  (bảng 3.15).

*Bảng 3.16. Đặc điểm rối loạn lipid máu ở người cao tuổi [n (%)]*

Nội dung	Tam Thanh n=159	Thành Lợi n=186	Chung n=345	p
<b>Có rối loạn lipid máu theo từng chỉ số</b>				
LDL-C	33 (20,8)	58 (31,2)	91 (26,4)	<0,05
HDL-C	18(11,3)	29(15,6)	47(13,6)	>0,05
triglycerides	18(11,3)	48(25,8)	66(19,1)	<0,05
cholesterol	41(25,8)	69(37,1)	110(31,9)	<0,05
<b>Có rối loạn lipid máu theo nhóm chỉ số</b>				
Rối loạn 1 chỉ số	33(20,8)	52(28,0)	85(24,6)	<0,05
Rối loạn 2 chỉ số	28(17,6)	43(23,1)	71(20,6)	>0,05
Rối loạn 3 chỉ số	7(4,4)	18(9,6)	25(7,2)	<0,05
Rối loạn 4 chỉ số	0	3(1,6)	3(0,9)	-
Có rối loạn lipid máu	68(42,8)	116(62,4)	184(53,3)	<0,001

Khoảng một phần ba số NCT có trị số cholesterol, 1/4 NCT có trị số LDL-C cao, tỷ lệ NCT tăng triglycerides là 19,1%. Hơn 10% NCT có trị số HDL-C thấp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 xã với  $p < 0,05$  trừ trị số HDL-C.

53,3% số NCT có rối loạn ít nhất 1 chỉ số lipid máu, gần một nửa trong số đó có rối loạn 1 chỉ số, tỷ lệ NCT rối loạn cả 4 chỉ số lipid máu là 0,9%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở NCT xã Tam Thanh (42,8%) thấp hơn xã Thành Lợi (62,4%) với  $p<0,001$ .

Bảng 3.17. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người cao tuổi

Nội dung	Có RLLP	Không RLLP	Tổng	OR (95%CI)	p
<b>Lạm dụng rượu, bia</b>					
Có	16 (61,5)	10(38,5)	26	1,4	>0,05
Không	168 (53,2)	151 (46,8)	319	0,6 – 3,3	
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	17 (65,4)	9 (34,6)	26	1,7	>0,05
Không	167(47,6)	152 (52,4)	319	0,7 – 3,9	
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI $\geq$ 23	39 (84,8)	7 (15,2)	46	5,9	<0,001
BMI < 23	145(48,5)	154 (51,5)	299	2,6-13,7	
<b>Giới tính</b>					
Nam	48 (43,6)	62 (56,4)	110	1,7	<0,05
Nữ	136( 57,9)	99(42,1)	235	1,1 - 2,8	
<b>Nhóm tuổi</b>					
60-69 (I)	62(56,4)	48 (43,6)	110	I&II	>0,05
70-79 (II)	93 ( 56,0)	73 (44,0)	166	II&III	>0,05
80+ (III)	29 (42,0)	40 (58,0)	69	III &I	>0,05
<b>Hoạt động thể lực</b>					
Không tập (I)	100(54,9)	82 (45,1)	182	I&II	>0,05
Tập <150 phút (II)	43(51,8)	40 (48,2)	83	II&III	>0,05
Tập $\geq$ 150 phút ( III)	41(51,2)	39 ( 48,8)	80	III&I	>0,05
<b>Tăng huyết áp</b>					
Có	99 (54,4)	83 (45,6)	182	1,095	>0,05
Không	85 (52,1)	78 (47,9)	162	0,7-1,7	
<b>Đái tháo đường</b>					
Có	14 (70,0)	6 (30,0)	20	2,1	>0,05
Không	170(52,3)	155(47,7)	325	0,8 - 5,7	

Hai yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn lipid máu một cách có ý nghĩa thống kê là giới tính ( $p < 0,05$ ), thừa cân béo phì ( $p < 0,001$ ).

Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn lipid máu với các yếu tố hành vi như tập thể dục, thể thao, lạm dụng rượu, bia, hút thuốc lá, tuổi, tình trạng đái tháo đường và tăng huyết áp.

*Bảng 3.18. Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số LDL-C với chỉ số đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI.*

<b>Yếu tố</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Đường huyết	0,184	1,762	0,235	0,055	<0,0001
Tuổi	-0,004	3,009	0,037	0,001	>0,05
BMI	0,033	2,095	0,109	0,012	<0,05
HA tối đa	0,00	2,83	0,020	0,000	>0,05
HA tối thiểu	0,00	2,72	0,004	0,000	>0,05

Kết quả nghiên cứu trình bày tại bảng 3.18 cho thấy, chỉ số đường huyết có mối tương quan tuyến tính thuận chiều với LDL-C một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$  và BMI có mối tương quan tuyến tính thuận chiều với chỉ số LDL-D với  $p < 0,05$ . Còn những chỉ số khác như tuổi và huyết áp thì chưa tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số LDL-C.

*Bảng 3.19. Tương quan hồi quy tuyến tính quy đa biến giữa chỉ số LDL-C với chỉ số của tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI.*

<b>Yếu tố</b>	<b>B</b>	<b>SD</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>p</b>
(Constant)	1,951	0,623		3,132	<0,01
Tuổi	- 0,008	0,006	- 0,073	-1,278	>0,05
Huyết áp tâm thu	0,000	0,003	- 0,013	- 0,145	>0,05
Huyết áp tâm trương	- 0,001	0,006	- 0,019	- 0,218	>0,05
<b>Đường huyết (mmol/l)</b>	<b>0,191</b>	<b>0,042</b>	<b>0,243</b>	<b>4,525</b>	<b>&lt;0,001</b>
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	0,026	0,017	0,085	1,496	>0,05
<b>R = 0,267 và R<sup>2</sup> = 0,071</b>					

Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, chúng tôi nhận thấy hệ số ảnh hưởng chung của 5 yếu tố tới chỉ số LDL-C ( $R$ ) = 0,267 và  $R^2$  là 0,071. Kết quả phân tích hồi

quy tuyến tính đa biến trình bày ở bảng 3.18 cho thấy, chỉ có đường huyết có ảnh hưởng tới chỉ số LDL-C một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$

Như vậy, với kết quả từ bảng 3.18 và 3.19, có thể nói chỉ số đường huyết và BMI có thể giải thích được cho hơn 8,5% sự thay đổi của LDL-C. Tuy nhiên, do trong phân tích hồi quy tuyến tính đa biến thì với chỉ số BMI có ảnh hưởng đến LDL-C nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ , do đó chỉ có chỉ số đường huyết là thực sự có ảnh hưởng tới chỉ số LDL-C.

*Bảng 3.20. Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số HDL-C với các yếu tố tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI.*

Yếu tố	$\beta$	$\alpha$	R	$R^2$	p
<b>Tuổi</b>	<b>- 0,008</b>	<b>1,804</b>	<b>0,161</b>	<b>0,020</b>	<b>&lt;0,01</b>
HA tâm thu	- 0,001	1,410	0,085	0,007	>0,05
HA tâm trương	- 0,001	1,350	0,046	0,002	>0,05
Đường huyết (mmol/L)	0,015	1,158	0,044	0,002	>0,05
BMI	0,006	1,123	0,044	0,002	>0,05

*Bảng 3.21. Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số HDL-C với chỉ số của tuổi, huyết áp, đường huyết, BMI.*

Yếu tố	B	SD	$\beta$	t	p
(Constant)	1,731	0,285		6,073	<0,001
<b>Tuổi</b>	<b>-0,007</b>	<b>0,003</b>	<b>-0,154</b>	<b>-2,665</b>	<b>&lt;0,01</b>
Huyết áp tâm thu	0,000	0,001	-0,063	-0,713	>0,05
Huyết áp tâm trương	9,958	0,003	0,003	0,038	>0,05
Đường huyết (mmol/l)	0,023	0,019	0,065	1,179	>0,05
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	0,003	0,008	0,019	0,321	>0,05
$R = 0,183; R^2 = 0,034$					

Yếu tố ảnh hưởng tới trị số HDL-C một cách có ý nghĩa thống kê là tuổi. Hệ số ảnh hưởng của 5 yếu tố trên đối với HDL-C có giá trị  $R = 0,183$  và  $R^2 = 0,034$ . Như vậy, có thể hiểu rằng 5 yếu tố trên giải thích được cho 3,4% sự thay đổi của HDL-C và yếu tố ảnh hưởng lớn nhất là tuổi (bảng 3.20; 3.21).

Bảng 3.22. Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số triglycerides với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI

Yếu tố	$\beta$	$\alpha$	R	R <sup>2</sup>	p
Tuổi	-0,010	2,507	0,084	0,007	>0,05
HA tâm thu	0,002	1,464	0,055	0,003	>0,05
<b>HA tâm trương</b>	<b>0,009</b>	<b>1,039</b>	<b>0,115</b>	<b>0,013</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Đường huyết (mmol/L)</b>	<b>0,153</b>	<b>0,939</b>	<b>0,169</b>	<b>0,028</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Chỉ số khối cơ thể BMI</b>	<b>0,115</b>	<b>-0,529</b>	<b>0,330</b>	<b>0,109</b>	<b>&lt;0,0001</b>

Có mối tương quan tuyến tính thuận chiều giữa chỉ số đường huyết, BMI và huyết áp tâm trương với chỉ số triglycerides ( $p < 0,05$ ). Trong đó mối tương quan giữa BMI và chỉ số triglycerides là chặt chẽ nhất ( $R = 0,33$ ) thứ tự giảm dần đối với chỉ số đường huyết ( $R = 0,169$ ) và huyết áp tâm thu ( $R = 0,115$ ). Chưa tìm thấy mối tương quan giữa chỉ số triglycerides với tuổi và huyết áp tâm thu (bảng 3.22).

Bảng 3.23. Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa triglycerides và tuổi, huyết áp, chỉ số đường huyết, BMI.

Yếu tố	B	SD	$\beta$	t	p
(Constant)	-1,006	0,695		-1,447	>0,05
Tuổi	-0,003	0,007	-0,027	-0,501	>0,05
HA tâm thu	-0,003	0,003	-0,070	-0,834	>0,05
HA tâm trương	0,006	0,006	0,083	1,002	>0,05
<b>Đường huyết (mmol/L)</b>	<b>0,137</b>	<b>0,047</b>	<b>0,151</b>	<b>2,914</b>	<b>&lt;0,05</b>
<b>Chỉ số khối cơ thể BMI</b>	<b>0,107</b>	<b>0,019</b>	<b>0,308</b>	<b>5,634</b>	<b>&lt;0,0001</b>
$R = 0,368; R^2 = 0,135$					

Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho kết quả như sau, cả 5 yếu tố phân tích ảnh hưởng tới 13,5% sự thay đổi của chỉ số triglycerides với ( $R = 0,368$ ). Chỉ có chỉ số đường huyết và BMI có mối tương quan thực sự tới sự thay đổi của chỉ số triglycerides. Do đó, có thể giải thích 13,6% sự thay đổi của triglycerides do chỉ số đường huyết và BMI chi phối.

Bảng 3.24. Tương quan hồi quy tuyến tính đơn biến giữa chỉ số cholesterol với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI

Yếu tố	$\beta$	$\alpha$	R	$R^2$	p
<b>Tuổi</b>	<b>- 0,015</b>	<b>5,833</b>	<b>0,113</b>	<b>0,013</b>	<b>&lt;0,05</b>
HA tâm thu	0,000	4,834	0,022	0,000	>0,05
HA tâm trương	0,002	4,529	0,027	0,001	>0,05
<b>Đường huyết (mmol/L)</b>	<b>0,199</b>	<b>3,656</b>	<b>0,200</b>	<b>0,400</b>	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Chỉ số khối cơ thể BMI</b>	<b>0,071</b>	<b>3,314</b>	<b>0,185</b>	<b>0,034</b>	<b>&lt;0,01</b>

Bảng 3.25. Tương quan hồi quy tuyến tính đa biến giữa chỉ số cholesterol với chỉ số của đường huyết, huyết áp, tuổi, BMI

Yếu tố	B	SD	$\beta$	t	p
(Constant)	3,571	0,784		4,553	<0,0001
Tuổi	-0,013	0,008	-0,095	-1,683	>0,05
HA tâm thu	-0,003	0,004	-0,065	-0,753	>0,05
HA tâm trương	0,002	0,007	0,029	0,337	>0,05
<b>Đường huyết ( mmol/L)</b>	<b>0,200</b>	<b>0,053</b>	<b>0,202</b>	<b>3,781</b>	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Chỉ số khối cơ thể (BMI)</b>	<b>0,060</b>	<b>0,021</b>	<b>0,158</b>	<b>2,806</b>	<b>&lt;0,01</b>

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.24 và 3.25 cho thấy đường huyết và chỉ số khối cơ thể (BMI) có ảnh hưởng một cách có ý nghĩa thống kê tới chỉ số cholesterol ( $R=0,287$ ;  $R^2 = 0,083$ )

### 3.2.2.4. Bệnh xương khớp

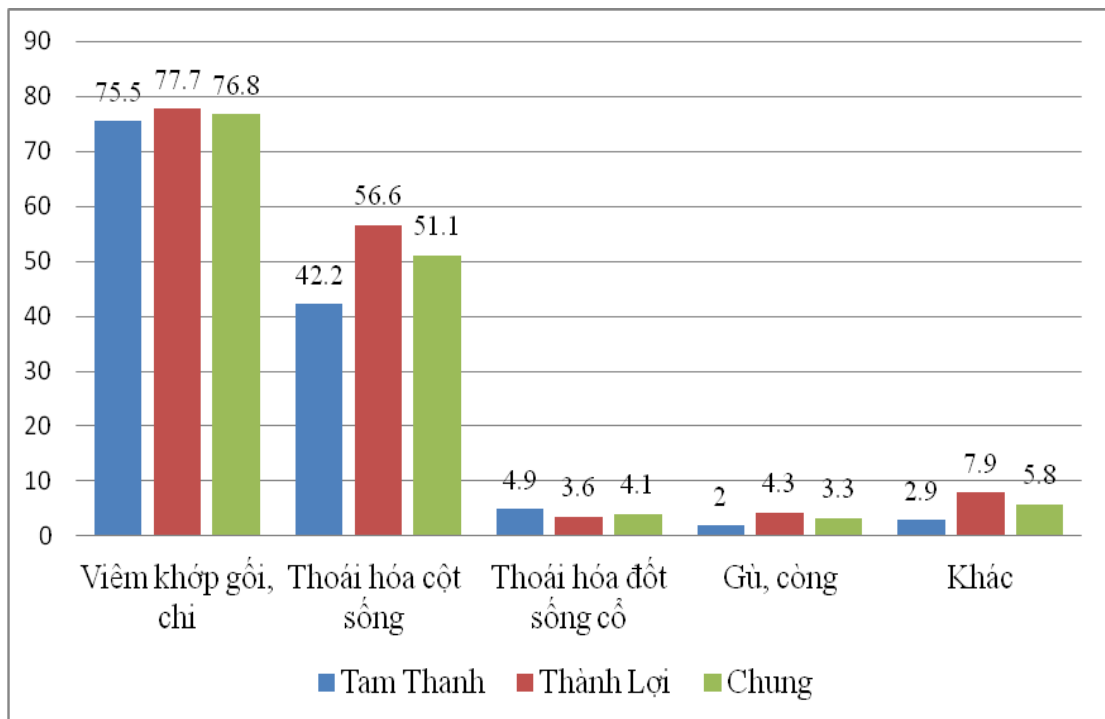
Bảng 3.26. Phân bố tỷ lệ bệnh xương khớp ở người cao tuổi [n(%)]

Có bệnh xương khớp	Tam Thanh	Thành Lợi	Chung	p
Có	102(64,2)	139(74,7)	241(69,9)	<b>&lt;0,05</b>
Không	57(35,8)	47(25,3)	104(30,1)	

Việc xác định NCT có bệnh xương khớp dựa vào khám lâm sàng và hỏi NCT về tiền sử đã được chẩn đoán các bệnh xương khớp ở các cơ sở y tế

Có 69,9% NCT mắc các bệnh về xương khớp, trong đó có 21,6% NCT có tổn thương ở 2 khớp trở lên. Tỷ lệ NCT mắc bệnh xương khớp chi tiết được trình bày ở hình 3.8

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh xương khớp ở NCT giữa xã Tam Thanh (64,2%) và xã Thành Lợi (74,7%) với  $p < 0,05$ .



Hình 3.8. Phân bố tỷ lệ các bệnh xương khớp theo địa bàn nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu ở hình 3.8 cho thấy, bệnh xương khớp thường gặp nhất ở NCT là viêm khớp gối (76,8%), tiếp đến là thoái hóa cột sống (51,1%).



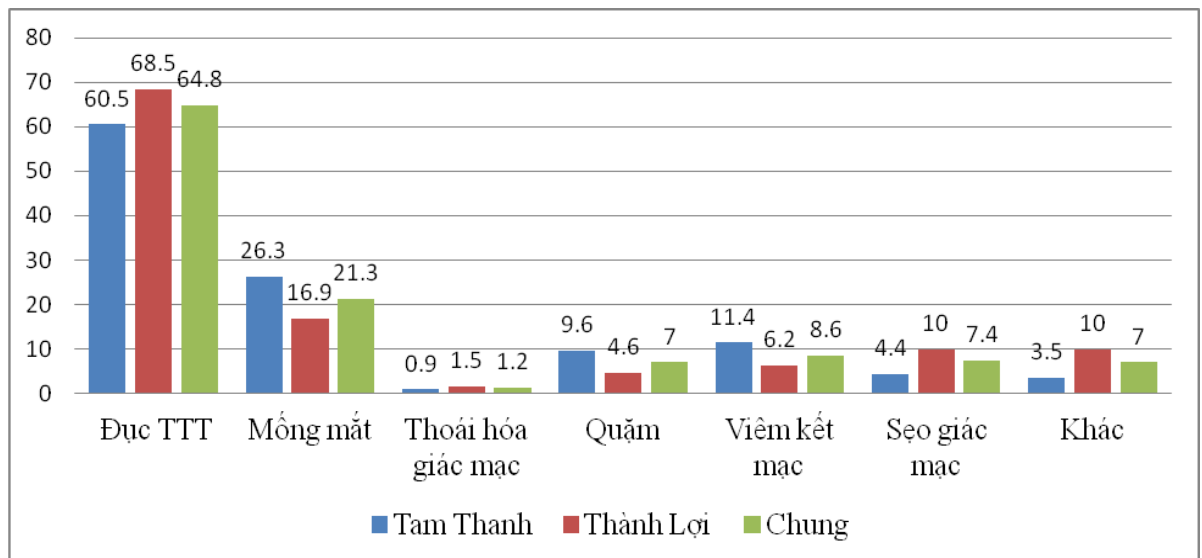
### 3.2.2.5. Bệnh về mắt

Việc xác định NCT có bệnh về mắt cũng dựa vào khám lâm sàng và hỏi NCT về tiền sử đã được chẩn đoán các bệnh về mắt ở các cơ sở y tế.

*Bảng 3.27. Phân bố tỷ lệ có bệnh về mắt ở người cao tuổi*

Có bệnh về mắt	Tam Thanh	Thành Lợi	Chung	p
Có	116(73,0)	130 (69,9)	<b>246(71,3)</b>	<b>&gt;0,05</b>
Không	43 ( 27,0)	56 (30,1)	99( 28,7)	

Có khoảng 71% NCT được xác định là có bệnh về mắt, trong đó có 40 NCT (11,6%) mắc 2 bệnh và 1 NCT( 0,3%) mắc 3 bệnh. Trong số 246 NCT mắc bệnh mắt, đục thủy tinh thể là bệnh mắt phổ biến nhất (64,8%). Tỷ lệ mắc các bệnh về mắt ở hai xã là tương tự nhau với  $p > 0,05$ .



*Hình 3.9. Phân bố tỷ lệ các bệnh về mắt ở NCT theo địa bàn nghiên cứu*

Để tìm hiểu mối liên quan giữa các bệnh về mắt và một số bệnh mạn tính khác, chúng tôi phân tích và kết quả được trình bày ở bảng 3.28

Bảng 3.28. Các yếu tố liên quan đến bệnh về mắt ở người cao tuổi [n (%)]

Nội dung	Có bệnh	Không bệnh	Tổng	OR (95%CI)	p
<b>Giới tính</b>					
Nam	73 (66,4)	37 (33,6)	110	1,4	>0,05
Nữ	173 (73,6)	62 (26,4)	235	0,9-2,3	
<b>Nhóm tuổi</b>					
<b>60-69 (I)</b>	<b>50(45,5)</b>	<b>60 (54,5)</b>	<b>110</b>	<b>I&amp;II</b>	<b>&lt;0,0001</b>
70-79 (II)	128 (77,1)	38 (22,9)	166	II&III	>0,05
<b>80+ (III)</b>	<b>58 (84,1)</b>	<b>11 (15,9)</b>	<b>69</b>	<b>III&amp;I</b>	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Đái tháo đường</b>					
Có	14 (70,0)	6(30,0)	20	0,9	>0,05
Không	232 (71,4)	93(28,6)	325	0,3 – 2,5	
<b>Tăng huyết áp</b>					
Có	130(71,4)	52(28,6)	182	1,0	>0,05
Không	116(71,2)	47(28,8)	163	0,6 – 1,6	
<b>Rối loạn lipid máu</b>					
Có	128 (69,6)	56 (30,4)	184	0,8	>0,05
Không	118 (73,3)	43 (26,7)	161	0,5 – 1,3	

Kết quả ở bảng 3.28 cho thấy, bệnh về mắt liên quan chặt chẽ với yếu tố tuổi, tuổi càng cao thì mắc bệnh về mắt càng nhiều ( $p < 0,001$ ). Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh về mắt ở NCT và các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu song trên thực tế người bị ĐTĐ có nguy cơ mắc bệnh về mắt cao hơn người không bị ĐTĐ, nữ giới có nguy cơ mắc bệnh về mắt cao hơn nam giới.

Trong 5 nhóm bệnh mạn tính ở NCT được nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: trung bình mỗi NCT mắc 2,54 bệnh mạn tính; trong đó có 1,2% NCT mắc cả 5 nhóm bệnh.

### 3.3. Kết quả triển khai mô hình can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT

#### 3.3.1. Đánh giá trước can thiệp

##### 3.3.1.1. Kiến thức, thực hành của NCT về phòng chống bệnh THA

Có 345 NCT được phỏng vấn trực tiếp (sau khi khám lâm sàng và làm xét nghiệm máu) để tìm hiểu về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh THA của NCT. Hoạt động này được tiến hành đồng thời với đánh giá tình hình sức khỏe NCT và các

yếu tố ảnh hưởng. Sau đó, chúng tôi tiến hành 2 cuộc thảo luận nhóm ở xã Tam Thanh để xác định lý do NCT chưa có kiến thức về phòng chống bệnh THA và cách thức tác động phù hợp. Có 18 NCT tham gia thảo luận được chia thành 02 nhóm: Nhóm có THA (5 nam; 4 nữ); nhóm không bị tăng huyết áp (3 nam, 6 nữ) Kết quả cụ thể như sau:

Đa số ý kiến của NCT cho rằng đã nghe và biết về bệnh tăng huyết áp đặc biệt ở nhóm có tăng huyết áp. Song NCT chưa biết về chỉ số huyết áp bình thường.

*“...Chúng tôi không giải thích được vì hôm nào thấy đau đầu chóng mặt thì lên bác sỹ họ đo và họ bảo là cao HA chứ tối đa hay tối thiểu thì chúng tôi chưa thể biết được..”* (NCT nam)

Khi thảo luận về nội dung **“những người nào có nguy cơ bị tăng huyết áp?”** chúng tôi nhận thấy NCT tham gia thảo luận đã biết một số những đối tượng có nguy cơ, tập trung vào những nguy cơ như lạm dụng rượu, bia, ăn nhiều mỡ, thừa cân

*“...thường những người cao tuổi áp huyết tăng cũng do uống rượu bia, thứ 2 nữa là... mình cứ ăn cơm rau là nó đỡ ấy mà, béo nhiều thì huyết áp nó cũng cao theo tôi nghĩ là như vậy...”* (NCT nữ)

Hay *“...thường là những người ăn các chất nhiều, béo phì quá còn những người không béo lắm, người ta ăn uống bình thường thì không bị THA”*

*Bảng 3.29. Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh tăng huyết áp[n(%)]*

<b>Cách phòng bệnh THA</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (N=345)</b>	<b>P</b>
Ăn nhiều cá	7(4,4)	4(2,2)	11(3,2)	>0,05
Không hút thuốc lá	57(35,8)	70(37,6)	127(36,8)	>0,05
Không thừa cân, béo phì	93(58,5)	108(58,1)	201(58,3)	>0,05
Không ăn mặn	105(66,0)	126(67,7)	231(67,0)	>0,05
Ít ăn mỡ động vật	10(6,3)	14(7,5)	24(7,0)	>0,05
Hoạt động thể lực	96(60,4)	121(65,1)	217 (62,9)	>0,05
Không uống rượu bia	51(32,1)	66(35,5)	117(33,9)	>0,05
Ăn uống nhiều đồ ngọt	7(4,4)	9(4,8)	16(4,6)	>0,05
Tránh căng thẳng	16(10,1)	16(8,6)	32(9,3)	>0,05
Không ăn thức ăn chiên	12(7,5)	14(7,5)	26(7,5)	>0,05
Ăn nhiều hoa quả.	26 (16,4)	32 (17,2)	58(16,8)	>0,05

Kiến thức của NCT về các cách phòng bệnh THA còn hạn chế. Biện pháp được nhiều NCT biết là không ăn mặn (67%), ít hoạt động thể lực (62,9%), thừa cân béo phì (58,3%) không hút thuốc lá (36,8%), không uống rượu (33,9%)...

Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh THA trình bày ở bảng 3.29 cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tuy nhiên, kiến thức về phòng bệnh tăng huyết áp của NCT ở nhóm có THA cao hơn nhóm không tăng huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điều này được minh họa rõ hơn qua ví dụ một ý kiến phát biểu của NCT nam ở nhóm tăng huyết áp:

*“...Như tôi khi đã được bác sỹ chẩn đoán THA thì tôi phải chú ý tới bản thân như ăn uống, thể dục thể thao, vệ sinh, không rượu chè, cà phê và nhất là không hút thuốc lá. Mình phải tự lo cho mình chứ cứ vui thú thì hậu quả chính mình lại phải gánh, mình phải kiên quyết bỏ các chất kích thích...”* (NCT nam)

*Bảng 3.30. Kiến thức của người cao tuổi về biến chứng của bệnh tăng huyết áp [n (%)]*

<b>Biến chứng</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (n=345)</b>	<b>p</b>
Đột quy; TBMMN	18 (11,3)	25 (13,4)	43 (12,5)	>0,05
Giảm trí nhớ	0	0	0	-
Nhồi máu cơ tim	0(0,0)	4 (2,2)	4 (1,2)	>0,05
Suy thận	0	1(0,4)	1(0,2)	>0,05
Giảm thị lực, mù lòa	1 (0,6)	0(0,0)	2(0,4)	-
Đau đầu	6 (3,8)	3 (1,6)	9 (2,6)	>0,05
Mặt đỏ bừng	7 (4,4)	11 (5,9)	18 (5,2)	>0,05

Kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh THA rất thấp đặc biệt là các biến chứng về thận, mắt. Biến chứng được nhiều NCT biết đến nhất đó là tai biến mạch máu não - đột quy nhưng cũng chỉ có 12,5% NCT nhắc đến (bảng 3.30). Không có sự khác biệt nào giữa kiến thức về biến chứng của bệnh THA giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng ( $p > 0,05$ ).

Kết quả thảo luận nhóm cũng tương tự như kết quả nghiên cứu định lượng:

*“...Tai biến mạch máu não...”* ( NCT nam)

Ý kiến của hầu hết những NCT tham gia thảo luận khi được hỏi về biến chứng của bệnh tăng huyết áp. Biến chứng khác được NCT nhắc đến là “tử vong”. Các biến chứng khác của bệnh tăng huyết áp không thấy được nói đến trong các ý kiến tham gia của NCT.

*Bảng 3.31. Nguồn cung cấp thông tin cho NCT về bệnh THA*

<b>Nguồn cung cấp thông tin</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (N=345)</b>	<b>P</b>
Bạn bè	44 (27,7)	44 (23,7)	88(25,5)	>0,05
Truyền hình, Đài	42(26,4)	82(33,3)	124(35,9)	>0,05
Sách báo	5(3,1)	6(3,2)	11(3,2)	>0,05
Cán bộ y tế	89(56,0)	100(53,8)	189(54,8)	>0,05

Kiến thức của NCT về bệnh THA được cung cấp bởi ba nguồn thông tin chính đó là cán bộ Y tế (54,8%), truyền hình (35,9%), và bạn bè (25,5%). Điều này được làm rõ hơn trong kết quả thảo luận nhóm;

“...Chúng tôi xem TV đôi khi trên TV vẫn nói về THA từ đó chúng tôi học hỏi và chúng tôi đi bác sỹ, bác sỹ nói thì chúng tôi cũng hiểu ra ...”

*Bảng 3.32. Tỷ lệ NCT được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp[n(%)]*

<b>Nội dung</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (N=345)</b>	<b>P</b>
<b>Có đi đo huyết áp trong 6 tháng (n=345)</b>				
Có	112 (70,4)	154 ( 82,8)	266 (77,1)	<b>&lt;0,05</b>
Không	47(29,6)	32 (17,2)	79 (22,9)	
<b>Được CBYT chẩn đoán THA (n=266)</b>				
Có	44 (39,3)	65 (42,2)	109 (41,0)	>0,05
Không	68 (60,7)	89 (57,8)	157 (59,0)	
<b>Uống thuốc điều trị THA</b>				
Có	21 (45,7)	28 (43,8)	49 (44,5)	>0,05
Không	25 (54,3)	36 (56,2)	61 (55,5)	
<b>Uống thuốc hàng ngày theo đơn</b>				
Có	17 (81,0)	25 (89,3)	42 (85,7)	>0,05
Không	4 (19,0)	3 (10,7)	13 (14,3)	

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn NCT về thực trạng kiểm tra huyết áp ở NCT trong khoảng thời gian 6 tháng, trong số những NCT đi đo huyết áp, nhóm nghiên cứu tiếp tục phỏng vấn xem họ có được CBYT chẩn đoán THA hay không, nếu bị THA thì họ có điều trị không... Kết quả được trình bày ở bảng 3.32 cho thấy có 266 NCT đi kiểm tra huyết áp trong khoảng thời gian 6 tháng, tỷ lệ NCT đi kiểm tra huyết áp ở nhóm chứng (82,8%) cao hơn ở nhóm can thiệp (70,4%) ( $p < 0,05$ ).

Trong số 266 NCT đi kiểm tra huyết áp có 109 NCT được CBYT chẩn đoán bị THA chiếm 41,0%. Tỷ lệ này ở nhóm can thiệp là 39,3 % tương tự nhóm đối chứng (42,2 %) với  $p > 0,05$ .

Hơn một nửa (55,5%) số NCT được chẩn đoán THA không điều trị. Hơn 80% số những NCT có điều trị bệnh THA sử dụng thuốc đều đặn, còn khoảng 14% NCT không uống thuốc đều đặn. Lý do chủ yếu khiến NCT không uống thuốc điều trị đều là quên, hoặc cho rằng khi nào cần thì mới uống.

*Bảng 3.33. Nhu cầu được cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp của NCT [n(%)]*

<b>Nội dung</b>	<b>Tam Thanh (n=159)</b>	<b>Thành Lợi (n=186)</b>	<b>Chung (N=345)</b>	<b>P</b>
<b>Có nhu cầu được cung cấp thông tin (n=341)</b>				
Có	129(83,2)	165(88,7)	294(86,2)	>0,05
Không	26(16,8)	21(11,3)	47(13,8)	
<b>Loại hình cung cấp thông tin được NCT mong muốn (n = 294)</b>				
Tờ rơi	28(21,7)	19(11,5)	47(16,0)	<0,05
Nói chuyện chuyên đề	37(28,7)	35(21,2)	72(24,5)	>0,05
Trực tiếp từ CBYT	76(58,9)	102(61,8)	178(60,5)	>0,05
Loa truyền thanh	33(25,6)	10(6,1)	43(14,6)	<0,05
Tivi, đài	3(2,3)	12(7,3)	15(5,1)	>0,05

Trong số 294 NCT mong muốn được cung cấp thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp có tới 60,5% muốn được truyền thông trực tiếp từ CBYT, tiếp tục theo thứ tự giảm dần là các hình thức nói chuyện chuyên đề 24,5%, phát tờ rơi (16%)...thấp nhất

là qua chương trình truyền hình (5,1%). Mong muốn của NCT được nhận thông tin theo hình thức tờ rơi ở xã Tam Thanh (21,7%) cao hơn ở xã Thành Lợi (11,5%) với  $p < 0,05$

Kết quả thảo luận về những rào cản tiếp cận với thông tin phòng chống THA cho thấy, đa số NCT đều cho rằng “...*Chúng tôi già rồi, tai nghe kém nên đi nghe nói chuyện thì câu được câu mất...*” (NCT nữ)

hay

“...*mắt kém nên nhiều người cũng không đọc được*” (NCT Nam)

### 3.3.1.2. Công tác chăm sóc sức khỏe NCT của Y tế xã

Nghiên cứu đã tiến hành 3 cuộc thảo luận nhóm với các Trưởng trạm Y tế xã (18 người). Mục đích của các cuộc thảo luận nhóm là tìm hiểu thêm về công tác chăm sóc sức khỏe NCT của Y tế xã, từ đó tìm ra những mặt còn hạn chế để can thiệp.

#### - **Công tác xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho NCT**

Mô hình bệnh tật là cơ sở để xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho NCT trên địa bàn trong một giai đoạn nhất định. Vì vậy, câu hỏi đầu tiên chúng tôi đưa ra thảo luận là: *Anh/chị có nhận xét gì về tình hình bệnh tật ở người cao tuổi của xã nhà?* Đa số ý kiến của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều cho rằng: “...*Nói chung đã là những người cao tuổi thì bệnh về xương khớp thì nhiều, bệnh cao huyết áp, tim mạch, viêm phổi, viêm phế quản, một số bệnh mới nổi lên bệnh nội tiết như bệnh tiểu đường phát triển nhiều...*” (Nam BS xã TT). Còn các bệnh cấp tính cũng có nhưng không phổ biến bằng các bệnh mạn tính.

Trả lời câu hỏi “*Đơn vị có tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho NCT hàng năm không?*”, đa số Trưởng trạm Y tế đều khẳng định là có tổ chức. Tuy nhiên, cách tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho NCT thực hiện không giống nhau giữa các đơn vị, một nửa số trạm tổ chức khám đồng loạt cho NCT trong xã, một nửa còn lại tổ chức khám theo “*lũy tre xanh*” tức là khám theo đơn vị thôn và quay vòng đến khi kết các thôn trong xã. Đa số ý kiến cho rằng “...*Công việc khám chữa bệnh cho người cao tuổi là một công việc chưa được quan tâm đúng mức, chưa đưa thành một nội dung kỹ càng, bài bản*” (Nam BS xã LB)

#### - **Nguồn lực chăm sóc sức khỏe cho NCT tại Y tế xã**

Có thể nói, nhân lực (yếu tố con người) là yếu tố quan trọng nhất trong các yếu tố nguồn lực để chăm sóc sức khỏe cho NCT vì muốn chăm sóc sức khỏe cho NCT có chất lượng tốt thì cần phải có đủ cán bộ y tế có trình độ chuyên môn vững, được đào tạo đầy

đủ, đúng về chuyên ngành và các kiến thức hỗ trợ. Tuy nhiên, đa số các cơ sở y tế xã/thị trấn công việc chăm sóc NCT chỉ được thực hiện bởi Trưởng trạm “...*Mặc dù chăm sóc sức khỏe cho NCT là công việc phải làm nhưng trạm Y tế chưa làm được vì điều quan trọng nhất là không có con người. Ví dụ trạm chúng tôi có 7 người nhưng những người có thể thực hiện được không có nhiều. Để làm được phải có kiến thức về chuyên môn, xã hội, tâm lý mà anh không biết thì anh cũng không làm được...*” (Nam BS xã TT)

Trong khi đó, đa số Trưởng trạm Y tế xã thừa nhận rằng nhiều bệnh mạn tính ở NCT nằm ngoài khả năng của cán bộ y tế cơ sở do không được đào tạo ví dụ tăng huyết áp, đái tháo đường; sa sút trí tuệ, thừa cân béo phì...

“*Đúng ra phải trang bị kiến thức về lão khoa cho các cán bộ y tế xã vì hiện nay, số người cao tuổi nhiều, mô hình bệnh tật thay đổi nhiều ví dụ như thừa cân, béo phì, đái tháo đường trước đây rất ít nhưng bây giờ lại phổ biến vì vậy cán bộ y tế cần phải được đào tạo về lão khoa nhiều hơn ...*” ( Nam BS xã KT)

Hơn nữa, “...*Y tế xã phải đảm nhiệm quá nhiều chương trình, nội dung công việc vì vậy mặc dù biết chăm sóc sức khỏe NCT là nội dung quan trọng nhưng không có người và không có kinh phí để làm...*” (Nữ BS xã ĐT)

Như vậy, việc chăm sóc sức khỏe NCT hiện nay ở các cơ sở y tế xã chủ yếu tập trung khám sức khỏe khi NCT có nhu cầu như các đối tượng khác, công việc chăm sóc sức khỏe, tư vấn còn nhiều khó khăn do thiếu nhân lực, trình độ chuyên môn hạn chế và thiếu trang thiết bị, kinh phí cho việc lập kế hoạch chăm sóc cho NCT.

### **Công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe cho NCT**

Theo đa số ý kiến của những người tham gia thảo luận, việc truyền thông \_ GDSK cho NCT là công việc được y tế cơ sở thực hiện khá thường xuyên nhưng chủ yếu dưới hai hình thức “...*truyền thông chủ yếu bằng phương pháp gián tiếp, tuyên truyền loa đài, còn về trực tiếp thì hầu như các cụ đến với chúng ta còn chúng ta không có kế hoạch chủ động đến với các cụ...*”( Nam BS xã QT), một số trạm có tổ chức tuyên truyền trực tiếp (nói chuyện chuyên đề) khi Hội NCT yêu cầu nhân dịp họp Hội NCT.

Việc truyền thông trực tiếp khi NCT chủ động đến với y tế cơ sở cũng gặp phải rất nhiều khó khăn do thiếu nhân lực “...*Khó khăn nhất khi tư vấn cho NCT đó là thiếu nhân lực, ...*” (Nam BS xã ĐA)



### **Tóm lại:**

Công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi của y tế cơ sở còn nhiều hạn chế cụ thể là:

- Y tế cơ sở chưa chủ động trong xây dựng và triển khai kế hoạch chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

- Còn thiếu nguồn lực phục vụ cho hoạt động chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Đặc biệt là đa số CBYT đều chưa được đào tạo hoặc đào tạo rất ít về lão khoa.

- Hoạt động truyền thông – GDSK cho NCT đã được y tế xã quan tâm thực hiện nhưng còn hình thức, kém hiệu quả.

#### *3.3.1.3. Kết quả nghiên cứu chuyên gia*

Có 15 chuyên gia đồng ý tham gia nghiên cứu, 5 chuyên gia thuộc lĩnh vực Y tế công cộng – là những giảng viên có học vị tiến sĩ của trường Đại học Y- Dược Thái Bình, Đại học Y khoa Hà Nội và Đại học Y tế công cộng; 5 chuyên gia thuộc lĩnh vực Lão khoa – đang công tác tại Viện Lão khoa Trung ương và 5 Trưởng trạm Y tế của 5 xã thuộc huyện Vụ Bản. Trong đó có 11 nam, 4 nữ; 8 người có trình độ tiến sĩ; 07 bác sĩ/thạc sĩ.

*Bảng 3.34. Kết quả 3 vòng xin ý kiến chuyên gia về các giải pháp can thiệp ưu tiên*

<b>Vòng 1</b>	<b>Ý kiến chuyên gia</b>	<b>Số lượng</b>
	Đồng thuận	4
	Không đồng thuận	3
	Chỉnh sửa	3
	Bổ sung	0
<b>Vòng 2</b>		
	Đồng thuận	4
	Không đồng thuận	4
	Chỉnh sửa	2
	Bổ sung	0
<b>Vòng 3</b>		
	Đồng thuận	3
	Không đồng thuận	5

Để lựa chọn giải pháp can thiệp ưu tiên, trên cơ sở kết quả nghiên cứu mô tả chúng tôi đề xuất 10 giải pháp can thiệp nâng cao sức khỏe NCT trên địa bàn xã Tam Thanh và xin ý kiến các chuyên gia bằng cách tính điểm theo thang điểm Likert theo mức độ cần thiết phải thực hiện giải pháp (0 điểm = rất không quan trọng ;...4 điểm = rất quan trọng). Giải pháp được cho là đạt được sự đồng thuận khi số điểm trung bình của giải pháp đó  $\geq 3,25$ .

Kết quả được trình bày ở bảng 3.34 cho thấy: Vòng 1 có 4 giải pháp đạt được đồng thuận; 3 giải pháp không nhận được sự đồng thuận và 3 giải pháp cần chỉnh sửa. Vòng 2 có 4 giải pháp đạt được sự đồng thuận, 04 giải pháp không đạt được sự đồng thuận, 02 giải pháp cần chỉnh sửa. Vòng 3: có 3 giải pháp đạt được sự đồng thuận và 5 giải pháp không đạt được sự đồng thuận.

03 giải pháp đạt được sự đồng thuận gồm: (1) Xây dựng một mô hình truyền thông mới phù hợp với người cao tuổi trên địa bàn; (2) Đào tạo liên tục cho cán bộ y tế cơ sở về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và (3) Xây dựng cơ chế phối hợp hiệu quả giữa các ban, ngành trong hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT tại cộng đồng.

Giải thích cho việc lựa chọn giải pháp “Xây dựng mô hình truyền thông mới phù hợp với NCT trên địa bàn” hầu hết các chuyên thuộc lĩnh vực Y tế cộng đồng cho rằng đây là giải pháp có tính khả thi cao, có tính bền vững và kinh tế; trong khi đó các chuyên gia thuộc lĩnh vực Lão khoa và Y tế xã thì cho rằng giải pháp này phù hợp với đối tượng NCT và là giải pháp đảm bảo tính hiệu quả cao.

### ***3.3.2. Kết quả hoạt động can thiệp***

#### ***Căn cứ xây dựng nội dung và hình thức can thiệp***

Chúng tôi dựa vào kết quả đánh giá ban đầu kiến thức – thực hành của NCT về phòng chống bệnh THA; kết quả nghiên cứu về công tác GDSK cho NCT của Y tế xã; kết quả thăm dò ý kiến các chuyên gia và những chỉ dẫn của Bộ Y tế về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp để làm căn cứ xây dựng nội dung can thiệp cụ thể là:

(i) Tỷ lệ NCT mắc bệnh THA cao hơn (50%). Trong khi kiến thức – thực hành về biện pháp phòng chống bệnh THA ở NCT còn hạn chế;

(ii) Hơn 80% NCT có nhu cầu được cung cấp thông tin về biện pháp phòng chống bệnh THA. Loại hình cung cấp thông tin được NCT thích thú nhất là truyền thông truyền thông trực tiếp kết hợp với nói chuyện chuyên đề và phát tờ rơi;

(iii) Hoạt động GDSK của Y tế xã chưa đáp ứng được nhu cầu của NCT

(iv) Đa số chuyên gia đồng thuận với cách thức và nội dung can thiệp do nhóm nghiên cứu đề xuất.

(v) Bộ Y tế đã có tài liệu truyền thông về phòng chống bệnh THA và tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh THA

Dựa trên thực tế này, với mục tiêu nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT, các nội dung can thiệp được xây dựng trên cơ sở hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế và tài liệu truyền thông của “*dự án quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp*” .

### **Nguyên tắc can thiệp**

Để đảm bảo nội dung can thiệp được duy trì một cách bền vững, nội dung can thiệp được thực hiện trên nguyên tắc (i) dựa vào hệ thống có sẵn (ii) dựa trên thực tiễn và (iii) hình thức đơn giản, dễ thực hiện.

### **Các hoạt động can thiệp**

- Can thiệp nhóm lớn với hình thức Tuyên truyền - giáo dục sức khỏe thông qua 6 buổi nói chuyện chuyên đề (tại Hội trường UBND xã)

Tư vấn trực tiếp tại nhà cho NCT 3 tháng/ lần. Trong quá trình đi thực tế tại cơ sở Y tế xã, sinh viên Điều dưỡng được tập huấn về nội dung và kỹ năng tư vấn tại nhà cho NCT về phòng chống bệnh THA theo quy trình truyền thông trực tiếp.

Điểm mấu chốt của mô hình này là sinh viên không truyền thông hết các nội dung theo trình tự đã ghi trong tài liệu mà phải lắng nghe NCT để xác định những kiến thức – thực hành phòng chống bệnh THA nào NCT đã biết, đã thực hiện, những kiến thức – thực hành phòng chống bệnh THA nào NCT còn thiếu để bổ sung thông tin, giải thích về lợi ích của việc thực hành các biện pháp phòng bệnh THA cho NCT. Đồng thời, cung cấp tài liệu hướng dẫn cách phòng chống bệnh THA với cỡ chữ to, phù hợp với NCT.

### **Kết quả hoạt động can thiệp**

Tham gia hoạt động can thiệp có 02 chuyên gia Viện Lão khoa; 6 cán bộ Trạm Y tế xã Tam Thanh; 4 giảng viên và 100 sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy khóa 4.

Về nguyên tắc chúng tôi phải tiến hành can thiệp cho 780 NCT của xã. Thực tế chỉ có 450 NCT tham gia các buổi giáo dục sức khỏe nhóm lớn chiếm tỷ lệ 57,7%; 380 NCT được truyền thông trực tiếp tại nhà tại nhà ít nhất 1 lần (48,7%).

Trong 109 NCT được chọn vào mẫu nghiên cứu can thiệp có 78,9% tư vấn đủ 3 lần, 87,2% NCT được tư vấn 2 lần và 100% NCT được tư vấn ít nhất 1 lần.

### 3.3.3.Đánh giá kết quả sau can thiệp

#### 3.3.3.1.Thay đổi về kiến thức phòng chống bệnh THA

Điều tra sau can thiệp được thực hiện trên 257 NCT, trong đó có 109 NCT ở nhóm can thiệp và 148 NCT ở nhóm chứng. Kết quả đánh giá sau can thiệp được so sánh với kết quả điều tra trước can thiệp để tìm ra mức độ thay đổi sau khi can thiệp.

Bảng 3.35. Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh THA trước và sau can thiệp

Cách phòng bệnh THA	Nhóm chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước	Sau	CSHQ (%)	Trước	Sau	p	CSHQ (%)
Không hút thuốc lá*	70(37,6)	60(40,5)	7,7	57(35,8)	60(55,0)	<0,05	53,6
Không béo phì*	108(58,1)	90(60,8)	4,6	93(58,5)	76(69,7)	<0,05	18,6
Không ăn mặn	126(67,7)	102(68,9)	1,8	105(66,0)	80(73,4)	>0,05	11,2
Ăn ít mỡ động vật**	14(7,5)	14(9,5)	26,6	10(6,3)	39(35,8)	<0,01	468,3
Hoạt động thể lực	121(65,1)	97(65,5)	0,6	96(60,4)	78(71,6)	>0,05	18,5
Không uống rượu *	66(35,5)	59(39,9)	12,4	51(32,1)	66(60,6)	<0,05	88,8
Tránh căng thẳng**	16(8,6)	19 (12,8)	48,8	16(10,1)	43(39,4)	<0,01	293
Không ăn TA CBS**	14(7,5)	19(12,8)	70,6	12(7,5)	57(52,3)	<0,01	597,3
Ăn nhiều rau, quả**	32 (17,2)	32(21,6)	25,6	26 (16,4)	58(53,2)	<0,01	224,4

\*\* Sự khác biệt về CSHQ giữa 2 xã là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,01$

\* Sự khác biệt về CSHQ giữa 2 xã là có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$

Chỉ số được sử dụng để đo lường trước và sau can thiệp gồm: kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh tăng huyết áp, kiến thức của người cao tuổi về cách phòng, chống bệnh tăng huyết áp. Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe NCT

như: thói quen tập thể dục; thói quen hút thuốc, thói quen sử dụng rượu quá mức của NCT, thói quen dinh dưỡng.

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).

*Bảng 3.36. Kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh THA trước và sau can thiệp*

Biến chứng của bệnh THA	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước	Sau	CSHQ (%)	Trước	Sau	p	CSHQ (%)
	n=186	n= 148		n= 159	n= 109		
<b>Đột quỵ** TBMM</b>	23(12,4)	21(14,2)	14,5	17(10,7)	58(53,2)	<0,01	<b>397,2</b>
<b>Giảm trí nhớ</b>	0(0,0)	0(0,0)	-	0(0,0)	2(1,8)	-	-
<b>Nhồi máu CT</b>	4(2,2)	6(4,7)	113,6	0(0,0)	12(11,0)	-	-
<b>Suy thận</b>	1(0,4)	0(0,0)	-	0(0,0)	0(0,0)	-	-
<b>Giảm thị lực,</b>	0(0,0)	0(0,0)	-	1(0,6)	2(1,8)	-	<b>200,0</b>

*\*\* Sự khác biệt về CSHQ giữa 2 xã là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$*

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 về biến chứng của bệnh tăng huyết áp được cải thiện hơn, biến chứng được nhiều NCT nhớ nhất là tai biến mạch máu não, đột quỵ ( $p < 0,0001$ ) tiếp theo là nhồi máu cơ tim. Vẫn có rất ít NCT nhớ được các biến chứng giảm trí nhớ, tổn thương võng mạc đặc biệt là suy thận thì vẫn chưa NCT nào nhắc tới sau can thiệp.

### 3.3.3.2. Thay đổi về thực hành phòng chống bệnh THA

Bảng 3.37. Sự quan tâm và tuân thủ điều trị bệnh THA của NCT trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=186	Sau n =148	CSHQ (%)	Trước n= 159	Sau n= 109	p	CSHQ (%)
Kiểm tra HA	154(82,8)	111(75,0)	-9,4	112(70,4)	77(70,6)	>0,05	0,3
Biết bị THA	65(42,2)	54(62,8)	48,8	44(39,3)	48(62,3)	>0,05	58,5
Có điều trị THA*	28(43,8)	28(51,9)	18,5	21(45,7)	40(83,3)	<0,05	82,3

\* Sự khác biệt về CSHQ giữa 2 xã là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Theo dõi và duy trì điều trị bệnh là một trong những nội dung can thiệp nâng cao kiến thức cho NCT về phòng chống bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.37 cho thấy, tỷ lệ NCT đo huyết áp thường kỳ chưa có nhiều sự cải thiện. Tuy nhiên, tỷ lệ NCT biết mình bị THA được cải thiện đáng kể đặc biệt là tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Bảng 3.38. Thói quen ăn uống của người cao tuổi trước và sau can thiệp.

Thói quen dinh dưỡng	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước	Sau	CSHQ (%)	Trước	Sau	p	CSHQ (%)
	n=186	n = 148		n= 159	n= 109		
Thích ăn thức ăn chiên/rán	69(37,1)	59(39,9)	7,6	64(40,3)	46(42,2)	>0,05	4,7
Ăn TA bảo quản lâu*	79(42,5)	69(46,6)	9,7	75(47,2)	25(22,9)	<0,05	-52,1
Ăn nhiều gia vị	46(24,7)	40(27,1)	9,3	37(23,9)	27(24,8)	>0,05	3,8
Thử ăn giảm muối*	17(9,1)	12(8,1)	-11,0	18(11,3)	17(15,6)	<0,05	38,1

\* Sự khác biệt về CSHQ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Số NCT thử ăn giảm muối sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp và so với nhóm chứng, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Thói quen ăn thức ăn chiên vẫn được NCT duy trì, sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp cũng như giữa nhóm

chứng và nhóm can thiệp là không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Thói quen ăn thức ăn bảo quản lâu ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm chứng và so với trước can thiệp với  $p<0,05$ . Thói quen ăn nhiều gia vị ở NCT nhóm can thiệp không được cải thiện so với nhóm chứng, và so với trước can thiệp.

*Bảng 3.39. Một số thói quen của người cao tuổi trước và sau can thiệp*

Thói quen không có lợi cho sức khỏe	Nhóm đối chứng			Nhóm can thiệp			
	Trước n=186	Sau n= 148	CSHQ (%)	Trước n= 159	Sau n=109	p	CSHQ (%)
Hút thuốc lá	13(7,0)	6(4,1)	- 41,4	13(8,2)	6(5,5)	>0,05	- 32,9
Lạm dụng rượu	17(9,1)	12(8,1)	-11,0	9(5,7)	4(3,7)	>0,05	-26,0
<b>Tập thể thao*</b>	<b>83(44,6)</b>	<b>72(48,6)</b>	<b>2,4</b>	<b>80(50,3)</b>	<b>64(58,7)</b>	<b>&lt;0,05</b>	<b>16,7</b>

\* Sự khác biệt về CSHQ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$

Ba thói quen của NCT đều được cải thiện sau can thiệp so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Trước can thiệp có 8,2% NCT còn hút thuốc, đến sau can thiệp, tỷ lệ này chỉ còn 5,5%, CSHQ(%) = -32,9. Hiệu quả của can thiệp được ghi nhận bởi sự thay đổi hành vi tập thể dục thể thao ở nhóm can thiệp tăng gần 10% (CSHQ% = 16,7 %), tỷ lệ này ở nhóm chứng cũng tăng nhưng thấp hơn so với nhóm can thiệp ( $p<0,05$ )

## **Chương IV**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1.Sức khỏe người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng đến một số bệnh**

##### ***4.1.1. Thực trạng sức khỏe người cao tuổi***

Thực trạng sức khỏe NCT trong nghiên cứu của chúng tôi được đề cập tới ở 3 khía cạnh: (1) NCT tự đánh giá về tình trạng sức khỏe của họ; (2) Qua phỏng vấn về tình trạng sức khỏe nói chung và (3) Tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính thường gặp. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung chủ yếu vào một số bệnh mạn tính ở NCT nên trình bày ở một mục riêng (4.2)

##### *Tự đánh giá của người cao tuổi về tình trạng sức khỏe*

Kết quả nghiên cứu về tình trạng sức khỏe tự đánh giá của người cao tuổi cho thấy, số NCT tự đánh giá có sức khỏe kém chiếm 30,4%, đa số người cao tuổi cho rằng sức khỏe của họ ở mức độ trung bình (64,7%), chỉ có 4,9% NCT đánh giá sức khỏe ở mức độ tốt (bảng 3.3)

Kết quả của một số nghiên cứu gần đây ở Việt Nam cho thấy, tỷ lệ NCT tự đánh giá sức khỏe kém dao động từ 24–35%; NCT tự đánh giá sức khỏe tốt và rất tốt dao động từ 6,3% đến 11,2%. Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành đánh giá ban đầu trên 958 NCT làm cơ sở cho việc xây dựng mô hình can thiệp nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi thông qua sự tham gia tích cực tại Tiền Hải, Thái Bình năm 2010 thì có tới 34,7% cho rằng sức khỏe kém và 9,5% rất kém, 47,5% cho rằng mình có sức khỏe bình thường, NCT tự đánh giá khỏe và rất khỏe chiếm 8,1% [2]. Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh năm 2010 nghiên cứu sức khỏe, chăm sóc sức khỏe trên 870 NCT tại huyện Chí Linh tỉnh Hải Dương cho thấy có 57,7% NCT tự đánh giá số sức khỏe kém và rất kém, chỉ có 6,3% NCT cho rằng mình có sức khỏe tốt và rất tốt [40]. Năm 2005, Nguyễn Thế Huệ nghiên cứu về thu nhập và mức sống NCT tại 5 tỉnh/ thành phố trong cả nước phát hiện thấy có 38,9% NCT cho rằng có sức khỏe yếu, 11,2% NCT cho rằng có sức khỏe tốt [28]. Năm 2003, Vũ Viết Hùng và cộng sự nghiên cứu tình hình sức khỏe, bệnh tật và nhu cầu chăm sóc y tế của NCT tỉnh Nam Định cho kết quả



9% NCT có sức khỏe tốt, 67% NCT có sức khỏe mức độ trung bình và sức khỏe yếu chiếm 24% [29].

Kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài rất khác với kết quả nghiên cứu ở Việt Nam. Năm 2012, F. F. Reichert và cộng sự nghiên cứu trên 385 NCT ở Brazil cho thấy, có 49,4% NCT tự đánh giá sức khỏe kém, những người cao tuổi cả hai giới có mức sống thấp và có bệnh đánh giá sức khỏe kém hơn so với NCT có mức sống cao [120].

Tình trạng tự đánh giá sức khỏe của NCT có sự khác nhau về tỷ lệ giữa các cuộc điều tra cho thấy việc tự đánh giá tình trạng sức khỏe của bản thân thường mang tính chủ quan của người được phỏng vấn, do vậy có thể có sự cảm nhận khác nhau giữa các cá thể. Hơn nữa, trạng thái khi trả lời phỏng vấn cũng ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu. Tuy nhiên, tự đánh giá tình trạng sức khỏe của người cao tuổi cũng là một kênh cần thiết trong việc đánh giá sức khỏe NCT.

#### *Tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi.*

Kết quả nghiên cứu trình bày ở hình 3.3 cho thấy có 37,4% có đi khám bệnh trong vòng 4 tuần (30 ngày), trong đó có 81,1% NCT phát hiện có bệnh khi đi khám, một số NCT đi khám định kỳ. Như vậy, nếu tính tỷ lệ NCT bị bệnh trong vòng 4 tuần trong toàn bộ mẫu (345 NCT) là 30,3%.

Tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu ở Việt Nam trong thời gian gần đây. Theo kết quả điều tra Y tế Quốc gia năm 2002 trong vòng 4 tuần (giữa 2 lần phỏng vấn) có hơn một nửa số NCT bị ốm [13]. Đàm Viết Cương và cộng sự tiến hành nghiên cứu “*đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam*” năm 2005 – 2006 trên 1.132 hộ gia đình có NCT ở 7 tỉnh /thành phố, kết quả cho thấy có khoảng 60% NCT bị ốm trong vòng 4 tuần [17]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thế Huệ năm 2005 cho thấy, có 52,9% NCT mắc bệnh trong giai đoạn điều tra [28].

Nhìn chung, tỷ lệ NCT mắc bệnh ở các nghiên cứu tương đối phân tán, lý do của sự khác biệt này có thể do cách thức thu thập số liệu không giống nhau hoặc do NCT nhớ nhầm (tỷ lệ NCT suy giảm trí nhớ tăng theo tuổi), đồng thời suy giảm chức năng nghe nhìn nên việc trả lời phỏng vấn có thể bị sai số. Đây là điểm **cần lưu ý** khi tiến hành nghiên cứu trên người cao tuổi bằng phương pháp phỏng vấn.

Theo quy luật sinh học thì người cao tuổi thường có sức khỏe kém hơn so với nhóm tuổi trưởng thành khác. Kết quả nghiên cứu này cung cấp thêm bằng chứng về tình trạng sức khỏe của NCT theo quy luật đó.

Bệnh không lây, bệnh mạn tính đang có xu hướng ngày càng gia tăng trong mô hình bệnh tật trên phạm vi toàn cầu, xu hướng đó thể hiện rõ nhất là ở người cao tuổi, Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng đó [142]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (phỏng vấn), chủ yếu NCT mắc các bệnh mạn tính trong đó nổi lên các bệnh như tim mạch chiếm tỷ lệ (24,3%), xương khớp (21,4%) ...

#### ***4.1.2. Một số thói quen không có lợi cho sức khỏe người cao tuổi***

Theo WHO, có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe NCT, trong đó yếu tố hành vi lối sống là những yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến quá trình hình thành và phát triển một số bệnh mạn tính nguy hiểm như: ung thư, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu... Đáng lưu ý là những yếu tố này có thể thay đổi được. Các yếu tố hành vi lối sống đang được quan tâm hiện nay là: hút thuốc lá, lạm dụng rượu, bia, ít hoạt động thể lực và thói quen ăn uống không hợp lý [139],[140],[142].

##### ***Hút thuốc lá***

Hút thuốc lá từ lâu đã được cho là nguyên nhân của ung thư phổi, tuy nhiên càng ngày các nhà khoa học càng phát hiện được nhiều hơn sự ảnh hưởng của thuốc lá đối với sức khỏe con người. WHO xếp thuốc lá là nguy cơ đứng thứ 2 trong 10 nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển [140]. Các bệnh có liên quan tới thuốc lá bao gồm: ung thư phổi (90%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (75%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (25%)... Theo báo cáo của WHO (2004), 12% tử vong của người từ 30 tuổi trở lên trên phạm vi toàn cầu được quy cho có liên quan đến thuốc lá (tỷ lệ này ở nam giới cao hơn nữ giới) [16],[140],[147].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 3.7 cho thấy, tỷ lệ NCT hiện còn đang hút thuốc là 7,5%, chủ yếu là nam giới.

Theo kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2001 – 2002, hơn một nửa nam giới từ 15 tuổi trở lên có hút thuốc lá, tỷ lệ này giảm dần theo tuổi từ 30 – 85.

Theo kết quả điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở Việt Nam (2010), có 23,8% người trưởng thành hiện đang hút thuốc (47,4% nam giới; 2,3% nữ giới) [14].

Hút thuốc lá là một thói quen không có lợi cho sức khỏe con người, theo kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế (2010), hầu hết người Việt Nam đã nhận thức được kết quả tiêu cực của hút thuốc lá song việc hút thuốc lá (hoặc cai thuốc lá) lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó yếu tố tuổi giữ một vai trò quan trọng, vì NCT thường kèm theo sức khỏe yếu nên họ không muốn hút thuốc. NCT trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao (72 tuổi). Cũng cần phải nói đến vai trò của chương trình phòng chống thuốc lá đã triển khai ở nước ta hàng chục năm nay và trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ NCT từng hút thuốc chiếm 17,7%. Như vậy, đã có khoảng 10% NCT bỏ thuốc trước khi nghiên cứu này diễn ra. Điều này có thể giải thích lý do có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu các tác giả khác.

#### ***Lạm dụng rượu, bia***

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, khái niệm sử dụng rượu bia quá mức là nam giới uống quá 3 cốc chuẩn/ ngày; nữ uống quá 2 cốc chuẩn/ ngày (một cốc chuẩn chứa 10 gram ethanol tương đương 330ml bia hoặc 120 ml rượu vang hoặc 30 ml rượu mạnh) [11].

Mặc dù sử dụng rượu hợp lý có thể mang lại những lợi ích không thể phủ nhận đặc biệt là đối với người có tuổi, làm tăng sự hưng phấn, tăng chất lượng cuộc sống [92]. Tuy nhiên, theo WHO, lạm dụng rượu (uống rượu quá mức) là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với sức khỏe toàn cầu, là nguyên nhân của hơn 60 bệnh, chấn thương và kết quả là khoảng 2,5 triệu người tử vong trên toàn cầu hàng năm liên quan đến lạm dụng rượu, bia [143].

Do những thay đổi về tâm sinh lý nên NCT thường sử dụng rượu, bia giảm đi so với người trẻ. Tỷ lệ NCT lạm dụng rượu, bia trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,5%. Tỷ lệ này ở nam là 20,9%, nữ là 1,3%.

Theo kết quả điều tra Y tế Quốc gia năm 2001-2002, tỷ lệ uống rượu bia ở nam giới nhóm tuổi trên 65 dưới 40%, tỷ lệ này ở nữ là dưới 10%, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ NCT sử dụng rượu bia trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự (19,8%) cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Trần Thị Mai Oanh nghiên cứu ở NCT huyện Chí Linh – Hải Dương cho kết quả có khoảng hơn 30% NCT sử dụng rượu, bia [40]. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, đây mới chỉ tính tỷ lệ NCT có uống rượu mà chưa tính tỷ lệ NCT sử dụng rượu bia quá mức.

Năm 2006, J. W. Culberson nghiên cứu ở Mỹ cho kết quả 33% NCT có sử dụng rượu, bia trong khoảng thời gian 30 ngày, 25% trong số này uống rượu hàng ngày (nam 31%; nữ 19%). Nghiên cứu trong các bệnh nhân nội trú từ 75 tuổi trở lên tại Pháp (2013) cho thấy có khoảng 44% NCT sử dụng rượu, người có vấn đề về tâm trí có tỷ lệ sử dụng rượu cao hơn. Tỷ lệ NCT sử dụng rượu trong một nghiên cứu ở Brazil (2010) là 8,2% , ở Anh khoảng 20% [74], [88], [92], [104].

Tóm lại, sử dụng rượu, bia cần phải được hiểu một cách đúng đắn để có lợi cho sức khỏe. lạm dụng rượu, bia sẽ ảnh hưởng không tốt tới sức khỏe. Do đó, trong các nghiên cứu về thói quen sử dụng rượu bia cần phải được làm rõ khái niệm này, trên cơ sở đó xác định đối tượng lạm dụng rượu, bia và đề ra phương thức can thiệp hợp lý, hiệu quả.

### ***Ít hoạt động thể lực***

Theo WHO, hoạt động thể lực thường xuyên có tác dụng cải thiện chức năng nội mô, kích thích quá trình ô xy hóa lipid, kích thích hoạt động của các Enzyme, tăng tính nhạy cảm của gan, cơ xương và mô mỡ đối với hoạt động của Insulin... trên cơ sở đó, hoạt động thể lực có vai trò nâng cao sức khỏe con người, đặc biệt là trong việc phòng các bệnh mạn tính như: các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu...[119],[130], [141].

Ít hoạt động thể lực được WHO xác định là một trong bốn yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được đối với việc phòng và kiểm soát các bệnh mạn tính [135], [21], [142], [144],[146]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ NCT không tập thể dục thường xuyên chiếm 52,8% (bảng 3.7).

Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả như: Trần Thị Mai Oanh (2010), có khoảng 50% NCT tập thể dục [40]; Nguyễn Lâm Việt [60] tiến hành nghiên cứu “*Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng*” tại xã Xuân Canh, Đông Anh – Hà Nội, kết quả có 60% NCT không tập thể dục thường xuyên.

Nguyễn Quốc Anh và Phạm Minh Sơn (2005) đã tiến hành nghiên cứu đặc trưng người cao tuổi Việt Nam và đánh giá các mô hình chăm sóc người cao tuổi đang áp dụng ở Việt Nam. Một trong những phát hiện của nghiên cứu này là tỷ lệ NCT tham gia các hoạt động thể lực, nâng cao sức khỏe còn hạn chế, chỉ có 13,8% NCT tham gia các câu lạc bộ dưỡng sinh (thành thị 23,3%; nông thôn 4,4%), tập trung chủ yếu vào NCT có tình trạng sức khỏe tốt (17,1%) và trung bình (56,1%). Đáng chú ý là 59,6% NCT có tình trạng sức khỏe hạn chế không quan tâm tới việc tập luyện thể thao [3].

Đối với NCT, có nhiều yếu tố cản trở họ nhận thức và thực hiện các hoạt động thể lực đúng theo chỉ dẫn. Năm 2001, K. M. Cooper và cộng sự tiến hành nghiên cứu những rào cản trong việc thực hiện các hoạt động thể lực ở người 60–80 tuổi cho thấy ở NCT đau, mệt mỏi, suy giảm chức năng của các giác quan là rất phổ biến và là yếu tố làm cản trở họ tham gia các hoạt động thể lực [73].

Như vậy, việc nâng cao nhận thức và thực hành các hoạt động thể lực cho NCT cần phải được xem xét một cách rất thận trọng giữa lợi ích và nguy cơ đối với sức khỏe NCT. Như đã đề cập ở trên, NCT thường mắc nhiều bệnh mạn tính và suy giảm chức năng, điều này hạn chế rất nhiều khả năng hoạt động của NCT. Do đó, với 52,8% NCT không tập thể dục, theo chúng tôi cũng là tỷ lệ có thể chấp nhận được. Hơn nữa, các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng có kết quả tương tự. Có một vấn đề đặt ra ở đây là NCT mắc bệnh khớp cao (> 70%), mà một số bệnh về khớp không có chỉ định tập luyện theo cách thông thường như đi bộ, trong khi có tới 67% NCT tập theo phương pháp này. Do đó cần có CBYT có chuyên môn hướng dẫn NCT tập luyện theo tình trạng sức khỏe cụ thể của NCT.

### ***Dinh dưỡng không hợp lý***

Dinh dưỡng hợp lý theo khuyến cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia (10 lời khuyên về dinh dưỡng giai đoạn 2006 – 2010) cần chú ý tới đủ về lượng, cân đối về chất và an toàn, trong đó có một số tiêu chí cụ thể đáng chú ý với NCT là: không ăn mặn; tăng cường ăn cá; ăn nhiều rau, quả; phối hợp dầu thực vật và mỡ động vật. Ngoài ra, trong tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế về phòng chống bệnh tăng huyết áp, chế độ dinh dưỡng cần hạn chế ăn các thức ăn chế biến theo hình thức chiên/rán và hạn chế ăn thức ăn bảo quản lâu như: dưa, cà...[11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NCT ăn mặn hơn người khác chiếm 24,3%, có 38,6% NCT có thói quen ăn thức ăn chiên/rán và 44,9% NCT có thói quen ăn thức ăn bảo quản lâu.

Phan Duy Tường [57] nghiên cứu tập tính và tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi xã Tam Hưng, Thanh Oai – Hà Tây (cũ) cho kết quả 30% NCT có thói quen ăn mặn. Tỷ lệ này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Thói quen dinh dưỡng là một nét văn hóa, gắn liền với phong tục tập quán của người dân. Việt Nam là một nước nghèo lại có nhiều thiên tai nên người dân có thói quen sử dụng thức ăn bảo quản lâu như dưa, cà, mắm... Mặt khác, đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, là những người đã trải qua giai đoạn khó khăn của đất nước vì vậy với tỷ lệ 44,9% NCT có thói quen ăn thức ăn bảo quản lâu cũng là hợp lý.

#### ***Tình trạng thừa cân, béo phì ở người cao tuổi***

Cần phải xác định rằng, thừa cân béo phì hiện nay được xem như một bệnh do dinh dưỡng. Mặt khác, thừa cân, béo phì lại được xem là yếu tố nguy cơ của rất nhiều bệnh mạn tính khác như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, ung thư, khớp...[116], [128].

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá tình hình sức khỏe của NCT, do đó chúng tôi đưa thừa cân-béo phì vào nhóm các yếu tố nguy cơ của bệnh mạn tính.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân béo phì dựa vào BMI áp dụng cho người trưởng thành khu vực châu Á thì người có BMI từ 18,5 đến 22,9 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) là bình thường; BMI  $\geq 23$  là thừa cân  $\geq 25$  là béo phì.

Nhận thức về ảnh hưởng của thừa cân, béo phì đối với các bệnh mạn tính không lây là hết sức quan trọng vì nếu thay đổi lối sống bằng cách ăn uống hợp lý và hoạt động thể lực thường xuyên có thể phòng được thừa cân, béo phì và trên cơ sở đó có thể giảm được nguy cơ mắc một số bệnh mạn tính liên quan đến thừa cân béo phì.

Tỷ lệ thừa cân, béo phì của NCT trong nghiên cứu này là 13,4% (trong đó thừa cân chiếm 9,6% và béo phì là 3,8%).

Số liệu thống kê của 10 quốc gia châu Âu năm 2004, tỷ lệ thừa cân béo phì ở nam giới từ 59-71%; tỷ lệ này ở nữ giới là 41– 67% [137].

Ở các nước đang phát triển, suy dinh dưỡng là vấn đề từ nhiều năm nay, song ở các quốc gia này đang phải đối mặt với gánh nặng kép đó là tình trạng suy dinh dưỡng vẫn tồn tại, tình trạng thừa cân béo phì đang gia tăng nhanh chóng. Nghiên cứu của F. B.Andrade và cộng sự tại Brazil (2012) cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 23,4%, thừa cân là 41,8%. Một nghiên cứu khác ở Ấn Độ của P. Singh (2004) cho kết quả tỷ lệ thừa cân là 26,7%, béo phì là 9,7%, tỷ lệ này ở Anh là 17% [64],[82],[123].

Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Duy Tường năm 2006 ở xã Tam Hưng – Thanh Oai – Hà Tây, tỷ lệ NCT thừa cân béo phì là 1,6% [57]. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu của Trần Đức Thọ và cộng sự năm 1999 – 2001 tại 3 xã của 3 miền ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên béo phì là 7,8%, nam 6,7%, nữ 8,6%; thừa cân là 10,5% [48].

Phạm Văn Hoan phân tích số liệu có sẵn từ các cuộc điều tra mức sống dân cư các năm 1992-1993; 1997-1998 và điều tra Y tế Quốc gia năm 2001-2002 chỉ ra rằng tỷ lệ nam thừa cân tăng từ 4,7% lên 10,6% và 14,7%. Tỷ lệ này ở nữ tăng từ 9,6% đến 16,9% và 21,2% [24].

Kết quả điều tra thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi của Viện Dinh dưỡng thực hiện năm 2005 trên phạm vi toàn quốc cho thấy, nhóm người từ 55-64 tuổi thừa cân, béo phì là 8,4% (nam là 5,7%, nữ là 11,5%) [58].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nước phát triển (châu Âu), Ấn Độ [123] và Brazil [64]. So với kết quả các nghiên cứu ở trong nước, kết

quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả một số nghiên cứu có quy mô ở Việt Nam của Viện dinh dưỡng (8,4%) nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả Trần Đình Toán (16,76%) và Trần Đức Thọ (18,3%), cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Hoan (1,6%). Do cùng sử dụng phương pháp đo và sử dụng chung tiêu chuẩn của WHO trong phân loại BMI nên sự khác biệt này không liên quan tới phương pháp thu thập số liệu. Vì vậy, sự khác biệt trong các kết quả nghiên cứu về tỷ lệ thừa cân béo phì ở NCT có thể do thời gian nghiên cứu và địa bàn nghiên cứu không giống nhau. Hơn nữa, sự khác biệt giữa các nghiên cứu là không nhiều, kết quả nghiên cứu này góp phần chứng minh một thực tế rằng xu hướng thừa cân béo phì trong cộng đồng dân cư nói chung và NCT nói riêng có xu hướng gia tăng theo thời gian.

#### **4.2. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng**

Mô hình bệnh tật trên thế giới đang có xu hướng chuyển từ các bệnh lây truyền sang các bệnh không lây truyền, số người tử vong do các bệnh không lây chiếm 2/3 trong tổng số 57 triệu người tử vong năm 2008 trên phạm vi toàn cầu. Trong đó 80% trường hợp tử vong do bệnh không lây tập trung ở các nước thu nhập trung bình và thu nhập thấp [139], [144].

Tại các quốc gia đang phát triển, số người từ 60 tuổi trở lên tử vong vì các bệnh không lây gấp 2 lần nhóm người dưới 60 tuổi [128].

Kết quả nghiên cứu ở hầu hết các quốc gia trên thế giới đều cho thấy nhóm bệnh mạn tính phổ biến nhất ở người từ 60 tuổi trở lên là tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh xương khớp, rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì. Trong đó, THA và ĐTĐ là 2 nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở người từ 60 tuổi trở lên [139],[144],[145].

##### **4.2.1. Bệnh tăng huyết áp**

###### *Tỷ lệ mắc bệnh*

Tăng huyết áp là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất đặc biệt ở NCT bởi vì tuổi càng cao nguy cơ tăng huyết áp càng cao [139, 142].

Tăng huyết áp có thể để lại những hậu quả rất nghiêm trọng trong đó đáng quan tâm nhất là các bệnh tim mạch và đột quy, suy thận, tổn thương võng mạc [38], [86].



Tỷ lệ tăng huyết áp chung ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi là 52,8% (trong đó tăng huyết áp đơn độc chiếm 21,4%)

Tăng huyết áp ở NCT là một bệnh mạn tính phổ biến và gây hậu quả rất nghiêm trọng, vì vậy có rất nhiều nghiên cứu đã được tiến hành trên phạm vi toàn cầu. Theo kết quả nghiên cứu của nhiều quốc gia trên thế giới thì hơn một nửa người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi của các nước phát triển cao hơn các nước đang phát triển.

Theo kết quả nghiên cứu ở 6 quốc gia (Trung Quốc, Ấn Độ, Nga, Nam Phi, Mexico và Ghana) trong khoảng thời gian 2007-2010, tăng huyết áp là bệnh mạn tính phổ biến nhất ở lứa tuổi từ 50 trở lên [86].

Fotoula Babatsikou và Assimina Zavitsanou tiến hành nghiên cứu dịch tễ học tăng huyết áp ở NCT dựa trên các số liệu sẵn có cho thấy, tỷ lệ NCT bị tăng huyết áp ở Mỹ và châu Âu dao động trong khoảng 53% - 72% [66]. Margaret McDonald nghiên cứu ở Mỹ những năm 1999 - 2000 tỷ lệ tăng huyết áp ở NCT là khoảng 70 % (trong khi tỷ lệ này ở người trưởng thành là 27% ở nam và 32% ở nữ) [107]. Kết quả nghiên cứu của WHO tại Ấn Độ và Bangladesh (năm 2001) tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi là 65%[150]. Y. Porapakham nghiên cứu tại Thái Lan năm 2004 cho thấy có 51,1% NCT mắc tăng huyết áp [117].

Sonia Hammami nghiên cứu ở Tunisia cho kết quả là 52% NCT mắc tăng huyết áp[84]. P. Brindel nghiên cứu ở Pháp (2006) có tỷ lệ là 62,% [70]. Tỷ lệ NCT bị tăng huyết áp ở Singapore (2010) trong nghiên cứu của R. Malhotra là 73,9% [106]. Kết quả nghiên cứu của M. C. Kalavathy ở Ấn Độ năm 2000 cho thấy có 51,8% NCT bị tăng huyết áp [98].

Nhìn chung, trên phạm vi toàn cầu, dù ở quốc gia phát triển hay đang phát triển, tỷ lệ NCT bị tăng huyết áp cũng > 50%.

Ở Việt Nam, có nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu về tăng huyết áp trên NCT, sau đây là một số nghiên cứu điển hình.

Kết quả điều tra Y tế quốc gia tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 65 trở lên chiếm hơn 50% [13]. Phạm Thắng nghiên cứu 1302 NCT trên phạm vi toàn quốc cho kết quả

45,6% NCT bị tăng huyết áp [46]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Ngọc tại Hà Nội là 37,6% [39]. Tác giả Hoàng Khánh và Tạ Tiến Dũng (2006) nghiên cứu tại Long An có kết quả là 53,8% NCT tăng huyết áp [30]. 51,9% NCT tăng huyết áp là kết quả nghiên cứu của Đinh Hoàng Việt và cộng sự tiến hành tại Cần Thơ (2008) [59]. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi trong nghiên cứu của tác giả Trương Tấn Minh, Lê Tấn Phùng (2008) tại Khánh Hòa là 48,1% [36].

Từ những kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy trong khoảng 10 năm gần đây (2001 – 2011), tỷ lệ NCT bị THA là khá cao (trong khoảng từ 40 - 50%), tỷ lệ này có thay đổi nhỏ theo thời gian và không gian, sự thay đổi đó có xu hướng tăng dần. Tuy nhiên, mức độ thay đổi đó không lớn.

Tóm lại, hầu hết các nghiên cứu trong nước và ở các nước đang phát triển như Thái Lan, Ấn Độ có kết quả nghiên cứu tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi đó, tỷ lệ NCT tăng huyết áp ở các nước phát triển như Mỹ và các nước châu Âu cao hơn.

Như vậy, có thể nói kết quả nghiên cứu này là đáng tin cậy vì phương pháp đo huyết áp và cách phân loại THA được sử dụng trong các nghiên cứu là giống nhau, đồng thời các kết quả nghiên cứu cũng khá tập trung.

#### *Các yếu tố ảnh hưởng*

Các yếu tố nguy cơ của bệnh THA được xác định là béo phì, hút thuốc lá, uống rượu, ăn mặn, tiền sử gia đình. Ngoài ra còn có những yếu tố khác như căng thẳng, ít hoạt động thể lực, thói quen ăn nhiều chất béo, tuổi, giới... [60]

Đinh Hoàng Việt và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ THA ở NCT tỉnh Cần Thơ và các yếu tố ảnh hưởng cho kết quả tình trạng THA của NCT chịu ảnh hưởng của yếu tố tuổi và nơi sống ( $p < 0,05$ ) [59].

Trương Tấn Minh và cộng sự nghiên cứu tình hình THA và các yếu tố liên quan ở NCT tỉnh Khánh Hòa phát hiện thấy tỷ lệ THA ở NCT nam giới cao hơn nữ giới, có mối tương quan giữa THA với BMI và tuổi [36].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 3.11 cho thấy, tỷ lệ NCT là nam giới mắc THA cao hơn nữ giới với  $p < 0,05$  và tình trạng THA có mối tương quan tuyến tính thuận chiều với chỉ số khối cơ thể BMI với  $p < 0,001$  (hệ số tương quan  $r = 0,226$ ). Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố hành vi như hút thuốc, lạm dụng rượu, thói quen hoạt động thể lực, thói quen dinh dưỡng... với tình trạng THA.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá giống với kết quả nghiên cứu của Trương Tấn Minh. Có thể thấy, tỷ lệ tăng huyết áp ở các nghiên cứu khá tập trung song các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng THA thì lại khác nhau, điều này cho thấy mỗi một quần thể dân cư chịu sự ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ nhất định mà không nhất thiết phải giống nhau giữa các quần thể khác nhau. Kết quả này có ý nghĩa thực tiễn rằng để phòng bệnh THA cho một quần thể cụ thể, cần phải xác định được các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng THA của quần thể đó là những yếu tố nào, từ đó xây dựng chiến lược phòng chống cho phù hợp.

#### **4.2.2. Bệnh đái tháo đường**

Bệnh đái tháo đường được định nghĩa là một nhóm các bệnh chuyển hoá được đặc trưng bởi tăng glucose máu mạn tính do hậu quả của sự thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insulin hoặc kết hợp cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong ĐTĐ làm tổn thương, rối loạn và suy chức năng của nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt là các tổn thương ở mắt, thận, thần kinh và tim mạch {trích dẫn từ [5]}.

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh đái tháo đường đang có xu hướng gia tăng rất nhanh, là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay, ước tính có khoảng 4,8 triệu người tử vong do đái tháo đường năm 2012. Theo số liệu của hiệp hội đái tháo đường thế giới, năm 2012 có khoảng 8,3 % (371 triệu) người trưởng thành (20-79 tuổi) mắc đái tháo đường, 80 % số người mắc đái tháo đường đang sống ở các quốc gia đang phát triển (thu nhập trung bình và thấp). Khoảng 50 % người bệnh không biết mình bị đái tháo đường (dao động từ 28% – 80%). Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ mắc ở các quốc gia khác nhau song nhìn chung tỷ lệ đái tháo đường đang gia tăng trên phạm vi toàn cầu đặc biệt là các quốc gia đang phát triển [77],[93],[94].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định NCT bị đái tháo đường bằng phương pháp định lượng đường huyết lúc đói mà không có điều kiện tiến hành nghiệm pháp dung nạp Glucose huyết để xác định sớm các đối tượng có nguy cơ. NCT được xác định bị đái tháo đường khi đường huyết  $\geq 7,0$ mmol/L. Tỷ lệ NCT đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,8%. Chỉ có 5/20 NCT biết mình bị đái tháo đường.

Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường trong nhóm NCT ở Mỹ của M.McDonald năm 1999 – 2004 cho kết quả là 21,2% mắc bệnh, có 50,9% trường hợp mắc bệnh sử dụng thuốc điều trị [107].

Theo kết quả nghiên cứu của Y.Porapakkham và cộng sự tại Thái Lan năm 2004 thì tỷ lệ NCT mắc bệnh đái tháo đường ở Thái Lan là 14% [117].

Ở Việt Nam, theo ước tính của WHO (2012) nước ta có 3,2 triệu người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường đứng thứ 7 trong số 39 quốc gia khu vực Tây Thái bình dương [94]. Kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2004 cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở người từ 60 tuổi trở lên theo khu vực lần lượt là: miền núi 7,8%; đồng bằng 8,2%; trung du 7,9% và thành phố là 13,4%. Các nguy cơ phổ biến nhất của đái tháo đường ở Việt Nam không kể tuổi là BMI cao, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực [5].

Hoàng Đăng Mịch và cộng sự (2008) nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐ ở Hải Phòng phát hiện thấy có 4,15% người từ 55 tuổi trở lên mắc ĐTĐ [35], kết quả này trong nghiên cứu của Phạm Thắng (2007) là 5,3% [46].

Từ những kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở NCT, chúng tôi nhận thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi (5,8%) tương tự như kết quả nghiên cứu của đa số các tác giả trong nước (4,15% – 8,2%) và thấp hơn kết quả nghiên cứu của đa số các tác giả khác trên thế giới. Theo kết quả nghiên cứu những năm 1990, tỷ lệ ĐTĐ ở các thành phố lớn là Hà Nội, Huế, thành phố Hồ Chí Minh tương ứng là 1,2% ; 0,96% và 2,52% thì năm 2001, tỷ lệ ĐTĐ ở các thành phố lớn là 4,0% .Như vậy, xu hướng mắc ĐTĐ nói chung và ở NCT nói riêng của nước ta có xu hướng gia tăng [5]

Tỷ lệ mắc đái tháo đường có liên quan mật thiết với tình trạng thừa cân, béo phì [67], [110], ít hoạt động thể lực [113] và thói quen ăn nhiều chất béo... Vì vậy, khi đời

sống vật chất được nâng lên, tỷ lệ thừa cân béo phì gia tăng, khẩu phần bữa ăn hàng ngày thay đổi nhưng chưa có sự chuẩn bị đầy đủ về kiến thức và kỹ năng để phòng bệnh thì lẽ tất yếu tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường cũng sẽ gia tăng. Điều này cũng phần nào giải thích cho sự khác biệt về tỷ lệ mắc đái tháo đường ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nước phát triển và trong khu vực.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra một vấn đề đáng lo ngại đó là có rất nhiều NCT (3/4) không biết mình bị mắc bệnh ĐTĐ. Chỉ có 23,5% NCT có làm xét nghiệm máu trong khoảng thời gian 12 tháng, đa số NCT không đi kiểm tra đường huyết đều cho rằng mình không biết phải kiểm tra. Hầu hết NCT trong nghiên cứu của chúng tôi không biết về biến chứng của bệnh ĐTĐ. Đây là một khoảng trống về kiến thức rất đáng quan tâm đối với hệ thống y tế và cán bộ y tế đặc biệt là cán bộ y tế cơ sở.

#### *Các yếu tố liên quan tới tình trạng đái tháo đường ở người cao tuổi*

Có nhiều bằng chứng về mối liên quan giữa ĐTĐ với yếu tố môi trường, gene, thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, ăn uống không hợp lý và tuổi cao [6],[12],[95],[105]. Trong đó, các yếu tố gene và môi trường, tuổi là những yếu tố không thể thay đổi được, còn các yếu tố như thừa cân, béo phì, ít hoạt động thể lực, ăn uống không hợp lý là những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được.

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến (bảng 3.12) chúng tôi nhận thấy, hàm lượng đường huyết của NCT có tương quan thuận chiều với 3 chỉ số lipid máu (cholesterol; triglycerides và LDL-C) với ( $p < 0,01$ ), và tuổi ( $p < 0,05$ ). Trong đó, tương quan hồi quy tuyến tính giữa trị số đường huyết và trị số của LDL – C là chặt chẽ nhất (hệ số  $R = 0,235$ ). Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến (bảng 3.13), chỉ có 3 yếu tố có tương quan thuận chiều với trị số đường huyết đó là triglycerides, LDL-C và tuổi với hệ số tương quan chung  $R = 0,332$ ;  $R^2 = 0,110$  ( $p < 0,05$ ). Điều đó có thể được hiểu là cả 3 yếu tố trên giải thích được 11,0 % sự thay đổi của chỉ số đường huyết, trong đó LDL- C giải thích được 5,5% sự thay đổi trị số đường huyết, các yếu tố còn lại giải thích được 5,5% còn lại của sự thay đổi đường huyết và phương trình hồi quy đa biến có thể được viết như sau:

Trị số đường huyết =  $2,051 + 0,026 (\text{tuổi}) + 0,159 (\text{TGs}) + 0,343 (\text{LDL-C}) - 0,073 (\text{cholesterol}) + 0,061 (\text{HDL-C}) + 0,014 (\text{BMI}) - 0,006 (\text{HATT}) + 0,012 (\text{HATTr})$

Phân tích mối liên quan giữa đái tháo đường ở NCT và các yếu tố nguy cơ cho kết quả người có BMI  $\geq 23$  có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 3,05 lần so với người có BMI  $< 23$  ( $p < 0,05$ ). Tuổi cao là yếu tố nguy cơ tiềm tàng của đái tháo đường.

R. Defay [75] nghiên cứu mối liên quan giữa hoạt động thể lực, béo phì và đái tháo đường tại Pháp (2001) cho kết quả có sự liên quan giữa béo phì (ở nam giới), béo bụng (ở nữ giới) với đái tháo đường type 2. Hoạt động thể lực là yếu tố có thể phòng ngừa đái tháo đường. Sonia Hammami [83] nghiên cứu trên 598 NCT từ 65 – 95 tuổi tại thành phố Monastir (Tunizia) năm 2009 có kết quả có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đái tháo đường và béo phì, giữa đái tháo đường và tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu của J. R. Banegas năm 2007 cũng cho kết quả tương tự [67].

Tuổi cao có liên quan đến ĐTD là kết quả nghiên cứu của Y. Igari [91].

Tạ Văn Bình và cộng sự nghiên cứu dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh ĐTD trong phạm vi toàn quốc năm 2004 đã xác định được các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTD ở Việt Nam là: tuổi cao, BMI cao, vòng eo lớn, ít hoạt động thể lực và tăng huyết áp [5].

Trần Đức Thọ nghiên cứu một số rối loạn liên quan đến béo phì ở người trên 60 tuổi cho kết quả, những NCT thừa cân có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 1,4 lần người có BMI bình thường. NCT béo phì (BMI  $\geq 25$ ) có nguy cơ mắc đái tháo đường cao gấp 3,7 NCT có BMI bình thường [48].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp thêm bằng chứng về tình trạng bệnh đái tháo đường trong cộng đồng NCT vùng nông thôn, nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về tỷ lệ mắc bệnh cũng như một số yếu tố nguy cơ đặc biệt là thừa cân, béo phì. Kết quả nghiên cứu của chúng chưa tìm thấy mối liên quan giữa đái tháo đường và tăng huyết áp, trong khi kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình cho thấy có mối liên quan giữa THA và ĐTD. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình.

Một trong những hạn chế của đề tài là chưa tìm hiểu sâu về biến chứng của đái tháo đường do kinh phí và điều kiện không cho phép.

#### **4.2.3. Rối loạn lipid máu**

Rối loạn lipid máu là tình trạng tăng cholesterol, triglycerides (TGs) huyết tương hoặc cả hai, hoặc giảm nồng độ lipoprotein phân tử lượng cao (HDL-C), hoặc tăng nồng độ lipoprotein phân tử lượng thấp (LDL-C) làm gia tăng quá trình xơ vữa động mạch [18].

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, viêm tụy, nhồi máu cơ tim. Theo kết quả nghiên cứu của M Hassan Murad, NCT có rối loạn lipid máu có nguy cơ tử vong vì các bệnh tim mạch cao hơn gấp 1,8 lần ( $p < 0,05$ ), có nguy cơ viêm tụy cao hơn 3,96 lần và nguy cơ nhồi máu cơ tim cao hơn 1,3 lần nhóm NCT không bị rối loạn lipid máu [109]. Theo Hiệp hội Nội tiết học lâm sàng Mỹ (AACE), rối loạn lipid máu được xem là nguy cơ hàng đầu của các bệnh tim mạch chủ yếu là xơ vữa động mạch và bệnh mạch vành [109].

Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.17 cho thấy, tỷ lệ NCT có rối loạn ít nhất một chỉ số lipid máu là 53,3%, tỷ lệ NCT tăng cholesterol 31,9%, tăng LDL-C chiếm 26,4%, tăng triglycerides chiếm 19,1 %, chỉ có 13,6% NCT có trị số HDL-C thấp. Gần 1/4 NCT rối loạn 1 chỉ số, 20,6 % rối loạn 2 chỉ số, tỷ lệ rối loạn 3 và 4 chỉ số tương ứng là 7,2 và 0,9.

Xét hàm lượng LDL-C huyết tương khi phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến, chúng tôi nhận thấy chỉ số đường huyết và BMI có tương quan tuyến tính thuận chiều với LDL-C một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (bảng 3.18), tuy nhiên khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến (với các yếu tố đường huyết, tuổi, BMI, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương) chúng tôi thấy hệ số tương quan chung của 5 yếu tố  $R = 0,267$ , chỉ còn yếu tố đường huyết ảnh hưởng tới trị số LDL-C với  $p < 0,001$ . Như vậy, chỉ có trị số đường huyết là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về trị số của LDL-C.

Xét về chỉ số triglycerides, kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến giữa triglycerides với các yếu tố đường huyết, tuổi, BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương chúng tôi thấy: có 3 yếu tố có tương quan thuận chiều với trị số triglycerides là

đường huyết, BMI, và huyết áp tâm trương, trong đó BMI có mối tương quan chặt chẽ nhất ( $r=0,33$ ;  $p<0,00001$ ). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, thì chỉ còn trị số đường huyết và BMI có ảnh hưởng tới trị số triglycerides với  $R=0,368$ ;  $R^2 = 0,135$ . Vì vậy, có thể phát biểu rằng chỉ có trị số đường huyết và BMI có ý nghĩa dự đoán trị số triglycerides, các yếu tố khác không có hoặc rất ít ảnh hưởng tới trị số triglycerides.

Phân tích tương tự như trên đối với HDL-C, chúng tôi nhận thấy tuổi là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán trị số HDL-C với  $R=0,161$

Đối với trị số cholesterol (bảng 3.24; 3.25), trị số đường huyết và BMI có ý nghĩa dự đoán sự thay đổi trị số cholesterol ( $R=0,287$ ;  $R^2 = 0,083$ ) với  $p<0,01$ .

Nhìn chung, BMI và trị số đường huyết có ý nghĩa dự đoán đối với đa số các trị số lipid máu, các yếu tố khác như huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương tuổi không hoặc rất ít có giá trị dự đoán sự thay đổi trị số lipid máu. Hiện nay, ở Việt Nam chưa nhiều nghiên cứu cộng đồng về nội dung này nên chúng tôi không có nhiều sự so sánh. Vì vậy, cần có nhiều nghiên cứu cộng đồng về rối loạn lipid máu ở NCT.

Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu ở NCT chúng tôi thấy NCT có BMI  $\geq 23$ , giới tính là những yếu tố nguy cơ đối với tình trạng rối loạn lipid máu với tỷ số chênh OR tương ứng là 5,9; 1,7 (bảng 3.17). Điều đó có nghĩa là NCT có BMI  $\geq 23$  có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn 5,9 lần người có BMI  $< 23$ ; NCT là nữ giới có nguy cơ rối loạn lipid máu cao gấp 1,7 lần NCT là nam giới.

Rối loạn lipid máu là một bệnh có tỷ lệ mắc cao, đặc biệt là ở NCT [132]. N. K. Wenger nghiên cứu rối loạn lipid máu ở NCT tại Mỹ (2004) cho kết quả 1/3 NCT là nam giới và 1/2 số NCT là nữ giới có hàm lượng cholesterol toàn phần  $> 240$  mg/dl (6,2mmol/L) [132].

P. Yamwong, nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở NCT tại 3 huyện thuộc Thái Lan (2000), kết quả cho thấy có khoảng 70% NCT tăng cholesterol toàn phần và tăng LDL-C, 25% NCT có HDL-C thấp [152].

X. J. Tan nghiên cứu mối liên quan giữa hút thuốc lá và tình trạng rối loạn lipid máu ở NCT miền Tây Trung Quốc cho kết quả là so với các yếu tố khác như BMI, lạm



dụng rượu, và tuổi cao thì hút thuốc lá có mối liên quan lớn nhất tới tình trạng rối loạn lipid máu ở NCT [124].

Ở Việt Nam, Trần Thị Mỹ Loan nghiên cứu tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy, tỷ lệ rối loạn lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp là 71,67%, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là tăng CT (67,3%), kế đến tăng TGs chiếm tỉ lệ 54,3% và tăng LDL-C chiếm tỉ lệ 35,3%, giảm HDL-C chiếm tỉ lệ thấp nhất chỉ có 5,33%. BMI chỉ có tương quan với cholesterol toàn phần (hệ số  $r = 0,303$ ,  $p < 0,001$ ) và triglycerides (hệ số  $r = 0,208$ ,  $p < 0,001$ ) [33].

Trần Đức Thọ nghiên cứu một số rối loạn liên quan với béo phì ở người trên 60 tuổi cho kết quả NCT có BMI  $\geq 25$  có nguy cơ rối loạn lipid cao gấp 3,5 lần NCT có BMI  $\leq 25$ , trong đó chủ yếu là tăng triglycerides và LDL-C [48]. Kết quả nghiên cứu mối liên quan giữa béo phì với rối loạn lipid máu được Nguyễn Kim Thủy tiến hành trên 129 bệnh nhân nam có tuổi trung bình là 65 điều trị tại khoa A1 bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy, trị số các thành phần lipid máu ở nhóm thừa cân béo phì cao hơn so với nhóm không thừa cân béo phì. Có mối tương quan tuyến tính thuận chiều giữa BMI, vòng bụng/vòng mông với triglycerides, cholesterol, LDL-C và tương quan nghịch với HDL-C [50].

Tác giả Nguyễn Văn Tư nghiên cứu một số đặc điểm sinh hóa, huyết học ở người có tuổi thừa cân béo phì (39 NCT béo phì và 30 NCT không béo phì) ở thành phố Thái Nguyên (2004) phát hiện thấy giá trị trung bình các chỉ số lipid máu không có sự khác biệt giữa NCT béo phì và NCT không béo phì, tuy nhiên tỷ lệ rối loạn lipid máu có sự khác biệt giữa hai nhóm, tỷ lệ tăng cholesterol, triglycerides; LDL-C và giảm HDL-C ở nhóm béo phì tương ứng là (92,31%; 61,54%; 74,36% và 64,10%) ở nhóm không thừa cân béo phì tương ứng là (68,65% ; 43,75%; 65,36 và 43,75%) [55].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu ở Mỹ, Thái Lan. Có thể do mức sống và thói quen ăn uống của Việt Nam có sự khác biệt so với các quốc gia trên. So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tư, tỷ lệ NCT bị rối loạn lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn. Có thể giải thích hiện tượng này như

sau: địa bàn nghiên cứu của Nguyễn Văn Tư thực hiện ở thành phố Thái Nguyên, số mẫu nhỏ hơn mẫu nghiên cứu của chúng tôi và cách phân nhóm BMI cũng khác.

Hầu hết kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đều khẳng định rằng thừa cân béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của rối loạn lipid máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mới phát hiện được BMI và giới tính có liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu, những yếu tố khác như đái tháo đường, hút thuốc lá... mặc dù có sự khác biệt khá lớn song sự khác biệt đó chỉ có ý nghĩa thực tiễn mà không có ý nghĩa thống kê.

Hiện nay, ở Việt Nam còn ít nghiên cứu về rối loạn lipid ở NCT tại cộng đồng, đa số những nghiên cứu tiến hành phân tích từ những dữ liệu của người bệnh đến khám tại bệnh viện và có một bệnh mạn tính khác như tăng huyết áp hoặc đái tháo đường, tai biến mạch máu não... vì vậy việc so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của những nghiên cứu này gặp phải nhiều khó khăn. Đặc biệt là những phân tích sâu về mối tương quan giữa các yếu tố tuổi, BMI, đường huyết và huyết áp với từng chỉ số lipid máu chưa nhiều. Do đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể được sử dụng làm dữ liệu tham khảo cho các nghiên cứu sau này. Trong thời gian tới, cần thiết phải có những nghiên cứu sâu về tình trạng rối loạn lipid máu và các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, tăng huyết áp, thừa cân béo phì và các yếu tố hành vi khác: hút thuốc lá, thói quen ăn nhiều chất béo, ít hoạt động thể lực... để làm bằng chứng cho các can thiệp lâm sàng cũng như can thiệp cộng đồng.

#### **4.2.4. Bệnh xương khớp**

Số liệu từ nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam đều đưa ra các bằng chứng về tỷ lệ bệnh khớp ở NCT là bệnh mạn tính phổ biến nhất [2], [3], [139].

Tỷ lệ NCT mắc bệnh xương khớp trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,9% (bảng 3.33), trong đó chủ yếu là đau khớp gối (bao gồm viêm khớp và thoái hóa khớp).

Kết quả nghiên cứu của G. R. Falsarella ở Brazil, tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở NCT là 22,7%, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam [76].

Trong báo cáo nghiên cứu toàn cầu sức khỏe người già và trưởng thành ở Trung Quốc và Ấn Độ của Paul Kowal cho thấy, tỷ lệ NCT (từ 50 tuổi trở lên) Trung Quốc bị viêm khớp là 22%, tỷ lệ này ở NCT Ấn Độ là 25 % [102].

Tỷ lệ bệnh xương khớp trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành ở Tiền Hải Thái bình là 58,7% [2]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Huệ là 18,8% [27].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Vũ Anh nhưng cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Falsarella và Nguyễn Thế Huệ.

Lý do của sự khác biệt này là do có sự khác nhau ở 2 điểm chính: (1) phương pháp thu thập số liệu: Để xác định NCT mắc bệnh khớp hay không, chúng tôi sử dụng phương pháp khám lâm sàng kết hợp với phỏng vấn; (2) khái niệm về người mắc bệnh khớp: tỷ lệ bệnh khớp ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi gồm tất cả những người mắc bệnh xương khớp. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của Falsarella chỉ tính cho một bệnh khớp cụ thể (viêm khớp), còn Nguyễn Thế Huệ chỉ sử dụng phương pháp phỏng vấn (NCT tự báo về bệnh) vì thế có khoảng cách về tỷ lệ mắc bệnh giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác.

Hiện nay, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của bệnh khớp vẫn chưa được xác định rõ ràng. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa tìm thấy mối liên quan một cách có ý nghĩa thống kê giữa bệnh khớp và các yếu tố như tuổi, giới tính, các bệnh mạn tính... Có lẽ đây là một trong những lý do chính mà nhiều bệnh khớp rất khó chẩn đoán và điều trị đặc biệt ở NCT

#### **4.2.5. Bệnh về mắt**

Trong suy giảm thị lực ở người từ 60 tuổi trở lên, đục thủy tinh thể là bệnh phổ biến và ảnh hưởng lớn nhất đến chất lượng cuộc sống của NCT. Theo kết quả nghiên cứu của A.Araujo Filho và cộng sự tại Brazil (2008), tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên bị đục thủy tinh thể là 24,16% [65]. Tỷ lệ này ở Hồng Kông là 41,3 % [108].

Theo kết quả điều tra Y tế Quốc gia năm 2001 – 2002, tỷ lệ NCT bị tàn tật là 40%, trong đó mù lòa chiếm tỷ lệ cao nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả ở Hồng Kong và Việt Nam và A.Araujo Filho nghiên cứu ở Brazil. Thực tế, ảnh hưởng của các bệnh về mắt lên thị lực của đối tượng nghiên cứu nói riêng và ảnh hưởng tới sức khỏe NCT nói chung, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện đánh giá chính xác thị lực cho các đối tượng và mối liên quan giữa các bệnh về mắt lên thị lực của đối tượng. Vì vậy, các nghiên cứu tiếp theo trong thời gian tới cần chú ý hơn tới nội dung này.

### **Đánh giá chung**

Đánh giá một cách tổng quát, trung bình 1 NCT mắc bệnh 2,54 bệnh mạn tính ( chỉ tính trong 5 nhóm bệnh mạn tính được nghiên cứu). Tỷ lệ này phản ánh một thực tế rằng NCT đang phải đối diện với nhiều bệnh mạn tính ở cùng một thời điểm. Việc một NCT mắc nhiều bệnh mạn tính cùng một thời điểm làm cho khả năng hồi phục trở nên khó khăn hơn và chất lượng cuộc sống của NCT bị ảnh hưởng nghiêm trọng hơn. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thắng và Đàm Viết Cương và một số tác giả khác cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Rõ ràng nhu cầu chăm sóc các bệnh mạn tính ở NCT là rất cao, nhưng khả năng đáp ứng của hệ thống y tế thì hạn chế. Vì vậy, ngành y tế cần phải hành động sớm để việc chăm sóc sức khỏe cho NCT trong tương lai được hiệu quả.

### **4.3. Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho người cao tuổi.**

#### **4.3.1. Lựa chọn giải pháp can thiệp**

Về mặt lý thuyết, muốn nâng cao sức khỏe cho người dân nói chung và cho người cao tuổi nói riêng, chúng ta cần phải tiến hành đồng bộ các giải pháp. Căn cứ vào các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe người cao tuổi (6 nhóm yếu tố trực tiếp và 4 nhóm yếu tố gián tiếp) WHO [145] đề xuất cách tiếp cận hành động vì sức khỏe người cao tuổi theo vòng đời gồm 4 nhóm hoạt động sau:

- (1) Nâng cao sức khỏe và hành vi sức khỏe lành mạnh cho mọi lứa tuổi để dự phòng và hạn chế sự phát triển các bệnh mạn tính

- (2) Phát hiện sớm và điều kịp thời các bệnh mạn tính để hạn chế tối đa hậu quả của nó.
- (3) Tạo môi trường xã hội và điều kiện vật chất thuận lợi cho việc tăng cường sức khỏe và khuyến khích sự tham gia của NCT.
- (4) Thay đổi nhận thức và thái độ của xã hội đối với NCT nhằm khuyến khích sự tham gia cống hiến nhiều hơn nữa của NCT cho xã hội.

Trong một thập kỷ qua, ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu tiếp cận theo hướng xây dựng mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi dựa vào cộng đồng, đối tượng tác động của các nghiên cứu này đề cập đến gồm: (i) cá nhân người cao tuổi; (ii) gia đình NCT; (iii) Các cấp Chính quyền; (iv) các tổ chức xã hội và (v) hệ thống cung cấp dịch vụ y tế.

Nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh [40], là một nghiên cứu can thiệp “ Thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh – Hải Dương” được tiến hành tại 4 xã từ năm 2003 – 2008, nội dung gồm 4 hoạt động chính (i) tuyên truyền giáo dục, phổ biến kiến thức cho NCT và con cháu NCT; (ii) Hướng dẫn NCT một số phương pháp luyện tập để bảo vệ sức khỏe; (iii) củng cố hoạt động Hội NCT xã/ Chi Hội NCT thôn; tổ chức khám sức khỏe và quản lý sức khỏe NCT.

Hội Y tế công cộng Việt Nam hiện đang triển khai dự án “Nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng”. Sau hai năm thực hiện, kết quả ban đầu cho thấy, 17,2% số đối tượng hút thuốc đã bỏ thuốc và 57,8% không còn hút thuốc trong nhà hoặc nơi có biển cấm, tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ giảm từ 21,1% xuống còn 12,6% [26].

Như vậy, mỗi mô hình có những ưu điểm khác nhau và muốn chứng minh tính hiệu quả theo cách tiếp cận riêng của mình. Tuy nhiên, mỗi mô hình cũng có những hạn chế nhất định. Vấn đề quan trọng là phù hợp với điều kiện của mỗi địa phương.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 2 hoạt động chính là : (i) nghiên cứu tình hình sức khỏe NCT (tập trung vào các bệnh mạn tính) và yếu tố ảnh hưởng đến một số bệnh; (ii) Thí điểm giải pháp can thiệp truyền thông nâng cao nhận thức thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT có sự tham gia của sinh viên Điều dưỡng.

Lý do chúng tôi lựa chọn các hoạt động này vì: (1) hiện nay ở Việt Nam nói chung, huyện Vụ Bản nói riêng rất ít số liệu về sức khỏe NCT đặc biệt là bệnh mạn tính ở NCT trong cộng đồng. Hầu hết các nghiên cứu chỉ tập trung vào khai thác thông tin dưới hình thức tự báo cáo của NCT, vì vậy số liệu thường không chắc chắn, mang tính chủ quan và phụ thuộc vào thái độ hợp tác của NCT. Mặt khác, NCT thường kèm theo các suy giảm chức năng nghe, nhìn và tư duy chậm chạp (nhất là người từ 75 tuổi trở lên) ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả phỏng vấn; (2) lý do thứ hai chúng tôi chọn cách tiếp cận này với mong muốn đặt NCT làm trung tâm cho hoạt động can thiệp. Theo cách tiếp cận vòng đời của con người, cá nhân NCT có vai trò quyết định tới việc lựa chọn các hành vi sức khỏe lành mạnh, mặc dù việc thay đổi hành vi và ý nghĩa của việc thay đổi hành vi đối với cá nhân NCT trong phòng chống bệnh mạn tính là không nhiều, nhưng có ý nghĩa to lớn đối với những người trẻ hơn trong gia đình và trong cộng đồng.

Nội dung can thiệp trong nghiên cứu này chỉ tập trung thực hiện thí điểm phương pháp truyền thông kết hợp để nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT. Lý do chúng tôi chọn nội dung can thiệp này vì: (i) điều kiện thời gian và nguồn lực có hạn; (ii) bệnh tăng huyết áp là bệnh phổ biến và nguy hiểm nhất đối với NCT; (iii) Yếu tố nguy cơ của bệnh THA cũng là yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh mạn tính khác.

Cách tiếp cận trong hoạt động truyền thông của chúng tôi có nhiều điểm khác biệt so với các tác giả khác. Trong đó, điều khác biệt cơ bản nhất là chúng tôi tiến hành truyền thông trực tiếp theo nhu cầu thực tế của NCT. Trước khi lựa chọn giải pháp can thiệp, chúng tôi tiến hành thăm dò ý kiến từ nhiều phía để đảm bảo tính khách quan bao gồm: Tổ chức thảo luận nhóm ở NCT và cán bộ Y tế xã để tìm ra các yếu tố cản trở và nhu cầu cung cấp thông tin, xin ý kiến chuyên gia để lựa chọn giải pháp ưu tiên. Nghiên cứu này còn sử dụng sinh viên Điều dưỡng (cán bộ y tế tương lai) tham gia vào hoạt động can thiệp nhằm: (1) Giải quyết vấn đề thiếu nhân lực chuyên môn tại cơ sở, (2) Tạo cơ hội để sinh viên hoàn thiện kỹ năng chuyên môn và (3) Nâng cao chất lượng chăm sóc NCT.

#### 4.3.2. Kết quả đánh giá trước can thiệp

##### *Kiến thức của người cao tuổi về bệnh tăng huyết áp*

Để NCT có thể thực hiện được các hành vi phòng chống bệnh tăng huyết áp, trước hết họ cần hiểu đúng về các nguy cơ, biến chứng và cách phòng chống bệnh, đồng thời NCT cần được hướng dẫn một cách cặn kẽ, đầy đủ và thị phạm các kỹ năng để thực hiện các hành vi đó.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số ý kiến của NCT cho rằng đã nghe và biết về bệnh THA đặc biệt ở nhóm có bệnh THA. Tuy nhiên, kiến thức của NCT về chỉ số huyết áp thế nào là bình thường thì “...*Chúng tôi không giải thích được vì hôm nào thấy đau đầu chóng mặt thì lên bác sỹ họ đo và họ bảo là cao HA chứ tôi đã hay tới thiếu thì chúng tôi chưa thể biết được.*” (NCT nam)

Có thể khi đi đo huyết áp, cán bộ y tế không giải thích kỹ càng hoặc NCT không quan tâm, phụ thuộc vào cán bộ y tế.

Khi thảo luận về nội dung “***những người nào có nguy cơ bị tăng huyết áp?***” chúng tôi nhận thấy NCT tham gia thảo luận đã liệt kê được một số những đối tượng có nguy cơ, chủ yếu là “...*thường những người cao tuổi áp huyết tăng cũng do uống rượu bia, thứ 2 nữa là cuộc sống bây giờ nó có khác hơn so với ngày xưa cho nên là nó diễn ra tăng huyết áp, mình cứ ăn cơm rau là nó đỡ ấy mà, béo nhiều thì huyết áp nó cũng cao theo tôi nghĩ là như vậy.*” (NCT nữ)

Hay “...*thường là những người ăn các chất nhiều, béo phì quá còn những người không béo lắm, người ta ăn uống bình thường thì không bị THA*”

Kiến thức của NCT về các cách phòng bệnh THA nhìn chung còn hạn chế. Biện pháp được nhiều NCT biết là không ăn mặn (67%), ít hoạt động thể lực (62,9%), thừa cân béo phì (58,3%) không hút thuốc lá (36,8%), không uống rượu (33,9%)...

Kiến thức của NCT về cách phòng bệnh THA không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tuy nhiên, kiến thức về phòng bệnh tăng huyết áp của NCT ở nhóm có tăng huyết áp cao hơn nhóm không tăng huyết một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Trên thực tế, những NCT bị THA thường xuyên tiếp xúc với cán bộ y tế và quan tâm hơn tới tình trạng bệnh lý của họ nên nhóm NCT bị THA có kiến thức về phòng chống bệnh THA cao hơn nhóm NCT không bị THA là điều dễ hiểu. Song tỷ lệ NCT nhớ được các biện pháp phòng chống bệnh THA (dao động từ 15% – 67%) là rất đáng ghi nhận, có lẽ một phần do tác động tích cực của truyền thông đại chúng và hoạt động của chương trình phòng chống tăng huyết áp.

Kiến thức của NCT về hậu quả của tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi còn rất hạn chế, chỉ có 19,4 % NCT trả lời có biết về biến chứng của tăng huyết áp và biến chứng được nhiều NCT biết nhất là tai biến mạch máu não (11,6%), chỉ có 1,2% NCT biết nhồi máu cơ tim là một trong những biến chứng của bệnh tăng huyết áp. Hầu hết NCT không biết những biến chứng khác của bệnh THA. Chẳng hạn khi trả lời câu hỏi “ông bà hãy cho biết các biến chứng của bệnh THA” thì chỉ có một số ý trả lời “...*Tai biến mạch máu não...*” ( NCT nam) Hay : “...*Tử vong...*”

Trong nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam do Đàm Việt Cương và cộng sự tiến hành năm 2005 cho thấy có 45% NCT không biết gì về cách phòng chống bệnh tăng huyết áp [17].

Nguyễn Tuấn Khanh nghiên cứu kiến thức, thực hành về phòng ngừa, điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho năm (2011) cho thấy, kiến thức của NCT về nguy cơ của bệnh tăng huyết áp là 78,1%, biết cách phát hiện tăng huyết áp chiếm 86,6% và 66,6% NCT biết rằng nếu bị bệnh mà không điều trị thì có thể có biến chứng [31].

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt năm 2006 cho thấy, kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ bệnh tăng huyết áp dao động từ 35 % - 85,6%. Kiến thức của người dân về biến chứng của bệnh tăng huyết áp dao động từ 52 % - 84,7% [60].

Như vậy, kiến thức về các yếu tố nguy cơ và biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp của NCT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt.

Sở dĩ có sự khác biệt này là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, cách tiếp cận và địa bàn nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là NCT, trong khi



đối tượng trong nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt là người trưởng thành. Một yếu tố nữa có thể ảnh hưởng tới sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu đó là địa bàn nghiên cứu và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu là không giống nhau. Một vấn đề quan trọng rút ra từ kết quả nghiên cứu này là sự quan tâm của NCT đối với bệnh THA là chưa tương xứng với tỷ lệ mắc căn bệnh này ở NCT. Cần thiết phải có biện pháp để nâng cao nhận thức cho NCT về sự nguy hiểm cũng như cách phòng chống THA.

86,2 % NCT có nhu cầu được cung cấp các thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp. Hơn một nửa trong số này (60,5%) mong muốn được nhận thông tin trực tiếp từ cán bộ y tế. Kết quả này chứng tỏ rằng NCT đã sẵn sàng đón nhận các thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp.

Trong quá trình thảo luận, chúng tôi thấy NCT nào đã quan tâm tới bệnh THA đều hiểu biết tương đối đầy đủ các yếu tố nguy cơ cũng như kiến thức về biến chứng của tăng huyết áp. Tuy nhiên, đa số NCT chỉ biết đến biến chứng mà họ đã gặp trong cuộc sống như “tai biến mạch máu não”. Vì vậy, trong nội dung truyền thông về phòng chống tăng huyết áp, cần phải nhấn mạnh tới các biến chứng khác. Những NCT không quan tâm tới bệnh THA thường không biết cả biến chứng cũng như cách phòng chống.

Phát hiện quan trọng trong thảo luận nhóm giúp cho việc xây dựng kế hoạch can thiệp đó là những rào cản tiếp cận với thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT đó là suy giảm nhiều chức năng, đặc biệt là chức năng nghe, nhìn. Hơn nữa, khoảng 1/5 NCT không biết đọc biết viết, đây là rào cản lớn cho hoạt động truyền thông.

Hiểu được cách học của người cao tuổi là chìa khóa của sự thành công trong hoạt động giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe. Mặc dù NCT không đề cập đến yếu tố văn hóa và lối mòn trong tư duy nhưng theo các chuyên gia lão khoa, kinh nghiệm sống của người cao tuổi và những kiến thức NCT đã được tiếp cận từ khi còn trẻ dẫn tới sự bảo thủ cũng là một yếu tố cản trở việc tiếp cận thông tin mới [100].

Từ những hiểu biết về rào cản đối với việc học tập và tiếp cận thông tin phòng chống tăng huyết áp thông qua thảo luận với NCT, chúng tôi thấy rằng cách tiếp cận hiệu quả nhất là truyền thông trực tiếp dựa vào nhu cầu thực tế của NCT.

**Điều trị tăng huyết áp ở NCT:** Theo dõi đều, điều trị đúng, điều trị đủ hàng ngày và điều trị lâu dài để đạt được “*huyết áp mục tiêu*”, hạn chế biến chứng là mục tiêu điều trị tăng huyết áp theo hướng dẫn của Bộ Y tế [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 266 NCT đi đo huyết áp trong vòng 6 tháng, trong đó có 109 NCT được CBYT chẩn đoán tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 41%. Tỷ lệ NCT biết mình bị tăng huyết áp thấp hơn so với kết quả đo huyết áp trực tiếp từ nhóm nghiên cứu (182 NCT bị tăng huyết áp). Như vậy, có 109/182 NCT biết mình bị tăng huyết áp, còn khoảng 40% NCT không biết mình bị tăng huyết áp. Trong số những người được CBYT chẩn đoán tăng huyết áp, có 44,5% NCT điều trị (uống thuốc đều) bệnh và tỷ lệ NCT sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp hàng ngày là 85,7%.

Sonia Hammami nghiên cứu ở Tuynizia năm 2011 cho kết quả có 81% nhận thức được mình bị tăng huyết áp, 78,4% NCT bị tăng huyết áp có điều trị, tuy nhiên chỉ có 30,7% là điều trị đúng [84].

Theo kết quả của A. Triantafyllou tại Hy Lạp năm 2010, có 89,1% NCT điều trị khi bị THA[125]. Tỷ lệ NCT tăng huyết áp có điều trị trong nghiên cứu của M. Prencipe tiến hành ở Ý( năm 2000) là 59,5% [118].

Kết quả nghiên cứu của R. Malhotra và cộng sự cho thấy, tỷ lệ NCT mắc bệnh tăng huyết áp không điều trị ở Singapore là 32% [106], khoảng một nửa số NCT ở Ấn Độ (2008) không biết bị tăng huyết áp và chỉ có 39% NCT điều trị khi được chẩn đoán tăng huyết áp [150],[151]. Kết quả nghiên cứu của Y. Porapakkham Thái Lan (2008) cho thấy, có 56,1% NCT không biết mình bị tăng huyết áp và chỉ có 36,1% trong số những NCT bị tăng huyết áp có điều trị [117].

Ở Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về nhận thức và tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người trưởng thành nói chung đặc biệt ở NCT. Theo kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hà thực hiện nghiên cứu nhận thức, theo dõi và tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp, có 64,62% người bệnh không uống thuốc[21].

Vương Thị Hồng Hải nghiên cứu nhận thức và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên cho

thấy còn 55% người bệnh chưa nhận thức được cần phải điều trị bệnh lâu dài và có 27,6% người bệnh chưa tuân thủ điều trị.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (2006) cho thấy chỉ có 34,6% người bị tăng huyết áp biết mình có bệnh còn 65,4% không biết mình bị tăng huyết áp. Có 24,9% đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc điều trị bệnh.

Tỷ lệ NCT không biết mình bị tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nước phát triển như Ý, tương đương với các nước đang phát triển và trong khu vực như Ấn Độ, Thái Lan và các nghiên cứu trong nước.

Phân tích lý do có một bộ phận không nhỏ NCT không biết mình bị tăng huyết áp và không điều trị khi được chẩn đoán tăng huyết áp chúng tôi thấy: (i) bệnh tăng huyết áp thường ít có triệu chứng lâm sàng hoặc triệu chứng không điển hình làm cho NCT nhận thức sai về việc phải kiểm tra huyết áp thường xuyên để phát hiện bệnh, có 28,2% NCT không đo huyết áp trong vòng 6 tháng, đa số trong những NCT này cho rằng mình khỏe mạnh nên không cần thiết phải đo huyết áp. Tuy nhiên, khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi phát hiện thấy 40% số NCT không đo huyết áp bị bệnh (ii) Nhận thức đúng về mục tiêu điều trị tăng huyết áp ở NCT còn hạn chế, hơn nữa có nhiều người cao tuổi bị suy giảm trí nhớ nên không nhớ phải uống thuốc, một trong những biến chứng của tăng huyết áp là gây suy giảm trí nhớ. Do đó, vấn đề đặt ra cho hệ thống y tế và gia đình là đối với những người có suy giảm trí nhớ bị tăng huyết áp, cần có người chăm sóc hoặc hỗ trợ điều trị. (iii) Một số ý kiến của nhóm nhỏ NCT cho rằng uống thuốc điều trị bệnh nhưng không thấy hiệu quả nên không duy trì.

#### **4.3.3. Kết quả hoạt động can thiệp**

*Về sự tham gia của đối tượng vào các hoạt động truyền thông:*

Có 57,7% NCT tham gia các buổi nói chuyện chuyên đề (Truyền thông nhóm lớn), đa số NCT tham gia 2 buổi nói chuyện. Những người không tham gia được chủ yếu do không có điều kiện (không ai đưa đi).

Trong số 109 NCT xã Tam Thanh tham gia trả lời phỏng vấn sau can thiệp, có 78,9% NCT được tư vấn tại nhà đủ 3 lần, 87,2 được tư vấn tại nhà và 100% NCT được tư vấn ít nhất 1 lần.

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh [40], có tới 78,8% NCT tham gia các buổi truyền thông. Một nửa số người không tham gia do không đủ sức khỏe (48,4%) và 35,5% không có điều kiện tham gia.

Trong nghiên cứu áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng của Nguyễn Lâm Việt [60], kết quả cho thấy, tỷ lệ tham gia các buổi nói chuyện về phòng chống bệnh tăng huyết áp (nhóm có THA 50,5%; nhóm không THA 26,9%), Tỷ lệ đối tượng nhận được tờ rơi (nhóm THA 22,6%; nhóm không THA là 11,8%). Tỷ lệ được tư vấn về các biện pháp phòng chống bệnh tăng huyết áp dao động trong khoảng 23% – 53,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (truyền thông nhóm lớn) tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (ở nhóm có tăng huyết áp) nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh. Sự khác biệt này theo chúng tôi có lẽ là do khác nhau về cách tổ chức, trong nghiên cứu của chúng tôi, các buổi nói chuyện chuyên đề được tổ chức ở Hội trường UBND xã nên những người xa trung tâm xã có thể sẽ đến ít hơn NCT ở gần. Cách tổ chức của Trần Thị Mai Oanh tiến hành theo nhóm nhỏ ở nhà văn hóa thôn nên thuận tiện hơn với NCT.

Cũng như kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh, đa số NCT trong nghiên cứu của chúng tôi hài lòng với nội dung, phương pháp và cách thức tổ chức truyền thông.

#### *Thay đổi kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT*

Kiến thức của NCT về cách phòng chống bệnh tăng huyết áp được cải thiện sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ở 7 biện pháp đó là: không hút thuốc lá, không thừa cân, không lạm dụng bia rượu, ăn nhiều rau, tăng cường hoạt động thể lực, tránh căng thẳng, hạn chế ăn đồ bảo quản lâu. Một số hoạt động phòng chống chưa được cải thiện sau can thiệp đó là tránh lo âu, căng thẳng. Nhìn chung cả nhóm bệnh và nhóm chứng đều có sự thay đổi, nhưng CSHQ ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng với  $p < 0,05$  (bảng 3.35).

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 về biến chứng của bệnh tăng huyết áp được

cải thiện hơn, biến chứng được nhiều NCT nhớ nhất là tai biến mạch máu não, đột quỵ ( $p < 0,0001$ ) tiếp theo là nhồi máu cơ tim. Vẫn có rất ít NCT nhớ được các biến chứng giảm trí nhớ, tổn thương võng mạc đặc biệt là suy thận thì vẫn chưa NCT nào nhắc tới sau can thiệp.

Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh [40] ở Chí Linh – Hải Dương cho thấy, kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở NCT trước can thiệp là 10,9 % ; sau can thiệp là 57,2%.

Hội Y tế công cộng Việt Nam tiến hành dự án nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng. Sau hai năm thực hiện, kết quả ban đầu cho thấy, 17,2% số đối tượng hút thuốc đã bỏ thuốc và 57,8% không còn hút thuốc trong nhà hoặc nơi có biển cấm, tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ giảm từ 21,1% xuống còn 12,6%. [26]

C. Garcia-Pena [80] tiến hành nghiên cứu hiệu quả của việc thăm và tư vấn cho NCT tại nhà về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở Mexico năm 2001 cho thấy, nhóm NCT được tư vấn có nhận thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cao hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ )

Đánh giá chung về kết quả can thiệp, chúng tôi nhận thấy có một điểm tương đồng đó là sau can thiệp, tất cả các nghiên cứu đều cho kết quả khả quan, kiến thức của NCT sau can thiệp cao hơn trước can thiệp và cao hơn nhóm chứng. Tuy nhiên, mức độ thay đổi lại không giống nhau ở các nội dung.

Kiến thức của NCT về nguy cơ của bệnh tăng huyết áp cũng như cách phòng chống tăng cao hơn so với kiến thức của NCT về biến chứng của tăng huyết áp. Thậm chí có những biến chứng hầu như không có sự thay đổi nào như biến chứng suy thận. Câu hỏi đặt ra là tại sao lại tồn tại hiện tượng này? Nghiên cứu các tài liệu và từ thực tiễn giám sát hoạt động can thiệp truyền thông chúng tôi xin đưa ra những giải thích như sau:

Trước hết, kiến thức của mỗi cá nhân là quá trình tích lũy trong cuộc sống từ khi còn trẻ tới khi về già, có những nội dung mặc dù NCT được nghe giải thích trực tiếp từ cán bộ y tế song lại ít khi gặp thực tế trong cuộc sống hoặc có gặp hiện tượng đó trong

cuộc sống nhưng lại không biết có liên quan đến kiến thức đã được học. Kết quả là những nội dung này không có ấn tượng gì và NCT nghe xong là quên ngay nhất là thời gian lặp lại thông tin có thể hơi xa (3 tháng).

Thứ hai, NCT có sự suy giảm nhiều chức năng, nhất là chức năng nghe, nhìn. Điều đó làm giảm khả năng giao tiếp hiệu quả giữa cán bộ y tế và NCT. Hơn nữa, sự tập trung và trí nhớ của NCT suy giảm nhất là người từ 75 trở lên, do đó hiệu quả truyền thông bị hạn chế.

Thứ ba, NCT thường sử dụng kinh nghiệm đã trải nghiệm trong cuộc sống khi còn trẻ để vận dụng vào hiện tại, điều này cản trở NCT tiếp nhận kiến thức mới và cuối cùng là trình độ học vấn thấp (gần 20 % NCT mù chữ) làm hạn chế nhận thức và giao tiếp của NCT.

Yếu tố thứ tư và cũng là yếu tố liên quan đến tâm lý của NCT đó là vị trí của người truyền thông. Nếu người truyền thông là người trực tiếp điều trị hoặc có uy tín sẽ tác động mạnh hơn tới nhận thức của NCT. Trong nghiên cứu này, người làm công tác truyền thông trực tiếp là sinh viên nên hiệu quả can thiệp không cao.

#### *Kết quả thay đổi thực hành phòng chống bệnh THA ở NCT*

Theo dõi và duy trì điều trị bệnh là một trong những nội dung can thiệp nâng cao kiến thức cho NCT về phòng chống bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu trình bày ở bảng 3.37 cho thấy, tỷ lệ NCT đo huyết áp thường kỳ chưa có nhiều sự cải thiện. Tuy nhiên, tỷ lệ NCT biết mình bị tăng huyết áp (62,3% so với 39,3%) được cải thiện đáng kể đặc biệt là tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm can thiệp (83,3%) cao hơn nhóm chứng (51,9%) một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

Số NCT thử ăn giảm muối sau can thiệp (15,6%) cao hơn so với trước can thiệp (11,3%) và so với nhóm chứng (8,1%), tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ NCT ăn thức ăn bảo quản lâu sau can thiệp giảm so với trước can thiệp và so với nhóm chứng với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ NCT ăn rau quả nhiều hơn.

Hai thói quen của NCT là hút thuốc lá và thể thao được cải thiện sau can thiệp (5,5%) so với trước can thiệp (8,2%) và với nhóm chứng (4,1%). Trước can thiệp có 8,2% NCT hiện còn hút thuốc, đến sau can thiệp, tỷ lệ này chỉ còn 5,5%, CSHQ(%) = -

32,9. Hiệu quả của can thiệp cũng được ghi nhận bởi sự thay đổi hành vi tập thể thao ở nhóm can thiệp tăng gần 10% (CSHQ(%) = 16,69).

Thói quen lạm dụng rượu chưa thấy thay đổi cả ở nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Nhìn chung, sau 12 tháng can thiệp, kiến thức và thực hành của NCT trong phòng chống bệnh tăng huyết áp có thay đổi so với trước can thiệp và so với nhóm chứng. Song những kết quả đạt được chưa như mong muốn của nhóm nghiên cứu.

#### **4.4. Hạn chế và đóng góp chính của đề tài**

##### ***Đóng góp chính của đề tài***

Đề tài cung cấp số liệu một cách khá hệ thống về tình hình sức khỏe người cao tuổi khu vực 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản (2010) đặc biệt là các số liệu về bệnh mạn tính thường gặp và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh ở người cao tuổi.

Đề tài cung cấp bằng chứng về cách tiếp cận mới hiệu quả hơn về truyền thông giáo dục sức khỏe cho người cao tuổi.

##### ***Hạn chế trong lựa chọn đối tượng nghiên cứu***

Đây là một nghiên cứu được thiết kế vừa mô tả, vừa can thiệp, đồng thời nghiên cứu có sử dụng các xét nghiệm sinh hóa máu. Vì vậy, ảnh hưởng rất lớn đến việc chọn mẫu nghiên cứu. Để khắc phục hạn chế này, chúng tôi chọn những tiêu chí mà hai xã tương đồng như hệ thống y tế, chất lượng cán bộ y tế, mức sống dân cư, đặc biệt là có sinh viên thực tế.

Hoạt động thu thập số liệu tương đối phức tạp bao gồm cả khám lâm sàng, làm xét nghiệm, phỏng vấn cá nhân, phỏng vấn nhóm. Vì vậy, công tác tổ chức gặp rất nhiều khó khăn để đảm bảo chất lượng số liệu, nhất là việc tổ chức lấy máu làm xét nghiệm. Để khắc phục khó khăn này, chúng tôi đã tiến hành truyền thông trước trên loa truyền thanh của xã, đồng thời sử dụng những người rất thông thạo về từng lĩnh vực chuyên môn, có kinh nghiệm trong điều tra cộng đồng tham gia nhóm thu thập số liệu. Mặc dù nhóm nghiên cứu đã rất cố gắng song thực tế vẫn có nhiều NCT từ chối tham gia nghiên cứu vì những lý do khác nhau.

##### ***Hạn chế trong hoạt động can thiệp***

Trong quá trình tiến hành can thiệp, nhóm nghiên cứu gặp phải một số cản trở nhất định cụ thể là:

Do điều kiện kinh tế - xã hội có nhiều thay đổi trong địa bàn can thiệp, vì vậy một số lượng khá lớn NCT (hơn 20%) không tham gia đánh giá sau can thiệp vì những lý do khác nhau (chủ yếu là chăm sóc cháu). Điều này nằm ngoài dự tính của nhóm nghiên cứu.

Mặc dù đã có hẹn trước khi tới thăm gia đình để can thiệp, song do nhiều lý do đột xuất (đi thăm cháu, đi khám bệnh, đi làm...) nên khá nhiều lần nhóm nghiên cứu đến nhà không gặp được đối tượng nghiên cứu.

Trong quá trình tư vấn tại nhà cho NCT, xảy ra nhiều tình huống NCT hỏi cán bộ nghiên cứu về những bệnh khác ngoài bệnh THA, kiến thức về lão khoa của cán bộ y tế cơ sở và của nghiên cứu viên (sinh viên) còn hạn chế làm ảnh hưởng không ít tới niềm tin của NCT vào cán bộ y tế.

Một bộ phận không nhỏ (42,9%) NCT từ 75 tuổi trở lên gặp khó khăn trong giao tiếp vì suy giảm chức năng nghe. Để khắc phục khó khăn này, nhóm nghiên cứu đã phải kết hợp cùng người nhà, hàng xóm và cán bộ y tế cơ sở trong việc phỏng vấn và truyền thông giáo dục sức khỏe.

### ***Những hạn chế khác***

Trong nghiên cứu này, vì các bệnh mạn tính ở NCT được phát hiện thông qua nghiên cứu ngang, nên không xác định được thời gian mắc các bệnh mạn tính. Vì vậy, khó xác định yếu tố nguy cơ.



## KẾT LUẬN

Từ những kết quả thu thập được và phân tích theo mục tiêu của đề tài, chúng tôi đi đến một số kết luận sau:

### **1. Tình hình sức khỏe và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh của NCT**

Tỷ lệ NCT ở hai xã nghiên cứu có sức khỏe tốt còn thấp (4,9%). Tuổi cao là yếu tố có ảnh hưởng tới sức khỏe của NCT một cách có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

Tỷ lệ NCT mắc các bệnh mạn tính cao cụ thể là: 52,8% NCT bị tăng huyết áp; 5,8 % NCT mắc bệnh đái tháo đường; 53,3% NCT rối loạn lipid máu; Tỷ lệ NCT mắc bệnh xương khớp là 69,9 % NCT; 71,3% NCT mắc bệnh về mắt; Trung bình 1 NCT có 2,54 bệnh mạn tính.

Yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh ở NCT là: Giới tính, tuổi, BMI cao cụ thể là:

NCT nữ giới bị THA chỉ bằng gần một nửa (0,55) so với nam giới.

NCT có BMI  $\geq 23$  có nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ cao gấp 3 lần so với nhóm có BMI  $< 23$ . Nhóm người từ 80 tuổi trở lên có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nhóm người có độ tuổi từ 60 – 69;

Tuổi, triglycerides và LDL-C có mối tương quan thuận chiều với trị số đường huyết một cách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

Chỉ số khối cơ thể (BMI) và giới tính là hai yếu tố có liên quan đến tình trạng rối loạn lipid ở NCT. Hầu hết các chỉ số lipid máu có tương quan thuận chiều với trị số đường huyết và chỉ số khối cơ thể (BMI) với  $p < 0,01$ .

### **2. Kết quả áp dụng giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh THA cho NCT có sự tham gia của sinh viên Điều dưỡng**

#### ***2.1. Mô hình can thiệp***

Mô hình can thiệp được thực hiện dựa vào tính sẵn có của nguồn nhân lực nên có tính khả thi cao, khả năng áp dụng có thể được thực hiện ở nhiều địa bàn có đặc điểm tương tự trong cả nước.

Cách tiếp cận trong hoạt động truyền thông trực tiếp dựa trên nhu cầu thực tế, đáp ứng đúng nhu cầu của NCT nên có tính hiệu quả, tính bền vững cao. Điểm mới của mô

hình can thiệp ở chỗ người làm truyền thông không trình bày theo trật tự các nội dung đã được sắp xếp sẵn mà xác định những kiến thức NCT còn thiếu để bổ sung.

## **2.2. Kết quả can thiệp**

Hoạt động can thiệp cải thiện đáng kể kiến thức của NCT xã Tam Thanh về các biện pháp phòng chống bệnh tăng huyết áp ví dụ: trước can thiệp chỉ có 6,3% NCT biết rằng **ít ăn mỡ động vật** có thể phòng bệnh THA; sau can thiệp tỷ lệ này là 35,8%.

Trước can thiệp, chỉ có khoảng 10,7% NCT biết TBMMN là hậu quả của bệnh THA; Sau can thiệp, tỷ lệ này là 53,2%

Tỷ lệ NCT thử ăn giảm muối trước can thiệp 11,3%, sau can thiệp tăng lên 15,6%

Tỷ lệ NCT có thói quen ăn thức ăn bảo quản lâu (47,2%) giảm xuống còn 22,9%

Tỷ lệ NCT hoạt động thể thao tăng 50,3% lên 58,7%

Chưa thấy NCT nào nhắc tới biến chứng suy thận và suy giảm trí nhớ

Mức độ cải thiện các thói quen hút thuốc, lạm dụng rượu và một số thói quen dinh dưỡng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )

## **KHUYẾN NGHỊ**

Qua kết quả nghiên cứu và những kinh nghiệm thu được từ thực tế triển khai hoạt động can thiệp nâng cao nhận thức, thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT tại xã Tam Thanh huyện Vụ Bản, chúng tôi thấy tỷ lệ NCT có sức khỏe tốt rất thấp, tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính cao vì vậy xin có một số đề xuất sau:

### **1. Với Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và Y tế cơ sở huyện Vụ Bản**

Nhà trường cần phối hợp với Y tế cơ sở trên địa bàn huyện Vụ Bản mở rộng mô hình can thiệp sang các xã khác trong huyện thông qua hình thức xây dựng kế hoạch đào tạo phù hợp để sinh viên có thể đi thực tế luân phiên trong các xã trên địa bàn huyện. Đồng thời phối hợp với Y tế cơ sở tổ chức đào tạo liên tục cho cán bộ Y tế xã về chăm sóc các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT.

### **2. Với Y tế xã**

Cập nhật kiến thức về chăm sóc các bệnh mạn tính không lây thường gặp ở người cao tuổi để có thể phối hợp với các cơ sở y tế khác trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe NCT.

### **3. Với người cao tuổi**

Tăng huyết áp là bệnh nguy hiểm và có tỷ lệ mắc cao, vì vậy NCT cần phải thực hiện lối sống lành mạnh và theo dõi huyết áp thường xuyên để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời, hạn chế tối đa tai biến do THA.

## Tài liệu tham khảo tiếng Việt

1. **Trần Thị Vân Anh** (2008), "Người cao tuổi và gia đình", *Nghiên cứu Gia đình và Giới*. 2, tr. 15-27.
2. **Lê Vũ Anh và các cộng sự.** (2010), Xây dựng mô hình nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia tích cực trong một chương trình can thiệp Y tế công cộng ở Tiền Hải, Thái Bình, *Báo cáo toàn văn Hội nghị khoa học toàn quốc Hội Y tế công cộng Việt Nam lần thứ VI*, chủ biên, Nha Trang, Khánh Hòa, tr. 128-141.
3. **Nguyễn Quốc Anh** (2005), *Nghiên cứu một số đặc trưng của người cao tuổi và đánh giá mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hiện đang áp dụng*, Báo cáo đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, Ủy Ban dân số, gia đình và trẻ em - trung tâm thông tin, Hà Nội.
4. **Ban đại diện Hội người cao tuổi tỉnh Nam Định** (2010), "Báo cáo tổng kết công tác Hội năm 2010, phương hướng, nhiệm vụ công tác năm 2011". Số 41/BC-NCT.
5. **Tạ Văn Bình** (2005), *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường trong phạm vi toàn quốc*, Báo cáo tổng kết đề tài nhánh cấp Nhà nước Mã số: KC.10.15.01, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Tạ Văn Bình và các cộng sự.** (2007), "Tìm hiểu kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống đái tháo đường ở người có nguy cơ ", *Tạp chí Thông tin Y Dược*. 7, tr. 14 -20.
7. **Bộ Kế hoạch và Đầu tư - Tổng cục thống kê** (2011), *Dự báo dân số Việt Nam 2009 - 2049*, Hà Nội, truy cập ngày 14/3/2012, tại trang web <http://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=596&ItemID=11015>.
8. **Bộ Kế hoạch và Đầu tư - Tổng cục thống kê** (2011), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 2009 - Giáo dục ở Việt Nam: Phân tích các chỉ số chủ yếu*, Hà Nội.
9. **Bộ Kế hoạch và Đầu tư - Tổng cục thống kê** (2011), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009: Cấu trúc tuổi- giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam*, Hà Nội.
10. **Bộ Văn hóa - Thể thao và Du lịch.** (2008), *Kết quả điều tra gia đình Việt Nam 2006.*, Báo cáo tóm tắt, Hà Nội.
11. **Bộ Y tế** (2010), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*, chủ biên, quyết định số 3192/QĐ - BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010.
12. **Bộ Y tế** (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2*, chủ biên, Ban hành kèm theo Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
13. **Bộ Y tế và Tổng cục thống kê** (2003), *Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia 2001 - 2002*, Nhà xuất bản Y học, chủ biên, Hà Nội.

14. **Bộ Y tế và WHO** (2010), Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS) Việt Nam năm 2010, *Hội nghị triển khai luật phòng chống tác hại của thuốc lá* chủ biên, Hạ Long - Việt Nam.
15. **Trương Thị Chiêu và các cộng sự.** (2011), "Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân bị tai biến mạch máu não giai đoạn cấp", *Tạp chí Y học Thực hành.* 2(751), tr. 106-108.
16. **Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá quốc gia (VINACOSH)** (2012), *Hướng dẫn xây dựng trường Đại học, Cao đẳng, Học viện không khói thuốc lá*, Lương Ngọc Khuê, ed, Hà Nội.
17. **Đàm Việt Cường và các cộng sự.** (2006), *Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà nội, truy cập ngày 14/10/2010, tại trang web <http://www.hspi.org.vn/vcl/...html>.
18. **Tạ Mạnh Cường** (2010), *Rối loạn Lipid máu*, truy cập ngày 12/10/2011, tại trang web <http://www.cardionet.vn>.
19. **Martin Evans và các cộng sự.** (2010), *Mối liên quan giữa Tuổi cao và Nghèo ở Việt Nam*, Setsuko Yamazaki Giám đốc Chương trình UNDP tại Việt Nam, chủ biên, Hà Nội.
20. **Phạm Ngân Giang và các cộng sự.** (2010), "Can thiệp kiểm soát tăng huyết áp ở cộng đồng nông thôn", *Tạp chí Y học Thực hành.* 1(696), tr. 55-58.
21. **Bùi Thị Hà** (2010), "Đánh giá nhận thức, sự theo dõi và tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp", *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2(2), tr. 14-20.
22. **Vương Thị Hồng Hải và Dương Hồng Thái** (2007), "Đánh giá sự tuân thủ và nhận thức về điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Thông tin Y Dược* (12), tr. 28-32.
23. **Trần Thị Hạnh** (2008), "Thực trạng chăm sóc sức khỏe tại nhà cho người cao tuổi quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 1(12), tr. 1-6.
24. **Phạm Văn Hoan** (2007), "Vấn đề người cao tuổi ở Việt Nam", *Tạp chí Khoa học Xã hội.* 8(108), tr. 16-20.
25. **Phạm Vũ Hoàng** (2011), "Đời sống vật chất người cao tuổi Việt Nam - thực trạng và khuyến nghị", *Tạp chí Dân số & Phát triển.* 10(127).
26. **Hội Y tế công cộng Việt Nam** (2010), *Nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia chủ động, tích cực vào các hoạt động của cộng đồng*, truy cập ngày 15/10/2012, tại trang web <http://www.vpha.org.vn/index.php/Table/Suc-khoe-nguoi-cao-tuoi/>.

27. **Nguyễn Thế Huệ** (2004), "Thực trạng sức khỏe và đời sống người cao tuổi ở Hải Dương, Quảng Bình và Đắk Lắk ", *Tạp chí Dân số & Phát triển*. 10, tr 12-15.
28. **Nguyễn Thế Huệ** (2006), "Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi", *Tạp chí Dân số và Phát triển*. 10, tr. 33-37.
29. **Vũ Việt Hùng** (2003), "Nghiên cứu tình hình sức khỏe, bệnh tật và nhu cầu chăm sóc y tế của người cao tuổi", *Kỷ yếu các đề tài khoa học công nghệ tỉnh Nam Định giai đoạn 2000 - 2005*, tr. 225-228.
30. **Hoàng Khánh và Tạ Tiến Dũng** (2007), "Nghiên cứu một số đặc điểm và nhận thức về tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Vĩnh Hưng, tỉnh Long An", *Tạp chí Y học thực hành*. 1(562), tr. 24-27.
31. **Nguyễn Tuấn Khanh** (2011), Kiến thức, thực hành về phòng ngừa, điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho năm 2011, *Hội nghị tim mạch miền Trung - Tây Nguyên mở rộng lần thứ VI*, chủ biên, TP. Buôn Ma Thuột - tỉnh Đắk Lắk.
32. **Nguyễn Hữu Lê, Nguyễn Hữu Dũng và Bùi Đình Long** (2013), "Nghiên cứu tỷ lệ mù lòa do đục thủy tinh thể và độ bao phủ phẫu thuật tại tỉnh Nghệ An năm 2012", *Tạp chí Y tế Công cộng* 6(28), tr. 58-62.
33. **Trần Thị Mỹ Loan và Trương Quang Bình** (2009), "Tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp ", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh* 13(1), tr. 61-66.
34. **Giang Thanh Long và Bùi Thế Cường** (2009), *Cơ cấu dân số vàng ở Việt Nam: Cơ hội, thách thức và các khuyến nghị chính sách*, Dự án VNM7PG0009 của Tổng cục Dân số - KHHGD do UNFPA tài trợ, Hà Nội.
35. **Hoàng Đăng Mịch** (2008), "Nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở Hải Phòng", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 1(11), tr. 1-4.
36. **Trương Tấn Minh và Lê Tấn Phùng** (2010), "Tình hình tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tỉnh Khánh Hòa năm 2008", *Khoa học Công nghệ và Môi trường Khánh Hòa*. 4, tr. 40-42.
37. **Nguyễn Đức Ngộ và Nguyễn Văn Quỳnh** (2007), "Nghiên cứu mối liên quan giữa kháng Insulin với béo phì và rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường Type II", *Tạp chí Y học Thực hành*. 10(581+582), tr. 50-54.
38. **Nguyễn Huy Ngọc** (2007), "Nhận xét tình hình rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân tai biến mạch máu não do tăng huyết áp ở bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ", *Tạp chí Y học Thực hành*. 3(566+567), tr. 54-56.
39. **Nguyễn Thanh Ngọc và Tạ Mạnh Cường** (2009), "Cập nhật về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại phường Phương Mai quận Đống Đa, Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 12(2), tr. 33-40.

40. **Trần Thị Mai Oanh** (2010), *Sức khoẻ, chăm sóc sức khoẻ của người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp ở huyện miền núi Chí Linh, tỉnh Hải Dương*, Luận án Tiến sỹ Y học, Viện Vệ sinh - Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
41. **Phan Hải Phương** (2011), "Hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân tăng huyết áp có tuổi", *Tạp chí Y học Thực hành*. 2(751), tr. 60-62.
42. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam** (2009), Luật người cao tuổi, chủ biên, Số 39/2009/QH12, Hà Nội.
43. **Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFDP)** (2011), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*, Hà Nội, truy cập ngày-11/5/2012, tại trang web <http://vietnam.unfpa.org>.
44. **Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFDP)** và Bộ Y tế - Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (2009), *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam*, Phạm Thắng và Đỗ Thị Khánh Hỷ, chủ biên, Viện lão khoa Quốc gia - Bộ Y tế, Hà Nội.
45. **Quỹ dân số Liên hợp quốc (UNFPA)** và Tổ chức Hỗ trợ Người cao tuổi Quốc tế (HelpAge International) (2012), *Già hóa trong Thế kỷ 21: Thành tựu và Thách thức*, báo cáo tóm tắt, New York
46. **Phạm Thắng** (2007), "Tình hình bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam qua một số nghiên cứu dịch tễ học tại cộng đồng", *Tạp chí Dân số & Phát triển*. 4(73).
47. **Đông Văn Thành** (2012), Báo cáo Tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh Tăng huyết áp, *Hội nghị tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh Tăng huyết áp*, chủ biên, Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội.
48. **Trần Đức Thọ, Phạm Thắng và Hồ Kim Thanh** (2009), "Tìm hiểu một số rối loạn liên quan với béo phì ở người trên 60 tuổi", *Tạp chí Y học Thực hành*. 6(666), tr. 28-31.
49. **Đoàn Phước Thuộc** (2007), "Nghiên cứu tăng huyết áp ở người có rối loạn lipid máu", *Tạp chí Y học thực hành*. 3(566+567), tr. 116-119.
50. **Nguyễn Kim Thủy và Đào Thu Giang** (2006), "Tìm hiểu mối liên quan giữa béo phì với rối loạn lipid máu", *Tạp chí Y học Thực hành*. 8, tr. 8-9.
51. **Trần Đình Toán** (1995), *Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) ở cán bộ viên chức trên 45 tuổi và mối liên quan giữa BMI với một số chỉ tiêu sức khỏe bệnh tật*, Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y Dược, Đại học Y khoa Hà Nội, Hà Nội.
52. **Trần Đình Toán** (2014), *Ăn uống phòng và chữa bệnh ở người cao tuổi*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

53. **Trần Đình Toán và Lê Văn Thạch** (2004), *Một số nhận xét về tình trạng dinh dưỡng-sức khỏe của cán bộ lão thành cách mạng được khám, kiểm tra tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2004*, Viện Dinh dưỡng truy cập ngày 15/2/2010, tại trang web <http://viendinhduong.vn/research>.
54. **Lê Trung Trần** (2006), "Văn hóa gia đình và vai trò của người cao tuổi", *Tạp chí Dân số & Phát triển*. 2, tr. 37-39.
55. **Nguyễn Văn Tư** (2006), "Đặc điểm một số chỉ số sinh hóa, huyết học của người cao tuổi thừa cân béo phì tại thành phố Thái Nguyên", *Vietnam journal of Physiology*. 10(3), tr. 16 - 20
56. **Lê Văn Tuấn, Nguyễn Hải Hằng và Phạm Thắng** (2009), "Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại Viện lão khoa Quốc gia năm 2008", *Tạp chí Y học Thực hành*. 6(666), tr. 41-43.
57. **Phạm Duy Tường và Nguyễn Xuân Tú** (2007), "Tập tính và tình trạng dinh dưỡng của các cụ cao tuổi ở xã Tam Hưng, Thanh Oai, Hà Tây", *Tạp chí Y học dự phòng*. 3+4(86), tr. 16-20.
58. **Viện Dinh dưỡng** (2011), *Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi*. Truy cập ngày 16/8/2012, tại trang web <http://viendinhduong.vn/news>.
59. **Đình Hoàng Việt, Lưu Ngọc Hoạt và Phạm Ngân Giang** (2008), "Tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Cần Thơ và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 56(4), tr. 17-22.
60. **Nguyễn Lâm Việt** (2007), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng*, Đề tài cấp Bộ, chủ biên, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
61. **Nguyễn Thị Xuyên** (2010), "Già hóa dân số và chính sách chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi Việt Nam", *Tạp chí Y học Thực hành*. 5(715), tr. 56-58.

#### **Tài liệu tiếng Anh**

62. **B. Wiener, et al.** (2009), "Delphi survey of research priorities", *J Nurs Manag.* 17(5), pp. 532-8.
63. **AACE Guidelines** (2012), "American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis", *Endocrine Practice*. 18(1), pp. 1-78.
64. **F. B. Andrade, et al.** (2012), "Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitoria-ES, Brazil", *Cien Saude Colet.* 17(3), pp. 749-56.
65. **A. Araujo Filho, et al.** (2008), "Prevalence of visual impairment, blindness, ocular disorders and cataract surgery outcomes in low-income elderly from a



- metropolitan region of Sao Paulo--Brazil", *Arq Bras Oftalmol.* 71(2), pp. 246-53.
66. **Fotoula Babatsikou and Assimina Zavitsanou** (2010), "Epidemiology of hypertension in the elderly", *Health Science Journal.* 4(1), pp. 24-30.
  67. **J. R. Banegas and et al.** (2007), "Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly", *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 14(3), pp. 456-62.
  68. **A. Barcelo, et al.** (2006), "The prevalence of diagnosed diabetes among the elderly of seven cities in Latin America and the Caribbean: The Health Wellbeing and Aging (SABE) Project", *J Aging Health.* 18(2), pp. 224-39.
  69. **M. Blagojevic, C. Jinks and A. Jefferyz and K. P. Jordany** (2010), "Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis", *Osteoarthritis and Cartilage.* (2010)(18), pp. 24-33.
  70. **PP. Brindel, et al.** (2006), "Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study", *J Hypertens.* 24(1), pp. 51-8.
  71. **Y. Cao, et al.** (2012), "Diabetes and hypertension have become leading causes of CKD in Chinese elderly patients: a comparison between 1990-1991 and 2009-2010", *Int Urol Nephrol.* 44(4), pp. 1269-76.
  72. **H. J. Cho, et al.** (2011), "Gender and prevalence of knee osteoarthritis types in elderly Koreans", *J Arthroplasty.* 26(7), pp. 994-9.
  73. **K. M. Cooper, et al.** (2001), "Health barriers to walking for exercise in elderly primary care", *Geriatr Nurs.* 22(5), pp. 258-62.
  74. **J. W. Culbertson** (2006), "Alcohol use in the elderly: beyond the CAGE. Part 1 of 2: prevalence and patterns of problem drinking", *Geriatrics.* 61(10), pp. 23-7.
  75. **R. Defay and et al.** (2001), "Relationships between physical activity, obesity and diabetes mellitus in a French elderly population: the POLA study. Pathologies Oculaires liees a l' Age", *Int J Obes Relat Metab Disord.* 25(4), pp. 512-8.
  76. **G. R. Falsarella, et al.** (2013), "Prevalence and factors associated with rheumatic diseases and chronic joint symptoms in the elderly", *Geriatr Gerontol Int.*
  77. **International Diabetes Federation** (2012), *Diabetes Atlas 5th Edition 2012 Update*, accessed 15/10/2012, from <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012>.

78. **Marlene Fransen, et al.** (2011), "The epidemiology of osteoarthritis in Asia", *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2011(14), pp. 113 - 121.
79. **M. PP. Freitas, A. I. Loyola Filho and M. F. Lima-Costa** (2011), "Dyslipidemia and the risk of incident hypertension in a population of community-dwelling Brazilian elderly: the Bambui Cohort Study of Aging", *Cad Saude Publica*. 27 Suppl 3, pp. S351-9.
80. **C. Garcia-Pena, et al.** (2001), "Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico", *Int J Epidemiol*. 30(6), pp. 1485-91.
81. **Thanh Long Giang and Wade Donald Pfau** (2007), "Patterns and Determinants of Living Arrangements for the Elderly in Vietnam", *The Publishing House of Social Labour*. 2 (2007), pp. 147-176.
82. **S. Goya Wannamethee, et al.** (2004), "Overweight and obesity and the burden of disease and disability in elderly men", *Int J Obes Relat Metab Disord*. 28(11), pp. 1374-82.
83. **Sonia Hammami, et al.** (2012), "Prevalence of diabetes mellitus among non institutionalized elderly in Monastir City", *BMC Endocrine Disorders*. 1472(6823).
84. **Sonia Hammami, et al.** (2011), "Awareness, treatment and control of hypertension among the elderly living in their home in Tunisia", *BMC Cardiovascular Disorders* 1471(11), pp. 2261-2265.
85. **T. S. Han, Abdelouahid Tajar and M. E. J. Lean** (2011), "Obesity and weight management in the elderly", *British Medical Bulletin* 2011(97), pp. 169-196.
86. **Wan He, Mark N. Muenchrath and Paul Kowal** (2012), *Shades of Gray: A Cross-Country Study of Health and Well-Being of the Older Populations in SAGE Countries, 2007–2010*, International Population Reports, U.S. Census Bureau, Washington.
87. **Wan He, Manisha Sengupta and Kaiti Zhang and Ping Guo** (2007), *Health and Health Care of the Older Population in Urban and Rural China: 2000*, U.S. Government Printing Office,, Washington, DC, truy cập ngày-2010, from [www.census.gov/prod/2007pubs/p95-07-2.pdf](http://www.census.gov/prod/2007pubs/p95-07-2.pdf).
88. **A. Henni, et al.** (2013), "Prevalence and issues of screening for alcohol consumption among elderly inpatients admitted to acute geriatric inpatient unit", *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 11(1), pp. 33-41.
89. **J. Hewitt, et al.** (2009), "The prevalence of Type 2 diabetes and its associated health problems in a community-dwelling elderly population", *Diabet Med*. 26(4), pp. 370-6.

90. **Chia-Chien Hsu and Brian A. Sandford** (2007), "The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus", *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 12(10), pp. 1-8.
91. **Y. Igari, H. Nakano and K. Oba** (2006), "[Epidemiology of elderly diabetes mellitus in Japan]", *Nihon Rinsho*. 64(1), pp. 12-8.
92. **Institute of Alcohol Studies** (2010), *Alcohol & the Elderly*, accessed 14/10/2011, from: <http://www.ias.org.uk/resources/events/elderly/html>.
93. **International Diabetes Federation** (2012), Global Guideline for Type 2 Diabetes, *Clinical Guidelines Task Force*, chủ biên, Brussels, Belgium.
94. **International Diabetes Federation** (2012), *IDF Diabetes Atlas 5th Edition 2012 Update*, accessed 1/2/2013, from [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas).
95. **International Longevity Centre - UK** (2011), *Non-Communicable Diseases in an Ageing World*, London, truy cập ngày-2010, from [www.ilcuk.org.uk](http://www.ilcuk.org.uk).
96. **Umakorn Jaiyungyuen, et al.** (2010 ), Factors influencing Health - Promoting Heaviors of Older People with Hypertension, *1st Mae Fah Luang University International Conference 2012*, chủ biên, Chiang Rai - Thailand.
97. **F. Javed, et al.** (2011), "Association of BMI and cardiovascular risk stratification in the elderly African-American females", *Obesity (Silver Spring)*. 19(6), pp. 1182-6.
98. **M. C. Kalavathy, et al.** (2000), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly community-based sample in Kerala, India", *Natl Med J India*. 13(1), pp. 9-15.
99. **T. Kaneda, et al.** (2009), "Gender Differences in Functional Health and Mortality Among the Chinese Elderly: Testing an Exposure Versus Vulnerability Hypothesis", *Res Aging*. 31(3), pp. 361-388.
100. **Ayla Kececi and Serap Bulduk** (2012), *Health Education for the Elderly Turkey*, accessed 15/10/2012, from <http://cdn.intechopen.com/pdf>
101. **Ayla Kececi and Serap Bulduk** (2012), "Health Education for the Elderly", trong Craig Atwood, *Geriatrics*, InTech, Shanghai, China.
102. **Paul Kowal, et al.** (2012), Aging, Health, and Chronic Conditions in China and India: Results from the Multinational Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE), *Aging in Asia finding from new and emerging data initiatives* James PP. Smith and Malay Majmundar, chủ biên, The National Academies Press, Washington D.C.
103. **A. Y. Lam** (2008), "Assessing medication consultations, hypertension control, awareness, and treatment among elderly Asian community dwellers", *Consult Pharm*. 23(10), pp. 795-803.

104. **M. A. Lopes, et al.** (2010), "Prevalence of alcohol-related problems in an elderly population and their association with cognitive impairment and dementia", *Alcohol Clin Exp Res.* 34(4), pp. 726-33.
105. **R. C. Luna, et al.** (2012), "Relation between glucose levels, high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), body mass index (BMI) and serum and dietary retinol in elderly in population-based study", *Arch Gerontol Geriapp.* 54(3), pp. 462-8.
106. **R. Malhotra, et al.** (2010), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore", *Hypertens Res.* 33(12), pp. 1223-31.
107. **Margaret McDonald, et al.** (2009), "Prevalence, Awareness, and Management of Hypertension, Dyslipidemia, and Diabetes Among United States Adults Aged 65 and Older", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 64A(2), pp. 256-263.
108. **J. J. Michon, et al.** (2002), "Prevalence of visual impairment, blindness, and cataract surgery in the Hong Kong elderly", *Br J Ophthalmol.* 86(2), pp. 133-9.
109. **M Hassan Murad, et al.** (2012), "The association of hypertriglyceridemia with cardiovascular events and pancreatitis: a systematic review and meta-analysis", *BMC Endocrine Disorders 2012.* 12(2), pp. 1-18.
110. **L. Mykkanen, et al.** (1990), "Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in elderly subjects and their association with obesity and family history of diabetes", *Diabetes Care.* 13(11), pp. 1099-105.
111. **Seth M. Noar and Rick S. Zimmerman** (2005), "Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction?", *Health Education Research.* 20(3), pp. 275-290.
112. **H. T. Ong, et al.** (2010), "Hypertension in a residential home for the elderly in Penang, Malaysia", *Med J Malaysia.* 65(1), pp. 18-20.
113. **D. B. Panagiotakos, A. Polystipiotti and E. Polychronopoulos** (2007), "Prevalence of type 2 diabetes and physical activity status in elderly men and women from Cyprus (the MEDIS Study)", *Asia Pac J Public Health.* 19(3), pp. 22-8.
114. **Pereira, et al.** (2009), "Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries", *J Hypertens.* 27(5), pp. 963-75.
115. **Population Reference Bureau** (2008), *Obesity, Economics, and Health, Today's Research on Aging*, 13, pp. 1-5.

116. **Population Reference Bureau** (2012), Noncommunicable Diseases Among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries, *Today's Research on Aging*, 26, pp. 1-7.
117. **Y. Porapakham, J. Pattaraarchachai and W. Aekplakorn** (2008), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand", *Singapore Med J.* 49(11), pp. 868-73.
118. **M. Prencipe and et al.** (2000), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly: results from a population survey", *J Hum Hypertens.* 14(12), pp. 825-30.
119. **V. Press, I. Freestone and C.F. George** (2003), "Physical activity: the evidence of benefit in the prevention of coronary heart disease", *Q J Med* 2003(96), pp. 245-251.
120. **F. F. Reichert, M. R. Loch and M. F. Capilheira** (2012), "[Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly]", *Cien Saude Colet.* 17(12), pp. 3353-62.
121. **Ebrahim S, et al.** (2011), *Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Review)*, accessed 12/12/2012, from <http://www.esculape.com/medicament/statinepreventionICOCHRANE.pdf>
122. **A. K. Singh, et al.** (2012), "Prevalence, awareness, treatment and control of diabetes among elderly persons in an urban slum of delhi", *Indian J Community Med.* 37(4), pp. 236-9.
123. **PP. Singh, U. Kapil and A. B. Dey** (2004), "Prevalence of overweight and obesity amongst elderly patients attending a geriatric clinic in a tertiary care hospital in Delhi, India", *Indian J Med Sci.* 58(4), pp. 162-3.
124. **X. J. Tan, et al** (2008), "Relationship between smoking and dyslipidemia in western Chinese elderly males", *J Clin Lab Anal.* 22(3), pp. 159-63.
125. **A. Triantafyllou, et al** (2010), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece", *Rural Remote Health.* 10(2), pp. 1225.
126. **United Nations - Economic & Social Affairs** (2009 ), *World Population Ageing 2009*, United Nations, accessed 26/4-/2012, from [www.un.org/esa/population/.../WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/.../WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf).
127. **United Nation Population Fund in Viet Nam** (2012), *Fact sheet Ageing and Elderly people in Viet Nam*, Ha Noi, truy cập ngày-15/8/2012, from [www.unfpa.org/webdav/site/vietnam/shared/.../Final\\_Factsheet\\_Aging\\_Eng.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/vietnam/shared/.../Final_Factsheet_Aging_Eng.pdf)
128. **United Nations - Department of Economic and Social Affairs Office of the High Commissioner for Human Rights** (2010), *Curremt status of the Social situation, Wellbeing, Participation in Deveplopment and Rights of*

- Older persons Worldwide*, accessed 14/3/2011, from [www.un.org/esa/socdev/ageing/.../current-status-older-persons.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/.../current-status-older-persons.pdf).
129. **L. Wang, et al.** (2011), "Prevalence and related risk factors of peripheral arterial disease in elderly patients with type 2 diabetes in Wuhan, Central China", *Chin Med J (Engl)*. 124(24), pp. 4264-8.
  130. **Darren E.R. Warburton, Crystal Whitney Nicol and Shannon S.D. Bredin** (2006), "Health benefits of physical activity: the evidence", *CMAJ*. 174(6), pp. 801-809.
  131. **Australian Institute of Health and Welfare** (2005), "Vision problems among older Australians", *Bulletin* 27.
  132. **N. K. Wenger** (2004), "Dyslipidemia as a risk factor at elderly age", *Am J Geriatr Cardiol*. 13(3 Suppl 1), pp. 4-9.
  133. **Paul K. Whelton** (2012), *Epidemiology and the Prevention of Hypertension: Prevalence and Incidence of Hypertension*, accessed 15/10/2012, from [http://www.medscape.com/viewarticle/494336\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/494336_2).
  134. **WHO - Regional Office for South-East Asia** (2004), *Health of the Elderly in South - East Asia A Profile*, New Dehli, accessed 14/7/2012, from [http://203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B1462.pdf](http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B1462.pdf).
  135. **WHO - Regional Office for South-East Asia** (2008), *Active and Healthy Ageing, Kerala, India*, accessed 15/9/2009, from [www.203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B3216.pdf](http://www.203.90.70.117/PDS_DOCS/B3216.pdf)
  136. **WHO - Regional Office for the Western Pacific** (2012), *Ageing and Health: A health promotion approach for developing countries*, Manila - Phillipine, accessed 16/12/2012, from [www.wpro.who.int/publications/pub\\_9290610662/en/index.html](http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610662/en/index.html)
  137. **WHO** (2003), *Obesity and Overweight*, truy cập ngày, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
  138. **WHO** (2003), *WHO definition of Health*, New York, accessed 14/9/2009, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
  139. **WHO** (2008), *Global burden of disease 2004 update\_full*, WHO press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
  140. **WHO** (2009), *Global Health Risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, WHO Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
  141. **WHO** (2010), *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, WHO press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
  142. **WHO** (2011), *Global Health and Ageing*, NIH Publication N<sub>o</sub>: 11 - 7737.
  143. **WHO** (2011), *Global status report on alcohol and health*, Geneva, Switzerland.

144. **WHO** (2011), *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, WHO press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.
145. **WHO** (2012), *Good health adds life to years*, Global brief for World Health Day 2012, WHO Press, Geneva, Switzerland.
146. **WHO** (2012), *Interesting facts about ageing*, accessed 15/8/2012, from <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>.
147. **WHO** (2012), *WHO Global report: Mortality Attributable to Tobacco*, Geneva, Switzerland.
148. **WHO** (2013), *A global brief on hypertension*, accessed 11/5-2014, from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013\\_2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013_2_eng.pdf).
149. **World Health Organization-Regional Office for the Western Pacific** (2012), *Ageing and Health: A Health Promotion Approach for Developing countries* United Nations Avenue, PO Box 2932, 1000 Manila, Philippines, accessed 12/10/2012, from [www.wpro.who.int](http://www.wpro.who.int).
150. **World Health Organization - Hypertension Study Group** (2001), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study", *Bulletin of the World Health Organization*. 79(6), pp. 490-500.
151. **G. Yadav, S. Chaturvedi and V. L. Grover** (2008), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in a resettlement colony of Delhi", *Indian Heart J.* 60(4), pp. 313-7.
152. **PP. Yamwong, P. Assantachai and A. Amornrat** (2000), "Prevalence of dyslipidemia in the elderly in rural areas of Thailand", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 31(1), pp. 158-62.
153. **X. Zhang, et al.** (2009), "Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in western China", *Int J Cardiol*. 137(1), pp. 9-15.

**Phụ lục 1**  
**PHIẾU ĐIỀU TRA**  
**TÌNH HÌNH SỨC KHỎE VÀ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO**  
**TUỔI**

*Số phiếu: (Ghi theo mã số hồ sơ sức khỏe).....*

Chữ ký của giám sát viên	Chữ ký của người được phỏng vấn	Chữ ký của điều tra viên

Thời gian bắt đầu phỏng vấn:

**A. THÔNG TIN CÁ NHÂN:**

1. Họ và tên người được điều tra: (Viết chữ in hoa).....
2. Thôn: .....Xã.....
3. Số điện thoại để liên hệ:
4. Tháng/năm sinh ...../...../.....5. Tuổi tròn: .....
6. Giới tính: Nam ; Nữ  7. Tôn giáo (Ghi cụ thể).....
8. Dân tộc (Ghi cụ thể).....
9. Trình độ học vấn (học hết lớp mấy) của ông(bà)?

Mù chữ	Biết đọc/ biết viết	Tiểu học	Trung học cơ sở	Trung học phổ thông	Trung cấp	Cao đẳng /đại học	Sau đại học
0	1	2	3	4	5	6	7

10. Tình trạng hôn nhân của ông (bà) hiện này là gì?

Sống cùng vợ/chồng	Góa	Ly thân	Ly dị	Chưa từng xây dựng gia đình
1	2	3	4	5

11. Hiện nay ông(bà) sống cùng với ai? (chọn một đối tượng quan hệ gần gũi nhất)

Vợ /chồng	Con đẻ	Con dâu/rể	Cháu	Độc thân	Khác...
1	2	3	4	5	

12. Gia đình ông (bà) có bao nhiêu người? (Ghi cụ thể số người).....



13. Công việc chính mà ông (bà) làm trong 12 tháng qua là gì:(ghi cụ thể)

Mã	Câu hỏi	Trả lời	
<b>B. CÂU HỎI VỀ NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NÓI CHUNG</b>			
B1	Trong vòng 30 ngày qua (một tháng), ông (bà) có đi khám bệnh không?	1.Có	2. Không ( <i>Chuyển đến câu B8 hỏi hết câu B9 chuyển phần C</i> )
B2	Lý do vì sao ông (bà) phải đi khám bệnh ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Khám định kỳ</li> <li>2. Khám theo hẹn</li> <li>3. Khám đột xuất</li> <li>8. Khác (ghi rõ)</li> </ol>	
B3	Ông (bà) khám bệnh ở đâu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Trạm y tế xã</li> <li>2.Bệnh viện huyện</li> <li>3.Y tế tư nhân</li> <li>4.Mua thuốc tự điều trị</li> <li>5.Đông y /thầy lang</li> <li>8.Khác (Ghi cụ thể)</li> </ol>	
B4	Ông (bà) được cán bộ y tế nào khám bệnh?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bác sỹ</li> <li>2. Y sỹ</li> <li>3. Điều dưỡng</li> <li>4. Thầy lang</li> <li>5. Hộ sinh</li> <li>8. Khác ( ghi rõ)</li> </ol>	
B5	Trong lần khám bệnh này (gần đây nhất), Ông (bà) được chẩn đoán mắc bệnh gì? <i>(Ghi cụ thể)</i>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
B6	Ông (bà) có phải uống/tiêm thuốc điều trị gì không?	1. Có	2. Không <i>(chuyển đến câu B8)</i>
B7	Ông (bà) có nhớ đã uống / tiêm những loại thuốc nào không?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.....</li> <li>.....</li> </ol>	

	<b>(Ghi cụ thể)</b>	2..... ..... 3..... ..... 4..... ..... 5..... .....
B8	Ông (bà) có thẻ bảo hiểm y tế không	1. Có 2. Không <b>( chuyển câu B10)</b>
B9	Nếu có thẻ thì thẻ bảo hiểm y tế của ông (bà) thuộc loại nào?	1. Tự nguyện 2. Người nghèo 3. Chính sách 4. Bắt buộc 8. Khác( ghi rõ).....
B10	Ông (bà) chi phí hết bao nhiêu tiền trong đợt khám chữa bệnh này? ( ghi rõ số tiền theo đơn vị Việt nam đồng)	.....VN đồng
B11	Ai đã trả tiền khám chữa bệnh đó cho ông (bà)?	1. Con/cháu 2. Tự bỏ tiền 3. Bảo hiểm y tế 8. Khác ( ghi rõ)
B12	Ngoài số tiền BHYT chi trả, ông (bà) phải chi trả bao nhiêu tiền nữa? ( <b>ghi cụ thể</b> )	.....đồng g
B13	Ông (bà) có đủ tiền chi trả cho lần khám chữa bệnh này không?	1. Có 2. Không
B14	Ông (bà) có phải vay mượn tiền để chi trả tiền khám chữa bệnh trong lần này không?	1. Có 2. Không
B15	Ông (bà) phải vay mượn bao nhiêu?	.....VNđồng

B16	Ông (bà) có phải bán đồ đạc trong nhà để lấy tiền chi trả viện phí không?	1. Có	2. Không
-----	---	-------	----------

### C. NHU CẦU CHĂM SÓC MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Mã	Câu hỏi	Trả lời	
<b>CÂU HỎI VỀ KIẾN THỨC VÀ NHU CẦU CHĂM SÓC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP</b>			
C1	Ông (bà) có biết (nghe nói) về bệnh THA không?	1. Có	2. Không
C2	Theo ông (bà), làm thế nào để phát hiện một người bị THA?	1. Đo huyết áp thường xuyên 2. Xét nghiệm máu 3. Siêu âm 4. Theo dõi cân nặng 8. Không biết	
C3	Theo ông(bà), những người nào dễ bị mắc bệnh tăng huyết áp? <i>(được chọn nhiều ý trả lời)</i>	1. Hút thuốc lá, thuốc lào 2. Ăn cá 3. Béo phì ( thừa cân nặng) 4. Ăn nhiều thức ăn mặn 5. Nhà có người bị bệnh THA 6. Uống nhiều đồ ngọt 7. Ăn nhiều mỡ động vật 8. Là nam giới 9. Ít hoạt động thể lực 10. Uống nhiều rượu bia 11. Tuổi cao 12. Sống ở thành phố 13. Nhiều căng thẳng (lo lắng) trong cuộc sống 14. Khác...( ghi rõ).....	
C4	Theo ông(bà) những yếu tố nào sau đây có thể phòng bệnh tăng huyết áp?	1. Ăn nhiều cá 2. Không thừa cân, béo phì 3. Không hút thuốc lá, thuốc lào	

	(Được chọn nhiều ý trả lời)	4. Ít ăn thức ăn mặn 5. Ăn/ uống nhiều đồ ngọt 6. Tránh căng thẳng, lo âu trong cuộc sống 7. Tăng hoạt động thể lực 8. Giảm uống rượu 9. Ăn nhiều rau xanh, hoa quả 10. Không nên ăn nhiều thức ăn chế biến theo hình thức rán, xào .... 11. Không ăn nhiều mỡ động vật ( kể cả da gà, da vịt) .....	
C5	Những biểu hiện nào sau đây là biến chứng của bệnh tăng huyết áp?	1.Đột quy/tai biến mạch máu não? 2. Giảm trí nhớ 3. Nhồi máu cơ tim 4. Đau đầu 5. Suy thận 6. Giảm thị lực, mù loà 7. Đỏ bừng mặt	
C6	Do đâu ông(bà) biết được những thông tin trên?	1. Do bạn bè, người thân bị THA kể lại 2. Nghe phổ biến kiến thức trên đài phát thanh, truyền hình. 3. Đọc sách báo 4. Qua tuyên truyền của cán bộ y tế 8. Khác (ghi cụ thể).....	
C7	Trong 6 tháng qua ông (bà) có đo huyết áp không?	1.Có ( <b>chuyển câu C9</b> )	2. Không
C8	Ông (bà) hãy cho biết lý do vì sao ông (bà) không đo huyết áp? <b>Ghi cụ thể</b>	..... ..... .....	
C9	Ông (bà) đã được cơ sở y tế/cán bộ y tế chẩn đoán là <b>tăng huyết áp</b> chưa bao giờ chưa?	1.Có	2.Không ( <b>chuyển câuC15</b> )
C10	Ông (bà) có uống thuốc điều trị	1. Có ( <b>Ghi tên thuốc và</b>	2. Không

	tăng huyết áp không? (trong lần được chẩn đoán đó)	<b>chuyển đến câu C12)</b> ..... ..... ..... .....
C11	Nếu không uống thuốc thì ông (bà) sử dụng biện pháp nào để chữa bệnh tăng huyết áp?	1..... 2..... 3..... 4.....
C12	Khi bị THA ông (bà) đến cơ sở y tế nào để khám và điều trị?	1.Trạm y tế xã 2.Đến bệnh viện hoặc TTYT huyện 3.Đến phòng khám Y tế tư nhân 4.Tự dùng thuốc theo đơn của bác sỹ 5.Điều trị đông y theo đơn của Lương y 6. Đến bệnh viện tỉnh hoặc tuyến cao hơn 7. Đến hiệu thuốc kê bệnh và mua thuốc 8.Khác (Ghi cụ thể)
C13	Ông (bà) đang điều trị tăng huyết áp như thế nào?	1. Dùng thuốc do bác sỹ kê đơn 2. Thay đổi lối sống 3. Dùng cả 2 biện pháp trên 4. Khác.....
C14	Khi sử dụng thuốc điều trị THA, ông (bà) dùng thuốc như thế nào?	1. Dùng một đợt 1- 3 tháng rồi nghỉ 2. Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng tháng. 3. Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng quý. 4. Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ 6 tháng/lần. 5. Dùng thuốc theo đơn khi đi khám định kỳ hàng năm. 6. Uống thuốc đều đặn hơn 1 năm.

C 15	Gia đình ông (bà) ( <i>những người cùng huyết thống</i> ) có ai được bác sỹ chẩn đoán bị <b><i>mắc bệnh tăng huyết áp</i></b> không?	1.Có ( <i>ghi cụ thể người bị bệnh như: bố; mẹ; ông/bà</i> ) ..... .....	2. Không
C16	Ông (bà) có muốn được kiểm tra huyết áp thường xuyên không?	1.Có	2.Không ( <i>chuyển đến câu C19</i> )
C17	Ông (bà) mong muốn được <b><i>kiểm tra huyết áp</i></b> ở đâu?	1.Trạm y tế xã 2.Bệnh viện huyện 3.Y tế tư nhân 4.Tự đo tại nhà 5.Đông y /thầy lang 8.Khác (Ghi cụ thể)	
C18	Theo ông (bà), <b><i>bao nhiêu lâu</i></b> (thời gian) đo một lần là phù hợp với điều kiện của ông bà? <b>(Ghi cụ thể)</b>	..... ..... .....	
C19	Ông (bà) có mong muốn được <b><i>cung cấp</i></b> các <b><i>thông tin</i></b> về bệnh <b><i>tăng huyết áp</i></b> không?	1.Có	2. Không ( <i>chuyển đến câu C21</i> )
C20	Nếu có, ông (bà) mong muốn được cung cấp thông tin dưới hình thức nào? <b>(Điều tra viên đọc các tình huống cho đối tượng nghe)</b>	1. Tờ rơi, tài liệu 2. Nói chuyện chuyên đề. 3. Trong các buổi họp Hội NCT 4. Loa truyền thanh xã 5. Trực tiếp từ cán bộ y tế xã 8.Khác (Ghi cụ thể)	
<b>CÂU HỎI VỀ NHU CẦU CHĂM SÓC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG</b>			
C21	Ông (bà) đã bao giờ được các bác sỹ chẩn đoán ông (bà) <b><i>bị đái tháo đường</i></b> chưa?	1. Có	2. Không ( <i>chuyển đến câu C25</i> )
C22	Ông (bà) được chẩn đoán đái tháo đường ở <b><i>cơ sở y tế nào</i></b> ?	1. Bệnh viện huyện 2. Phòng khám tư nhân	

		3. Bệnh viện nội tiết 8. Khác (ghi rõ).....
C23	Ông bà có <b><u>điều trị</u></b> bệnh đái tháo đường không?	1. Có 2. Không
C24	Ông bà <b><u>đang điều trị</u></b> bệnh đái tháo đường như thế nào?	1. Dùng thuốc do bác sỹ kê đơn 2. Thay đổi lối sống 3. Dùng cả 2 biện pháp trên 8. Khác.....
C25	<b><u>Gia đình</u></b> Ông/bà (những người cùng huyết thống) có ai được bác sỹ chẩn đoán bị bệnh <b><u>đái tháo đường</u></b> không?	1. Có 2. Không ( <b><i>chuyển câu C27</i></b> )
C26	Nếu có thì người đó quan hệ như thế nào với ông bà ?	1. Bố 2. Mẹ 3. Anh, chị, em 4. Con 5. Khác.....
C27	Ông (bà) có <b><u>thường xuyên</u></b> kiểm tra đường huyết không?	1. Có 2. Không ( <b><i>chuyển đến câu C32</i></b> )
C28	Nếu có <b><u>Bao nhiêu lâu</u></b> ông (bà) kiểm tra đường huyết một lần? ( <b><i>Ghi cụ thể</i></b> )	.....tuần.....tháng... .....năm
C29	Lần kiểm tra đường huyết <b><u>gần đây nhất</u></b> là khi nào? ( <b><i>Ghi cụ thể</i></b> )	1. Cách đây .....tuần 2. Cách đây.....tháng 3. Cách đây.....năm
C30	Ông (bà) kiểm tra đường huyết ở đâu?	1. Bệnh viện huyện 2. Phòng khám tư 3. Bệnh viện nội tiết 8. Khác (ghi cụ thể)..... .....
C31	Ông (bà) có báo lại kết quả khám bệnh /xét nghiệm với Trạm y tế không?	1. Có 2. Không
C32	Theo ông(bà), <b><u>những người nào</u></b> dễ mắc bệnh đái tháo đường	1. Gia đình có người đái tháo đường 2. Thừa cân (quá cân), béo phì

		3. Ít hoạt động thể lực 4. Sang chấn tinh thần 5. Ăn uống quá nhiều 8. Khác.....
C33	Theo ông (bà) <b><u>bệnh đái tháo đường</u></b> có thể phòng được không?	1.Có   2. Không ( <i>Chuyển đến câu C35</i> )
C34	Nếu có, thì theo ông (bà) <b><i>phải làm gì để phòng bệnh</i></b> đái tháo đường?	1. Giữ cân nặng ở mức tối ưu 2. Tăng cường hoạt động thể lực 3. Hạn chế ăn đường 4. Hạn chế ăn chất béo 5. Kiểm tra sức khỏe định kỳ 8. Khác..... .....
C35	Ông (bà) có biết các <b><i>biến chứng</i></b> của bệnh đái tháo đường không?	1.Có   2. Không ( <i>chuyển đến câu C37</i> )
C36	Ông (bà) hãy kể những <b><i>biến chứng</i></b> của bệnh đái tháo đường mà ông bà đã biết? <b><i>(ghi cụ thể)</i></b>	
C37	Ông (bà) có muốn được cung cấp những thông tin về <b><u>cách phòng bệnh</u></b> đái tháo đường không?	1.Có   2. Không ( <i>Chuyển đến câu C39</i> )
C38	Nếu có, ông (bà) mong muốn được cung cấp <b><u>thông tin</u></b> dưới hình thức nào? <b><i>(Điều tra viên đọc các tình huống cho đối tượng nghe)</i></b>	1. Tờ rơi, tài liệu 2. Nói chuyện chuyên đề 3. Trong các buổi họp Hội NCT 4. Loa truyền thanh xã 5. Trực tiếp từ cán bộ y tế xã 8. Khác (Ghi cụ thể)

Mã	Câu hỏi	Trả lời



CÂU HỎI VỀ NHU CẦU CHĂM SÓC BỆNH RỐI LOẠN MỠ MÁU			
C39	Ông (bà) đã <b>nghe nói</b> về bệnh <b>rối loạn mỡ máu</b> bao giờ chưa ?	1.Có	2. Không
C40	Theo ông( bà) , <b>làm thế nào</b> để biết ông (bà) có bị bệnh rối loạn mỡ máu hay không?	1. Khám lâm sàng 2. Xét nghiệm máu 3. Siêu âm 8. Khác.....	
C41	Ông (bà) làm <b>xét nghiệm mỡ máu</b> bao giờ chưa?( <b>ghi cụ thể ngày tháng năm</b> )	1. Rối ( <b>chuyển câu C43</b> )	2. Chưa
C42	Ông (bà) hãy cho biết <b>lý do</b> vì sao ông (bà) không xét nghiệm mỡ máu? <b>Ghi cụ thể</b>	..... ..... .....	
C43	Ông (bà) đã được bác sỹ chẩn đoán bị <b>mắc bệnh rối loạn mỡ máu</b> bao giờ chưa?	1. Có 2. Không ( <b>chuyển câu C46</b> )	
C44	Ông (bà) có điều trị bệnh rối loạn mỡ máu không?	1. Có 2. Không ( <b>chuyển câu C46</b> )	
C45	Ông (bà) <b>điều trị</b> bệnh rối loạn mỡ máu <b>như thế nào?</b>	1. Dùng thuốc do bác sỹ kê đơn 2. Thay đổi lối sống 3. Dùng cả 2 biện pháp trên 8. Khác.....	
C46	Gia đình ông (bà) (những người cùng huyết thống) có ai được bác sỹ chẩn đoán là mắc bệnh rối loạn mỡ máu không?	1. Có 2. Không ( <b>chuyển câu C48</b> )	
C47	Nếu có thì người đó là ai?	1. Bố 2. Mẹ 3. Anh/chị/em 8. Khác (ghi rõ).....	
C48	Theo ông (bà) những đối tượng nào dễ bị mắc bệnh rối loạn mỡ máu? ( <b>ghi cụ thể</b> )	..... .....	
C49	Theo ông (bà) <b>có thể phòng bệnh</b> rối loạn mỡ máu được không?	1.Có	2. Không ( <b>chuyển câu C51</b> )

C50	Theo ông (bà) làm thế nào để phòng bệnh rối loạn mỡ máu? ( <i>ghi cụ thể</i> )	..... ..... .....
C51	Theo ông (bà), rối loạn mỡ máu có những biến chứng gì? ( <i>ghi cụ thể</i> )	..... ..... .....
C52	Ông (bà), có muốn biết thêm thông tin về bệnh rối loạn mỡ máu không?	1. Có 2. Không ( <i>chuyển câu D1</i> )
C53	Ông (bà) mong muốn nhận thông tin này bằng hình thức nào? <i>(được chọn nhiều ý trả lời)</i>	1. Cán bộ y tế trao đổi trực tiếp 2. Tờ rơi 3. Thông tin qua lao truyền thanh 4. Người thân, bạn bè 5. Nói chuyện chuyên đề 8. Khác ( ghi rõ).....

**D. CÂU HỎI VỀ LỐI SỐNG, THÓI QUEN.**

<b>TT</b>	<b>Câu hỏi</b>	<b>Trả lời</b>	<b>Chuyển</b>
D1	Ông (bà) tự đánh giá thế nào về sức khỏe hiện tại của ông (bà) ?	1. Tốt 2. Bình thường 3. Không tốt	
D2	Bản thân ông (bà) đã bao giờ được CBYT chẩn đoán bị mắc một trong các bệnh sau đây chưa? <i>(ĐTV đọc to, chậm từng câu cho NCT nghe từng bệnh một)</i>	1, Tăng huyết áp 2, Đái tháo đường 3, Đột quỵ 4, Rối loạn mỡ máu 5. Sa sút trí tuệ 6. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	
D3	Ông (bà) đã từng uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn chưa?	1.Có	2. Không ( <i>Chuyển câu C6</i> )
D4	Trong 30 ngày qua ông (bà) uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn như thế nào?	1. Hàng ngày 2. 5 đến 6 lần/ tuần 3. 3 – 4 lần/tuần 4. 1 – 2 lần/ tuần	

		5. Không uống rượu	
D5	Khi uống rượu, ông (bà) uống trung bình khoảng <b><i>bao nhiêu</i></b> rượu? ( <i>ĐTV đưa cho NCT 1 chiếc cốc để NCT ước lượng</i> )	.....cốc/ngày quy ra .....ml/ ngày	
D6	Ông (bà) có thích thức ăn chế biến theo cách rán/ chiên không?	1. Có	2. Không
D7	Gia đình ông (bà) thường dùng dầu hay mỡ để chế biến thức ăn	1. Dầu 2. Mỡ 3. Cả hai	
D8	Trong bữa ăn, ông (bà) có phải dùng nhiều nước mắm, muối, gia vị ... hơn các thành viên khác trong gia đình không?	1.Có	2 .Không
D9	Ông (bà) có hay ăn thức ăn mặn không?	1.Có	2 .Không
D10	Ông (bà) có hay ăn thức ăn được bảo quản lâu ( như: mắm tôm, cá khô, dưa cà muối...) không?	1.Có	2 .Không
D11	Ông (bà) đã bao giờ thử ăn giảm muối chưa?	1.Có	2 .Không
D12	Ông (bà) đã từng hút thuốc lá, thuốc Lào, tẩu.... chưa?	1. Rồi	2. Chưa ( <b>Chuyển câu D 20</b> )
D13	Ông (bà) có nhớ bắt đầu hút thuốc từ khi nào không?	1. Cách đây ..... tuần 2. Cách đây ..... tháng 3. Cách đây ..... năm 4. Từ năm.....tuổi	
D14	Ông (bà) đã từng hút trung bình một ngày:	1. ....Điều thuốc lá 2. ....Thuốc Lào, tẩu 3. ....Điều thuốc cuốn 4. ....Xi gà 8.....Loại khác	
D15	Hiện nay, ông (bà) <b><i>còn hút thuốc lá, thuốc Lào ...</i></b> không?	1. Có	2. Không ( <b>chuyển đến câu C18</b> )
D16	Ông (bà) có nhớ <b><i>bắt đầu hút</i></b>	1. Cách đây .....tuần	

	<u>thuốc</u> hàng ngày từ bao giờ không?	2. Cách đây.....tháng 3. Cách đây.....năm 4. Từ năm .....tuổi
D17	Hiện nay ông (bà) hút trung bình một ngày <u>bao nhiêu điếu</u> ?	1. ....Điều thuốc lá 2. ....điều thuốc cuộn 3. ....Thuốc lào 4. ....Xi gà 8. Khác.....
D18	Ông (bà) <u>bỏ thuốc lá</u> , thuốc lào, xì gà, tẩu...từ khi nào?	1. Cách đây.....tuần 2. Cách đây.....tháng 3. Cách đây.....năm 4. Từ năm.....tuổi
D19	Ông (bà) đã từng hút thuốc lá, thuốc lào, tẩu...trong thời gian bao nhiêu lâu? ( ghi rõ số tuần; tháng ; năm)	1.....Tuần 2.....Tháng 3.....Năm Từ .....tuổi đến.....tuổi
D20	Ông (bà)có <u>tập thể dục, thể thao</u> không?	1.Có 2. Không ( <b>chuyển câu D24</b> )
D21	Trung bình một tuần, ông (bà) có bao nhiêu ngày tập luyện thể dục, thể thao > 10 phút?	.....ngày
D22	Ông (bà) hiện đang tập loại hình ( môn) thể thao nào? ( gợi ý : đi bộ; cầu lông; bóng bàn; ....) ( <b>ghi cụ thể</b> )	..... ..... .....
D23	Ông (bà) có tham gia loại hình <u>câu lạc bộ</u> nào sau đây ?	1. Câu lạc bộ thể thao ( như cầu lông, bóng bàn, dưỡng sinh...) 2. Câu lạc bộ thơ, văn. 3. Câu lạc bộ sinh vật cảnh 4. Khác.....
D24	Trung bình, một tuần ông (bà) đọc sách báo bao nhiêu ngày ?	1. Đọc sách hàng ngày 2. 4- 6 ngày

		3. 1-3 ngày 4. Thỉnh thoảng 5. Không bao giờ đọc sách báo
D25	Mỗi ngày trung bình ông (bà) xem ti vi bao nhiêu thời gian?	.....giờ.....phút

**E. CÁC CHỈ SỐ SỨC KHOẺ (phần này người phỏng vấn không phải điền)**

Mã	Chỉ số	Kết quả	Ghi chú
<b>Các chỉ số nhân trắc</b>			
E1	Chiều cao		
E2	Cân nặng		
E3	Vòng eo		
E4	Vòng bụng		
E5	Vòng hông		
<b>Chỉ số sinh hóa</b>			
E6	Glucose		
E7	Cholesterol		
E8	HDL - C		
E9	LDL - C		
E10	Triglycerid		
<b>Kết quả đo huyết áp</b>			
E11	Huyết áp tối đa	.....mmHg	
E12	Huyết áp tối thiểu	.....mmHg	
<b>Kết quả khám lâm sàng</b>			
E13	Bệnh xương khớp	1.Có	2. Không
E14	Tên bệnh khớp đó là gì? (ghi cụ thể)		
E15	Bệnh về mắt	1.Có	2.Không
E16	Tên bệnh cụ thể là gì? ( ghi cụ thể)		
<b>Ghi chú: phần này dành cho người khám lâm sàng ghi</b>			

**Cảm ơn ông / bà đã trả lời phỏng vấn!**

Thời gian kết thúc

**Nhận xét của điều tra viên**

**Phụ lục 2**  
**NỘI DUNG HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM**  
**DÀNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI**

**A. THÔNG TIN CHUNG**

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố cản trở việc tiếp nhận thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và các giải pháp có tính khả thi.

Đối tượng: 01 nhóm người cao tuổi bị tăng huyết áp và 01 nhóm người cao tuổi không bị tăng huyết áp.

Thời gian: tháng 11 / 2010

Địa điểm: Trạm Y tế xã Tam Thanh

Số người tham dự: 9 người/ nhóm

**B. CÁC YẾU TỐ CẢN TRỞ VIỆC TIẾP NHẬN THÔNG TIN PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC**

Lời dẫn:

*Thưa các ông, các bà*

*Theo quy luật, người già thường kèm theo những suy giảm về sức khỏe và hay mắc một số bệnh mạn tính, một trong những bệnh mạn tính nguy hiểm và có ảnh hưởng nhiều tới tính mạng và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi đó là bệnh tăng huyết áp. Theo kết quả đo huyết áp thực hiện tại xã ta, có khoảng 50 % NCT bị tăng huyết áp. Việc phòng chống tăng huyết áp phụ thuộc rất nhiều vào kiến thức, kỹ năng của NCT. Hôm nay, với mục đích trao đổi tìm hiểu về những yếu tố cản trở việc tiếp nhận thông tin về phòng chống bệnh THA ở người cao tuổi và thảo luận về hướng tác động tìm ra biện pháp hiệu quả nâng cao nhận thức, kỹ năng phòng chống bệnh THA góp phần chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại địa phương được tốt hơn, chúng tôi rất mong ông ( bà) trao đổi một cách cởi mở, trách nhiệm, trung thực, khách quan.*

**1. Những yếu tố cản trở việc tiếp nhận thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi**

- Theo ông (bà) bệnh tăng huyết áp có phải là vấn đề sức khoẻ ở người cao tuổi không?

- Ông (bà) hãy cho biết làm thế nào để biết (xác định) một người bị bệnh tăng huyết áp?

- Theo ông (bà) những người nào dễ bị mắc bệnh tăng huyết áp?

- Theo ông (bà), bệnh tăng huyết áp có thể gây những biến chứng gì?

- Theo Ông (bà) làm thế nào để phòng chống bệnh tăng huyết áp?

- Do đâu mà ông (bà) biết thông tin trên?

## **2. Giải pháp:**

- Ông (bà) gặp khó khăn gì khi tiếp cận các thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp?

- Ông (bà) hãy nói rõ hơn lý do vì sao ông bà gặp những khó khăn đó cụ thể đó?

- Ông (bà) mong muốn tiếp nhận thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp theo những cách nào?

- Lý do tại sao ông (bà) lại mong muốn nhận thông tin về phòng chống bệnh tăng huyết áp theo cách ông (bà) vừa trình bày?

- Ông bà hãy đóng góp thêm các ý kiến của ông (bà) để việc chuyển tải thông tin phòng chống bệnh tăng huyết áp cho ông (bà) được tốt nhất.

***Xin trân trọng cảm ơn ông bà đã chia sẻ thông tin***

### Phụ lục 3

## NỘI DUNG HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM DÀNH CHO CÁN BỘ TRƯỞNG TRẠM Y TẾ XÃ

### A. THÔNG TIN CHUNG

Mục tiêu: Đánh giá công tác quản lý một số bệnh mạn tính ở NCT và khả năng đáp ứng của Y tế cơ sở đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT .

Đối tượng: Trưởng trạm Y tế xã

Thời gian:

Địa điểm:

Số người tham dự:

### B. CÔNG TÁC QUẢN LÝ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI CỦA Y TẾ CƠ SỞ

*Thưa anh(chị)*

*Theo quy luật, người già thường kèm theo những suy giảm về sức khỏe và hay mắc một số bệnh mạn tính, một trong những bệnh mạn tính nguy hiểm và có ảnh hưởng nhiều tới tính mạng và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi đó là các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và sa sút trí tuệ. Hôm nay, với mục đích trao đổi tìm hiểu về công tác quản lý bệnh mạn tính thường ở người cao tuổi để chúng tôi có cơ sở xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi tại địa phương được tốt hơn, chúng tôi rất mong anh (chị) trao đổi một cách cởi mở, trách nhiệm, trung thực, khách quan.*

#### 1. Hoạt động quản lý kế hoạch

- Anh/chị có nhận xét gì về tình hình bệnh tật ở người cao tuổi xã nhà?
- Dựa vào cơ sở nào, anh chị có những nhận định trên?
- Những bệnh mạn tính nào thường gặp ở người cao tuổi ở xã nhà?



- Cơ sở Y tế xã có kế hoạch khám bệnh thường kỳ cho người cao tuổi không? - -- Anh/chị hãy chia sẻ những kinh nghiệm về cách thức thực hiện kế hoạch khám chữa bệnh cho người cao tuổi tại cơ sở của anh /chị?

## **2. Quản lý nhân sự**

- Cơ sở anh chị có phân công người chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi không?
- Cơ sở phân công công việc cho những người tham gia khám chữa bệnh cho NCT như thế nào?
- Có cá nhân/tổ chức nào kiểm tra giám sát các hoạt động này không?
- Kiểm tra, giám sát như thế nào?
- Cơ sở anh chị có gặp khó khăn, thuận lợi gì về nhân sự trong quá trình thực hiện hoạt động chăm sóc sức khoẻ người cao tuổi tại tuyến xã ?

## **3. Quản lý tài chính**

Hoạt động chăm sóc sức khoẻ người cao tuổi có những nguồn kinh phí nào để duy trì hoạt động?

Nguồn kinh phí đó có đáp ứng được nhu cầu thực hiện kế hoạch đề ra hay không?

Theo các anh/chị, để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi thì cần có điều kiện về kinh phí thế nào?

## **4. Quản lý thông tin**

- Cơ sở anh chị có hồ sơ quản lý sức khoẻ NCT không?
- Các hồ sơ này có được cập nhật thông tin như thế nào?
- Việc cập nhật các thông tin đó được thực hiện như thế nào?
- Đơn vị quản lý hồ sơ sức khoẻ người cao tuổi như thế nào?
- Có cá nhân/tổ chức nào kiểm tra giám sát các hoạt động này không?
- Kiểm tra, giám sát như thế nào?
- Những số liệu về sức khoẻ bệnh tật của người cao tuổi ở tuyến cơ sở có phải báo cáo với cơ quan nào?
- Việc báo cáo đó được thực hiện như thế nào?

## **5. Chính sách- Văn bản pháp quy liên quan đến chăm sóc sức khỏe người cao tuổi**

- Hiện nay cơ sở anh chị có những văn bản nào hướng dẫn việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi?

- Anh/chị có nhận xét gì về các chính sách, văn bản liên quan đến hoạt động chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đang triển khai tại địa phương

- Việc thực hiện những công văn này có những thuận lợi và khó khăn gì?

- Theo anh/chị làm thế nào để có thể thực hiện tốt hơn những văn bản hướng dẫn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi này?

## **6. Quản lý vật tư**

Cơ sở anh chị có đủ vật tư thiết bị phục vụ cho hoạt động chăm sóc sức khỏe người cao tuổi không?( chú ý tới những vật tư trang thiết bị phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc các bệnh mạn tính nêu trong đề cương)

Anh chị hay cho biết về hiệu quả sử dụng các vật tư trang thiết bị này?

Nếu không đủ thì theo anh chị còn thiếu những vật tư, thiết bị gì?

## **7. Những vấn đề khác**

Theo anh, chị làm thế nào để quản lý tốt nhất sức khỏe người cao tuổi tại địa phương?

Anh/ chị đánh giá thế nào về vai trò của NCT, gia đình người cao tuổi, các tổ chức, chính quyền các cấp trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại địa phương.

Ngoài những nội dung đã đề cập ở trên, anh chị có bổ sung ý kiến gì thêm không?

***Rất cảm ơn các anh chị đã cung cấp những thông tin có giá trị!***

#### **Phụ lục 4**

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

**257 Hàn Thuyên - Vị Xuyên – Nam Định**

Điện thoại: 03503649666; fax: 03503643669

---

### **PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU CHO NGƯỜI CAO TUỔI**

**Nghiên cứu nhu cầu chăm sóc một số bệnh mạn tính thường gặp và năng lực đáp ứng của cơ sở y tế xã trong chăm sóc người cao tuổi**

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định mời ông(bà) tham gia gia vào nghiên cứu này. Trước khi ông (bà) quyết định có tham gia nghiên cứu này hay không, kính mời ông/bà tìm hiểu các thông tin liên quan đến nghiên cứu ví dụ tại sao cần thực hiện nghiên cứu này, nội dung nghiên của nghiên cứu này bao gồm những gì...Mời ông(bà) vui lòng đọc kỹ những thông tin dưới đây và nếu ông/ bà muốn có thể thảo luận với những người khác. Ông(bà) có thể hỏi chúng tôi nếu không rõ hoặc muốn biết thêm thông tin. Ông(bà) hãy dành thời gian suy nghĩ trước khi đồng ý hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.*

Cảm ơn ông(bà) đã đọc bản thông tin!

#### **Lý do thực hiện nghiên cứu này?**

Các bệnh mạn tính như : tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu... đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Do cơ thể bị suy giảm nhiều chức năng và do các thói quen không có lợi cho sức khoẻ nên người cao tuổi (NCT) dễ mắc bệnh mạn tính hơn các đối tượng trưởng thành khác.

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu trong những năm gần đây, khoảng 1/2/ số NCT mắc bệnh tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu ; 5% mắc đái tháo đường. Những bệnh mạn tính này thường để lại những biến chứng rất nặng nề.

Ở Việt Nam hiện nay, việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc các bệnh mạn tính nói chung và chăm sóc các bệnh mạn tính ho NCT còn nhiều hạn chế.

#### **Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:**

1. *Mô tả tình hình sức khỏe người cao tuổi và yếu tố ảnh hưởng tới một số bệnh ở người cao tuổi tại 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2010.*

2. *Xây dựng và thử nghiệm một số hoạt động can thiệp nhằm nâng cao kiến thức – thực hành về phòng chống bệnh tăng huyết áp của NCT tại xã Tam Thanh huyện Vụ Bản, Nam Định giai đoạn 2011 – 2012.*

**Tổ chức thực hiện nghiên cứu này?**

Các bệnh mạn tính thường có thời gian ủ bệnh kéo dài, ở giai đoạn sớm thường khó phát hiện vì các dấu hiệu lâm sàng chưa rõ ràng. Để phát hiện sớm các bệnh này đòi hỏi phải khám bệnh và xét nghiệm máu định kỳ tại các cơ sở y tế và có thể được tiến hành tại trạm y tế xã.

Hơn nữa, các bệnh này đều có thể phòng được nếu chúng ta có kiến thức, kỹ năng và tuân thủ theo hướng dẫn của cán bộ y tế.

**Chuyện gì sẽ xảy ra cho tôi khi tham gia vào nghiên cứu này?**

Để phát hiện nguy cơ mắc bệnh mạn tính cho ông bà, chúng tôi tiến hành khám bệnh (khám lâm sàng), đo huyết áp và các chỉ số nhân trắc như chiều cao, cân nặng, vòng bụng... đồng thời làm xét nghiệm máu ( chỉ số đường máu, 4 chỉ số mỡ máu) . Khi làm xét nghiệm máu, ông bà phải nhịn ăn sáng thì kết quả mới chính xác. Chúng tôi cũng sẽ phỏng vấn ông bà về nhu cầu chăm sóc các bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi, các thói quen trong sinh hoạt hàng ngày để phát hiện những thiếu hụt về kiến thức, kỹ năng, những thói quen không có lợi cho sức khỏe, ảnh hưởng tới các bệnh mạn tính nêu trên.

Sau đó, chúng tôi mời một số ít ông bà (khoảng 20 người) tới trạm Y tế xã để tiến hành một số cuộc thảo luận về những rào cản, những yếu tố chưa hợp lý trong việc cung cấp thông tin về các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và cùng thảo luận để tìm ra cách thức cung cấp thông tin về các bệnh mạn tính cho NCT một cách hiệu quả, phù hợp nhất.

Trên cơ sở kết quả thảo luận, Chúng tôi muốn mời ông bà tham gia các hoạt động giáo dục sức khỏe ( dưới hình thức nhóm hoặc cá nhân) do các chuyên gia của Bệnh viện lão khoa trung ương, giảng viên và sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định thực hiện.

Sáu tháng sau, chúng tôi sẽ mời ông bà trả lời phỏng vấn sau khi ông bà đã được tư vấn, giáo dục sức khỏe về phòng chống các bệnh mạn tính nêu trên đặc biệt là bệnh tăng huyết áp.

**Những mẫu xét nghiệm sẽ được làm gì?**

Các mẫu máu để kiểm tra sức khỏe của Ông/bà sẽ được xử lý, bảo quản và phân tích tại bộ môn Hoá sinh trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Kết quả xét nghiệm

máu sẽ được trả về cho ông/bà và cán bộ y tế xã, ghi vào hồ sơ sức khoẻ (được quản lý tại Trạm y tế xã)

**Những nguy cơ sẽ xảy ra cho tôi khi tham gia vào nghiên cứu này?**

Lấy máu sẽ gây đau một chút, nguy cơ nhiễm trùng là rất nhỏ và có thể để lại vết bầm, và hiếm khi gây chóng mặt.

**Lợi ích khi tham gia nghiên cứu?**

Phát hiện sớm, điều trị kịp thời có thể hạn chế tới mức thấp nhất những biến chứng có thể xảy ra đối với Ông/bà nếu Ông/bà mắc một trong các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT như đã nêu trên.

Sau khi lấy máu làm XN, ông bà được cấp miễn phí bánh ngọt, sữa tươi để thay bữa sáng; nhóm nghiên cứu tặng mỗi ông bà 01 gói quà trị giá khoảng 15.000 đồng gồm ( 01 lọ thuốc nhỏ mắt; 01 gói trà sâm; 01 hộp dầu gió, 01 vỉ thuốc Vitamin tổng hợp )

Ông bà được cung cấp thông tin, tư vấn miễn phí tại nhà về cách phòng chống bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt là bệnh tăng huyết áp.

**Tôi có thể rút ra khỏi nghiên cứu không?**

Có, nhưng chỉ với những điều kiện nhất định. Ông/bà có toàn quyền tự do rút ra khỏi nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào mà không bị phạt hay bị mất đi các lợi ích mà Ông/bà sẽ được hưởng. Hội đồng y đức có quyền ngừng nghiên cứu vào bất kỳ thời điểm nào khi có bất kỳ lý do chính đáng nào.

**Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi từ chối tham gia hay thay đổi quyết định sau đó?**

Điều này hoàn toàn được chấp nhận.

**Bảo mật**

Tất cả các thông tin về việc tham gia vào nghiên cứu của Ông/bà sẽ được bảo mật và sẽ không được tiết lộ với bất kỳ ai không có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho ông / bà. Hồ sơ bệnh án của Ông/bà sẽ do các nhân viên nghiên cứu, Trưởng trạm y tế xã kiểm tra, quản lý. Tên của Ông/bà sẽ không được dùng dưới bất kỳ hình thức nào trong các báo cáo kết quả nghiên cứu. Tất cả các hồ sơ nghiên cứu và mẫu xét nghiệm sẽ được dán nhãn bằng mã số nghiên cứu của ông / bà. Tên của Ông/bà sẽ không được dùng trên nhãn và sẽ không xuất hiện trên tất cả các công bố khoa học hoặc báo cáo liên quan đến nghiên cứu.

**Tôi có thể liên lạc với ai nếu có thắc mắc về nghiên cứu, về quyền lợi của tôi hoặc về những than phiền?**

Nếu Ông/bà có bất kỳ thắc mắc gì về nghiên cứu, Ông/bà có thể hỏi các cán bộ trạm Y tế xã nơi Ông/bà khám và làm xét nghiệm hoặc liên hệ với:

**Ths.BS. Trần Văn Long** - Trưởng bộ môn Y tế cộng đồng - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định;

Địa chỉ 257 Hàn Thuyên - Vị Xuyên – Nam Định;

Số điện thoại: 0982887875; hoặc Email: longtv1964@gmail.com

## PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

### Nghiên cứu nhu cầu chăm sóc một số bệnh mạn tính thường gặp và năng lực đáp ứng của cơ sở y tế xã trong chăm sóc người cao tuổi

Tôi đã đọc HOẶC đã được nghe đọc Phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu này.

Tôi đã có cơ hội hỏi những thắc mắc về nghiên cứu này và tôi đã được giải đáp một cách thỏa đáng cho mọi câu hỏi của mình. Tôi đã có đủ thời gian để cân nhắc kỹ càng quyết định của mình. Tôi đồng ý tình nguyện tham gia vào nghiên cứu này, và tôi hiểu rằng tôi có thể rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không bị ảnh hưởng đến việc chăm sóc y tế của tôi trong tương lai. Nghiên cứu viên chính của nghiên cứu này được đề tên ở dưới. Tôi sẽ được nhận 1 bản sao phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu này.

\_\_\_\_\_  
Họ tên

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ngày/tháng/năm

\_\_\_\_\_  
Tên người làm chứng

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ngày/tháng/năm

\_\_\_\_\_  
Tên nghiên cứu viên

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ngày/tháng/năm

## Phụ lục 5

### HƯỚNG DẪN DÀNH CHO GIÁM SÁT VIÊN

Giám sát viên:

Thời gian giám sát: từ.....đến.....  
Địa bàn giám sát: Thôn..... xã

#### **Yêu cầu:**

- Làm việc với Trưởng nhóm nghiên cứu, Trưởng trạm y tế xã và các cán bộ Y tế thôn (người dẫn đường) để nắm tình hình về hậu cần, ghi phiếu, giám sát và theo dõi tiến độ điều tra.
- Chọn một địa bàn, phỏng vấn lại một số hộ, đối chiếu với kết quả ghi phiếu hoặc quan sát một cuộc phỏng vấn của ĐTV tại hộ.
- Đánh giá công tác giám sát của tổ trưởng điều tra.
- Báo cáo kết quả giám sát cho Trưởng nhóm nghiên cứu để kịp thời xử lý.
- Trường hợp có những vấn đề khẩn cấp cần giải quyết, giám sát viên liên hệ trực tiếp với ThS Trần Văn Long - Trưởng nhóm nghiên cứu theo số điện thoại 0982887875 để có phương án giải quyết kịp thời

#### **1. Các thông tin làm việc với Trưởng nhóm nghiên cứu, Trạm Y tế xã:**

+ Giám sát viên trao đổi với Trưởng nhóm nghiên cứu để nắm tình hình về phát phiếu điều tra, bút, và các tài liệu cần thiết khác phục vụ cho việc ghi và bảo quản phiếu, các phương tiện, thiết bị để khám lâm sàng( ga, ống nghe, huyết áp, cân, thước dây, đèn pin...), làm xét nghiệm (dụng cụ lấy máu, máy ly tâm, phương tiện bảo quản mẫu máu...); quà cho người cao tuổi...các phương tiện thiết bị khác phục vụ cho việc khám lâm sàng và làm xét nghiệm. Nếu phát hiện thấy thiếu phiếu hoặc có những vấn đề về chất lượng thì phải ghi lại cụ thể để báo với Trưởng nhóm nghiên cứu.

.....  
.....  
.....

+ Trao đổi với Trưởng trạm Y tế để nắm bắt tình hình về kế hoạch triển khai nghiên cứu trên địa bàn gồm:



Tên tài liệu	Có	Không
Giấy mời tham dự khám lâm sàng, làm xét nghiệm, phỏng vấn		
Giấy chấp nhận tham gia nghiên cứu		
Công văn của Sở Y tế, Trung tâm y tế chấp nhận cho nghiên cứu trên địa bàn		
Hồ sơ sức khỏe		
Tài liệu phát cho người cao tuổi		

+ Các Trưởng thôn/ chi hội người cao tuổi và Y tế thôn có thông báo lịch ( gửi giấy mời) khám lâm sàng, làm xét nghiệm và phỏng vấn tại nhà hay không?

Có  Không

## 2. Giám sát tổ trưởng điều tra:

Chọn một địa điểm điều tra phỏng vấn 2 tổ trưởng :

Tổ trưởng 1

Tổ trưởng 2

- Tổ trưởng điều tra có đi cùng điều tra viên ngày đầu không?

Có  Không  Có  Không

- Tổ trưởng có đi cùng với điều tra viên những ngày sau không

Có  Không  Có  Không

- Tổ trưởng có kiểm tra 100% số phiếu của điều tra viên do mình phụ trách không?

Có  Không  Có  Không

- Kiểm tra một số phiếu mà tổ trưởng đã kiểm tra

*Số phiếu có sai sót về nội dung câu hỏi/tổng số phiếu kiểm tra*

*Số phiếu ghi không rõ ràng khó đọc, hoặc khoanh nhảm.../ tổng số phiếu*

*Số phiếu ghi không rõ ràng khó đọc, hoặc khoanh nhảm.../ tổng số phiếu kiểm tra*

*Số phiếu có sai sót về nội dung câu hỏi/tổng số phiếu kiểm tra*

- Có Người cao tuổi nào từ chối làm xét nghiệm chưa? nếu có khoảng mấy %?

Có  .....%      Không       Có  .....%      Không

- Có Người cao tuổi nào từ chối phỏng vấn chưa? nếu có khoảng mấy %?

Có  .....%      Không       Có  .....%      Không

- Tổ trưởng có họp nhóm nghiên cứu để rút kinh nghiệm với điều tra viên mình phụ trách không?

Có       Không       Có       Không

- Trưởng trạm Y tế có tham gia họp rút kinh nghiệm với nhóm điều tra viên không?

Có       Không       Có       Không

- Tổ trưởng có báo cáo tiến độ điều tra theo kế hoạch cho Trưởng nhóm nghiên cứu không?

Có       Không       Có       Không

- Đánh giá về mức độ quản lý phiếu điều tra

.....  
.....  
.....

- Ý kiến của Trạm Y tế và các nhân viên Y tế

.....  
.....  
.....

- Ý kiến của Người cao tuổi và Hội người cao tuổi

.....  
.....  
.....

Khuyến nghị để nâng cao chất lượng bảo quản phiếu điều tra

.....  
.....  
.....

**Phục lục 6**  
**HƯỚNG DẪN DÀNH CHO ĐIỀU TRA VIÊN**

1. Thư gửi các bạn điều tra viên

*Các bạn điều tra viên thân mến!*

Tháng 10 năm 2010, Tôi đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y tế công cộng thông qua đề cương luận án tiến sỹ với đề tài “**Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 -2012**”

Mục đích của nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tình hình sức khỏe của người cao tuổi (tăng huyết áp; đái tháo đường; rối loạn lipid máu...) và yếu tố ảnh hưởng tới một số. Trên cơ sở đó xác định được khoảng trống giữa nhu cầu thực tế của NCT và khả năng đáp ứng của cơ sở y tế, giúp cho các nhà quản lý y tế có những giải pháp khắc phục khoảng trống này. Đồng thời, nghiên cứu cũng áp dụng thí điểm giải pháp nâng cao kiến thức, thực hành của NCT trong phòng chống bệnh tăng huyết áp bằng truyền thông.

Chất lượng của nghiên cứu này phụ thuộc phần lớn vào việc điều tra ghi chép trong quá trình phỏng vấn người cao tuổi tại địa bàn nghiên cứu mà bạn là người trực tiếp thực hiện. Tôi tin tưởng rằng, với tinh thần trách nhiệm cao và lòng nhiệt tình sẵn có của các bạn, với mong muốn góp một phần công sức trong sự thành công của tôi cũng như góp phần vào việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, các bạn sẽ bất chấp mọi khó khăn để hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình.

Thưa các bạn!

Thành công của nghiên cứu này có công lao to lớn mà các bạn điều tra viên đã đóng góp. Tôi ghi nhận tình cảm và công sức của các bạn đã đóng góp cho nghiên cứu này của tôi và rất mong các bạn giúp đỡ tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Xin trân trọng cảm ơn

Chúc các bạn và gia đình mạnh khỏe, hạnh phúc!

Chủ nhiệm đề tài  
Trần Văn Long

## **2. Nhiệm vụ của điều tra viên:**

Điều tra viên là người trực tiếp đến từng hộ gia đình người cao tuổi theo danh sách đã chọn để trực tiếp phỏng vấn và ghi vào phiếu điều tra. Vì vậy, điều tra viên là người trực tiếp quyết định mức độ chính xác của từng câu trả lời ghi trong phiếu điều tra. Trong từng giai đoạn của cuộc điều tra, điều tra viên có các nhiệm vụ sau

### **2.1. Giai đoạn chuẩn bị:**

- Tham gia tập huấn nghiệp vụ
- Nhận đủ tài liệu và phương tiện điều tra
- Làm việc với Trưởng trạm Y tế, y tế thôn để tìm hiểu về địa bàn điều tra
- Có kế hoạch làm việc với từng hộ, thôn và từng người cao tuổi

### **2.2. Giai đoạn điều tra**

- Thực hiện đúng phương pháp thu thập thông tin là phỏng vấn trực tiếp;
- Xác định đầy đủ số NCT thuộc địa bàn mình phụ trách ( theo phân công của trưởng nhóm)

- Điều tra theo đúng tiến độ quy định: ngày đầu mỗi nhóm điều tra không quá 8 hộ NCT, những ngày sau tăng lên theo đúng kế hoạch ( 2 tuần = 10 ngày )

- Cuối mỗi ngày điều tra: kiểm tra lại các phiếu đã ghi, phát hiện các sai sót để sửa chữa kịp thời. Nếu cần thiết phải quay lại để xác minh và sửa chữa. Sắp xếp phiếu điều tra theo thứ tự mã số đã ghi từ nhỏ đến lớn. Báo cáo tiến độ và nộp cho tổ trưởng những phiếu đã hoàn thành để tổ trưởng kiểm tra chất lượng phiếu. ĐTV ghi tiến độ điều tra vào biểu mẫu riêng của nhóm mình.

- Hợp tác với ĐTV khác, phục tùng sự phân công của tổ trưởng và của trạm y tế (TYT)

- Giữ gìn phiếu điều tra sạch sẽ, an toàn, đồng thời không được tiết lộ thông tin trong phiếu cho người khác biết.

### **2.3. Khi kết thúc điều tra.**

- Soát trên bảng kê (NCT) xem còn người nào chưa thực hiện phỏng vấn không? Nếu còn tiến hành điều tra bổ sung.

- Cùng với tổ trưởng sắp xếp phiếu theo thứ tự từ nhỏ đến lớn ( theo mã số NCT)
- Giao nộp phiếu điều tra và các tài liệu khác cho tổ trưởng .

## Hướng dẫn phỏng vấn và ghi phiếu điều tra

### 1. Giới thiệu về phiếu điều tra.

Phiếu điều tra nhu cầu chăm sóc một số bệnh mạn tính ở người cao tuổi gồm 135 câu hỏi và 12 chỉ số về sức khoẻ ( 5 chỉ số nhân trắc ; 5 chỉ số hoá sinh; 02 chỉ số huyết áp).

Bộ câu hỏi có 6 phần : (1) mã số, chữ ký của điều tra viên; giám sát viên và đối tượng nghiên cứu; (2) thông tin cá nhân; (3) Câu hỏi về chăm sóc sức khoẻ nói chung ; ( 4) câu hỏi về nhu cầu chăm sóc một số bệnh mạn tính ; ( 5) câu hỏi về thói quen, lối sống; ( 6) các chỉ số sức khoẻ.

Các câu hỏi trong phiếu điều tra được chia làm 3 loại; câu hỏi mở; câu hỏi đóng; câu hỏi bán mở. Ngoài ra còn một số câu hỏi theo đặc thù chuyên môn được thiết kế theo dạng câu hỏi đúng/sai.

### 2. Cách đánh số phiếu:

Phần đánh số phiếu, điều tra viên (ĐTV) đánh phiếu theo **mã số cá nhân** trong danh sách chứ không phải theo số thứ tự vì còn liên quan đến phần các chỉ số sức khoẻ, ghi số phiếu bằng chữ số Ả Rập ( 1,2,3,4...)

### 3. Chữ ký của điều tra viên, giám sát viên, đối tượng phỏng vấn.

- Sau khi phỏng vấn xong, ĐTV kiểm tra lại toàn bộ câu hỏi xem có câu nào chưa hỏi hoặc nghi ngờ về tính chính xác phải hỏi lại đối tượng. Nếu đã hoàn thiện bộ câu hỏi thì ĐTV yêu cầu người được phỏng vấn ký tên vào đúng ô dành cho đối tượng phỏng vấn.

- Cuối ngày điều tra, các ĐTV kiểm tra lại toàn bộ số phiếu do mình phỏng vấn xem còn thiếu sót gì không, nếu không có thiếu sót thông tin thì ĐTV ký tên vào ô dành cho ĐTV rồi. Nếu có thiếu sót phải kiểm tra lại nguyên nhân của sự thiếu thông tin để bổ sung. Sau khi hoàn thiện các phiếu điều tra rồi thì bàn giao lại toàn bộ phiếu điều tra cho Giám sát viên ( GSV) hoặc tổ trưởng tùy theo sự phân công cụ thể.

- Tổ trưởng hoặc GSV khi nhận phiếu điều tra từ các điều tra viên phải kiểm tra lại tính logic và tính đầy đủ thông tin của phiếu điều tra, nếu không có gì sai sót thì tiếp nhận và ký vào phiếu điều tra theo đúng vị trí đã quy định.

**\* Lưu ý:** dòng ghi *thời gian bắt đầu phỏng vấn* và *thời gian kết thúc phỏng vấn*:

Ghi giờ theo cách đếm 24 giờ/ngày, ghi ngày, tháng và năm theo dương lịch. (giữa ngày và tháng có dấu gạch xiên). Ví dụ:

BẮT ĐẦU PHÒNG VẤN : 9 GIỜ 20 PHÚT, NGÀY 30/10/2010

KẾT THÚC PHÒNG VẤN : 9 GIỜ 45 PHÚT, NGÀY 30/10/2010

#### **4. Cách hỏi và ghi các câu hỏi trong phiếu**

**A. Phần “Thông tin cá nhân”** cách hỏi và ghi như sau:

ĐTV hỏi và ghi lần lượt các câu từ câu 1 đến câu 10 cụ thể như sau.

Câu 1: *Họ và tên người được điều tra*

Họ và tên (kể cả tên đệm) của người cao tuổi phải được ghi rõ ràng bằng chữ in hoa có dấu trên các dòng kẻ liền dành sẵn.

Câu 2: *Thôn...../Xã:*

Điều tra viên ghi thống nhất với địa chỉ đã ghi trong bảng kê ( danh sách người cao tuổi tham gia nghiên cứu)

Câu 3: *Số điện thoại để liên hệ:*

ĐTV ghi lại số điện thoại NCT thường sử dụng để liên hệ với những người khác. Có thể là điện thoại bàn hoặc điện thoại di động

**Câu 4:** *Tháng/năm sinh :*

Tháng và năm sinh phải ghi theo dương lịch. Nếu NCT nhớ tháng, năm sinh theo dương lịch, ghi tháng, năm đó vào các ô dành sẵn tương ứng. Trường hợp NCT chỉ nhớ tháng, năm sinh theo âm lịch, thì xem “*Bảng đối chiếu năm âm lịch và dương lịch*” (Phụ lục 5) để ghi.

Câu 5: *Tuổi tròn*

Đây là một trong những câu hỏi quan trọng của cuộc điều tra vì hầu hết các chỉ tiêu điều tra đều được phân tích theo tuổi. *Vì vậy, ĐTV phải ghi được tuổi cho Câu 5, không được bỏ trống* (thậm chí đó chỉ là kết quả ước lượng gần đúng).

ĐTV ghi tuổi của NCT theo số năm tròn theo dương lịch (còn gọi là tuổi tròn - mỗi tuổi tròn bằng 12 tháng dương lịch)

Sau khi ghi được tuổi cho NCT vào Câu 5, ĐTV cần kiểm tra tính hợp lý giữa tuổi này và tháng, năm sinh ghi ở Câu 4. Nếu *có mâu thuẫn*, cần *xác minh và sửa chữa*.

*Ví dụ:* Một người trả lời là “Tôi sinh tháng 9 năm 1944”, nhưng đến khi hỏi Câu 5, người này lại trả lời là “Năm nay tôi 76 tuổi”.

**Như vậy:**

- Hoặc Câu 4 sai: nếu 76 tuổi, thì theo (2) phải sinh năm 1934;

- Hoặc Câu 5 sai: Nếu sinh đúng năm 1944, thì cũng theo (2), tuổi của người này là 66.

**Câu 6: Giới tính**

ĐTV có thể dễ dàng nhận giới tính của NCT khi trực tiếp gặp mặt. Có thể không cần phải hỏi.

**Câu 7: Tôn giáo của NCT**

Căn cứ vào câu trả lời của NCT, ĐTV ghi cụ thể tôn giáo của NCT vào dòng kẻ liền sau câu hỏi ( Nếu trả lời là không theo tôn giáo nào thì ghi “ không” vào dòng kẻ liền kẻ.

Ví dụ : 7. Tôn giáo (Ghi cụ thể): .....Thiên chúa giáo.....
---

**Lưu ý: Ở Việt Nam có 6 tôn giáo lớn đó là**

***Phật giáo, Công giáo, Tin lành, Hồi giáo, Cao Đài hoặc Hoà Hảo.***

**1. Phật giáo:** Phải hỏi để xác định xem NCT đã “Quy y tam bảo” hoặc đã được cấp “Sớ điệp” chưa. Nếu đã “Quy y tam bảo” hoặc đã được cấp “Sớ điệp”, thì ĐTV ghi là theo Phật giáo, nếu không thì không phải theo Phật giáo

**2. Công giáo:** Phải hỏi để xác định xem NCT đã “Chịu phép rửa tội” chưa. Nếu đã “Chịu phép rửa tội” thì ghi là theo đạo Công giáo

**3. Tin lành:** Phải hỏi để xác định xem NCT đã “Chịu phép Báp têm” chưa. Nếu đã “Chịu phép Báp têm” thì ghi là theo đạo Tin lành.

**4. Hồi giáo:** Trước hết, ĐTV phải hỏi để xác định xem NCT theo đạo **Hồi giáo Ixlam** hay **Hồi giáo BNi**.

+ *Nếu là Hồi giáo Ixlam:*

Đối với nam, phải hỏi xem đã làm lễ “Xu Nát” (cắt da quy đầu) chưa. Trường hợp đã làm lễ “Xu Nát” thì được gọi là theo đạo Hồi

Đối với nữ, phải hỏi xem đã làm lễ “Xuống tóc” (cắt tóc) chưa. Trường hợp đã làm lễ “Xuống tóc” thì xác định đúng là theo đạo Hồi dòng Ixlam

+ *Nếu là Hồi giáo BNi:* Phải quan sát và hỏi để xác định trong nhà họ có thờ “Thần Lợn” không. Nếu có thì xác định là theo đạo Hồi giáo dòng BNi

**5. Cao Đài:** Phải hỏi để xác định xem NCT đã được cấp “Sớ cầu đạo” chưa. Nếu đã được cấp “Sớ cầu đạo” thì mới ghi là đạo Cao Đài.

**6. Phật giáo Hoà Hảo:** Phải hỏi để xác định xem NCT đã được cấp “Thẻ hội viên”, trong nhà có thờ Thần Điều (miếng vải màu đỏ hoặc nâu), và có treo ảnh Giáo chủ Huỳnh Phú Sổ hay không. Nếu có ít nhất một trong các điều kiện trên thì ghi là theo đạo Hoà Hảo, nếu không thì ghi là không

**Câu 8:** Dân tộc

Tùy vào câu trả lời của NCT, ĐTV ghi cụ thể tên dân tộc của NCT trên dòng kẻ liền dành sẵn. Hãy sử dụng Danh mục các thành phần dân tộc Việt Nam ở Phụ lục 4 để ghi chính xác tên của dân tộc đó.

**Câu 9 :** *Trình độ học vấn (Học hết lớp mấy)*

Căn cứ vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào mã số trong cột tương ứng. Nếu câu trả lời của người cao tuổi là học hết lớp cao nhất thì tùy theo câu trả lời mà quy về các ý trả lời cho phù hợp. Nhớ sử dụng phụ lục 5 để quy đổi từ các hệ thống đào tạo sang ý trả lời.

Ví dụ : Ông A trả lời là học hết lớp 3 thì ĐTV ghi câu trả lời như sau:

Mù chữ	Biết đọc/ biết viết	Tiểu học	Trung học cơ sở	Trung học phổ thông	Trung cấp	Cao đẳng /đại học	Sau đại học
0	1	2	3	4	5	6	7

**Mù chữ :** là không có khả năng đọc, viết bằng chữ quốc ngữ

**Biết đọc biết viết :** Là khả năng đọc, viết và hiểu được một đoạn văn đơn giản trong sinh hoạt hàng ngày bằng tiếng quốc ngữ.

**Câu 10 :** Tình trạng hôn nhân

Căn cứ vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh vào mã số ở cột tương ứng.

Tình trạng hôn nhân của bà B hiện này là ly sống cùng vợ

Có vợ/có chồng	Góa	Ly thân	Ly dị	Chưa từng xây dựng gia đình
1	2	3	4	5

Tình trạng hôn nhân hiện tại của một người chỉ có thể thuộc một trong 5 loại sau đây:



(1) **Có vợ/có chồng:** là những người đã được luật pháp hoặc phong tục, tập quán của địa phương thừa nhận là đang có vợ (hoặc có chồng), hoặc đang chung sống với người khác giới như vợ chồng.

(2) **Góa:** là những người mà vợ (hoặc chồng) của họ đã bị chết và hiện tại người đó chưa tái kết hôn.

(3) **Ly thân:** là những người về danh nghĩa thì họ đang có vợ/có chồng, nhưng vì lý do nào đó hiện tại họ không sống với nhau như vợ chồng.

(4) **Ly hôn:** là những người trước đây đã có vợ/có chồng, nhưng vì lý do nào đó, họ đã được pháp luật cho ly hôn và hiện tại họ chưa tái kết hôn.

(5) **Chưa từng xây dựng gia đình:** là những người chưa bao giờ lấy vợ (hoặc lấy chồng) hoặc chưa bao giờ chung sống với một người khác giới như vợ chồng. Một người chưa vợ/chồng nhưng có thể đã có con.

**Chú ý:** Cần phân biệt giữa những người sống ly thân và những người sống xa vợ/chồng, như: đi công tác, làm ăn xa nhà (thậm chí đang làm việc ở nước ngoài) trong một thời gian dài. Những người này vẫn thuộc nhóm "có vợ/có chồng".

Câu 11 : Hiện nay ông / bà sống cùng với ai.

Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi lại câu trả lời bằng cách khoanh vào ô tương ứng.

Lưu ý : Nếu NCT cùng sống với nhiều đối tượng thì đánh dấu vào ô NCT tuổi có quan hệ gần gũi nhất. Nếu NCT trả lời sống cùng vợ/ chồng, con, cháu thì khoanh vào ô số 1 « sống cùng vợ/chồng » . Nếu NCT trả lời sống cùng con, cháu thì khoanh vào ô số 2 « sống cùng con đẻ »...

Trong trường hợp NCT sống cùng với một người không thuộc các thành phần đã liệt kê trong câu hỏi thì ĐTV ghi rõ mối quan hệ vào ô tương ứng

**Câu 12 :** Gia đình ông / bà có bao nhiêu người ?

Số người trong gia đình được xác định là những người có cùng huyết thống, có hộ khẩu thường trú và ở trong cùng một mái nhà. Không tính những người ở nhờ hoặc đã đi làm ăn/đi chơi xa quá 12 tháng.

ĐTV ghi rõ số người bằng chữ ả rập vào dòng kẻ liền kề câu hỏi

**Câu 13 :** Công việc chính ông bà làm trong 12 tháng qua là gì ?

Công việc chính được hiểu là những công việc chiếm nhiều thời gian nhất trong ngày của NCT, công việc đó có thể làm ra tiền hoặc không trực tiếp làm ra tiền (ví dụ trông cháu, công việc cắt trong nhà...). ĐTV ghi rõ loại hình công việc .

**B. Câu hỏi về nhu cầu chăm sóc sức khoẻ nói chung :**

Mã số	Câu hỏi	Mô tả/ khái niệm & Hướng dẫn điền phiếu
B1	Trong vòng 30 ngày qua (một tháng), ông (bà) có đi khám bệnh không	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Trong vòng 30 ngày</b> là bắt đầu từ ngày điều tra tính ngược thời gian tới ngày thứ 30. ví dụ : ngày điều tra là 21/10/2010 ; thì thời gian tính bắt đầu tính từ ngày 21/ 9/2010.</li> <li>- <b>Có đi khám bệnh</b> : khám bệnh ở đây được hiểu là có đến cơ sở y tế ( bao gồm y tế thôn/ xã, bệnh viện huyện, y tế tư nhân, thầy lang...) có cán bộ Y tế khám bệnh ; có thể khám định kỳ, khám theo hẹn, khám bệnh do có khó chịu trong người...</li> <li>- Đây là câu hỏi nhị nguyên : Nếu NCT trả lời có thì khoanh tròn vào ô số 1. có. nếu không thì khoanh vào số 2 và chuyển đến câu số 8, hỏi hết câu số 9 thì chuyển sang phần C)</li> </ul>
B2	Lý do vì sao ông (bà) phải đi khám bệnh?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lý do khám là thuật ngữ chỉ những nguyên nhân khiến NCT phải đến cơ sở để khám bệnh</li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở, có 3 lựa chọn trả lời đã được liệt kê ra là (1) khám định kỳ ;(2) khám lại theo hẹn và (3) khám đột xuất. Tùy theo ý trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào mã số tương . Trường hợp NCT đi chơi tiện thể vào khám bệnh hoặc đến thăm con, cháu có người quen là cán bộ y tế tiện thể đưa đi kiểm tra... thì thuộc ý trả lời khác. ĐTV cần hỏi rõ để ghi cụ thể vào phần trả lời.</li> </ul>
B3	Ông/ bà khám bệnh ở đâu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ở đâu » trong câu hỏi này hàm ý muốn đề cập đến địa điểm/cơ sở y tế NCT đến khám bệnh</li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở gồm có 5 ý tả lời cho trước và</li> </ul>

		<p>ý trả lời khác. Nếu NCT trả lời vào 1 trong 5 ý trả lời cho trước thì ĐTV khoanh tròn vào mã số mà NCT đã trả lời. Nếu câu trả lời ngoài 5 ý cho trước thì ĐTV ghi đầy đủ địa điểm NCT khám bệnh vào dòng kẻ của ý trả lời khác.</p>
B4	Ông /bà được cán bộ y tế nào khám?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cán bộ y tế nào</i> trong câu hỏi này hàm ý nói đến chức danh mà cán bộ y tế đó đang đảm nhiệm trong hệ thống y tế bao gồm cả y tế công và y tế tư nhân.</li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở gồm 5 ý trả lời cho trước và ý trả lời khác. Nếu NCT trả lời vào 1 trong 5 ý trả lời cho trước thì ĐTV khoanh tròn vào mã số mà NCT đã trả lời. Nếu câu trả lời ngoài 5 ý cho trước thì ĐTV ghi đầy đủ chức danh của cán bộ Y tế đã khám bệnh cho NCT vào dòng kẻ của ý trả lời khác.</li> </ul>
B5	Trong lần khám bệnh này (gần đây nhất), Ông (bà) được chẩn đoán mắc bệnh gì?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Bệnh gì ?</i> trong câu hỏi này là chẩn đoán của cán bộ y tế được ghi trong hồ sơ bệnh án hoặc sổ khám bệnh về bệnh tình của NCT.</li> <li>- <i>Đây là câu hỏi mở nên ĐTV ghi lại nguyên văn ý trả lời của NCT vào dòng kẻ bên ô trả lời</i></li> </ul>
B6	Ông (bà) có phải uống/tiêm thuốc điều trị gì không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NCT sau khi khám bệnh, cán bộ y tế ra quyết định điều trị nội trú hoặc ngoại trú phải sử dụng đến phương pháp hoá trị liệu ( dùng thuốc dưới bất kỳ hình thức nào).</li> <li>- <i>Đây là câu hỏi nhị nguyên : nếu NCT trả lời « có » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn số 1. Nếu không thì khoanh tròn vào lựa chọn số 2</i></li> </ul>
B7	Ông (bà) có nhớ đã uống / tiêm những loại thuốc nào không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NCT sử dụng thuốc dưới hình thức uống hoặc tiêm, bôi... nhưng phải đọc được tên thuốc hoặc còn vỏ thuốc.</li> <li>- Đây là câu hỏi mở nên tùy thuộc vào câu trả lời của người cao tuổi mà ĐTV ghi rõ ràng chính xác tên các</li> </ul>

		<p>loại thuốc NCT đã sử dụng. Trường hợp NCT đã dùng thuốc nhưng không nhớ tên mà còn vỏ của loại thuốc đã dùng thì ĐTV đọc tên thuốc ghi trên vỏ của loại thuốc đó vào dòng kẻ ở ô trả lời bên cạnh. Nếu NCT đã dùng thuốc nhưng không nhớ tên và cũng không còn vỏ thuốc thì ĐTV ghi « không nhớ »</p>
B8	Ông (bà) có thẻ bảo hiểm y tế không	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Thẻ bảo hiểm y tế</b> : Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia BHYT và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về BHYT theo quy định của Luật BHYT. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ BHYT (Trích Khoản 1, 2 Điều 16 Luật BHYT).</li> <li>- Đây là câu hỏi nhị nguyên. Nếu NCT trả lời có thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1, nếu NCT trả lời không có thì ĐTV khoanh trong vào lựa chọn số 2.</li> </ul>
B9	Nếu có thẻ thì thẻ bảo hiểm y tế của ông (bà) thuộc loại nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loại bảo hiểm y tế : trong trường hợp này muốn nói tới <b>đối tượng tham gia bảo hiểm y tế</b></li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở gồm 4 ý trả lời có trước và ý khác. Tuỳ theo câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn tương ứng hoặc viết cụ thể loại đối tượng tham gia bảo hiểm y tế</li> </ul>
B10	Ông (bà) chi phí hết bao nhiêu tiền trong đợt khám chữa bệnh này?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tổng số tiền chi phí cho đợt khám chữa bệnh bao gồm tiền viện phí ; chi phí cơ hội như : tiền đi lại, ăn uống, tiền phòng cho NCT và người đi chăm sóc</li> <li>- ĐTV có thể hỏi thêm các câu hỏi có tính gợi ý cho NCT và ghi lại tổng số tiền chi phí cho đợt khám chữa bệnh đó bằng đơn vị VNĐ.</li> </ul>
B11	Ai đã trả tiền khám chữa bệnh đó cho ông bà?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ai</b> ở đây là TÊN người đã chi trả số tiền khám chữa bệnh của NCT trong đợt này ( lưu ý tới mối quan hệ của NGƯỜI đó với NCT)</li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở gồm 3 ý trả lời cho trước và ý khác, vì vậy ĐTV hỏi và khoanh tròn vào lựa chọn tương ứng ở phần trả lời. Nếu câu trả lời của NCT</li> </ul>

		không có trong ý trả lời cho trước thì ghi rõ TÊN người ( hoặc mối quan hệ với NCT).
B12	Ngoài số tiền BHYT chi trả, ông (bà) phải chi trả bao nhiêu tiền nữa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này chỉ hỏi những người đã thanh toán bằng thẻ bảo hiểm.</li> <li>- Câu hỏi này cũng là để kiểm tra lại câu hỏi B10. ĐTV lấy tổng số tiền đã chi trả ở câu B10 đối chiếu với câu trả lời của NCT xem có đúng không</li> </ul>
B13	Ông (bà) có đủ tiền chi trả cho lần khám chữa bệnh này không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đủ tiền : nghĩa là NCT không phải đi vay mượn để trả viện phí.</li> <li>- <b>Lưu ý :</b> ĐTV cần hỏi kỹ xem người trả tiền có phải đi vay mượn không. Có khi NCT không phải vay mượn nhưng con / cháu lại phải đi vay mượn để thanh toán viện phí cho NCT. Trong câu hỏi này, nếu có người nhà thì ĐTV có thể hỏi thêm người nhà (người từ 18 tuổi trở lên) để xác định chắc chắn.</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi nhị nguyên. Nếu NCT trả lời có, ĐTV khoanh vào lựa chọn số 1 nếu trả lời không thì khoanh vào lựa chọn số 2</li> </ul>
B14	Ông bà có phải vay mượn tiền để chi trả tiền khám chữa bệnh trong lần này không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này được sử dụng để kiểm tra lại tính chính xác của câu B13. Nếu câu 13 trả lời « có », câu B14 trả lời « có » thì ĐTV viên phải xem xét lại câu trả lời của NCT.</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi nhị nguyên. Nếu NCT trả lời có, ĐTV khoanh vào lựa chọn số 1 nếu trả lời không thì khoanh vào lựa chọn số 2</li> </ul>
B15	Ông bà phải vay mượn bao nhiêu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số tiền NCT hoặc người nhà phải vay mượn để chi cho việc khám chữa bệnh.</li> <li>- Đây là câu hỏi mở ( vì không biết trước NCT phải vay bao nhiêu tiền) vì vậy ĐTV phải ghi rõ ràng chính xác số tiền NCT đã vay vào dòng kẻ ô bên cạnh theo đơn vị VND</li> </ul>

B16	Ông bà có phải bán đồ đạc trong nhà để lấy tiền chi trả viện phí không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có thể NCT hoặc người nhà không phải đi vay nhưng phải bán đi một <b>đồ vật</b> gì đó trong nhà để trả tiền khám chữa bệnh. Đồ vật ở đây có thể được hiểu là các vật dụng có trong nhà bao gồm cả thóc /gạo, lợn/ gà...</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi nhị nguyên. Nếu NCT trả lời có, ĐTV khoanh vào lựa chọn số 1 nếu trả lời không thì khoanh vào lựa chọn số 2</li> </ul>
-----	---	---

### C. Phần C : câu hỏi về nhu cầu chăm sóc một số bệnh mạn tính thường gặp

Mã số	Câu hỏi	Mô tả/ khái niệm & Hướng dẫn trả lời
C1	Ông / bà có biết (nghe nói) về bệnh THA không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biết về bệnh tăng huyết áp được hiểu là NCT có thể nói được khái niệm bệnh tăng huyết áp. Cụ thể hơn là NCT có thể đưa ra chỉ số huyết áp bao nhiêu thì được gọi là tăng huyết áp.</li> <li>- Để xác định chính xác câu trả lời của NCT thì ĐTV phải khéo léo hỏi sâu thêm NCT về chỉ số huyết áp bao nhiêu là bình thường, bao nhiêu là tăng huyết áp.</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi nhị nguyên. Nếu NCT trả lời có, ĐTV khoanh vào lựa chọn số 1 nếu trả lời không thì khoanh vào lựa chọn số 2</li> </ul>
C2	Theo ông bà, làm thế nào để phát hiện một người bị THA?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phương pháp tin cậy nhất, khách quan nhất để xác định một người có bị mắc bệnh tăng huyết áp hay không</li> <li>- Đây là câu hỏi đóng, ĐTV căn cứ vào câu trả lời của NCT để khoanh tròn vào ý trả lời phù hợp ở cột bên</li> </ul>
C3	Theo ông/bà, những người nào dễ bị mắc bệnh tăng huyết áp?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này là để đánh giá kiến thức của NCT về nguy cơ của bệnh tăng huyết áp</li> <li>- Câu hỏi đóng có nhiều lựa chọn. ĐTV khoanh tròn tất cả các ý trả lời của NCT, (được khoanh nhiều ý trả lời)</li> </ul>
C4	Theo ông	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này để đánh giá kiến thức của</li> </ul>

	/ bà những yếu tố nào sau đây có thể phòng bệnh tăng huyết áp?	NCT về phòng bệnh tăng huyết áp. Việc phòng bệnh tăng huyết áp có nhiều biện pháp vì vậy ĐTV có thể ghi lại tất cả ý trả lời của NCT nếu những ý trả lời đó trung với các ý trả lời đã liệt kê ở cột bên.
C5	Những biểu hiện nào sau đây là biến chứng của bệnh tăng huyết áp?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này là để đánh giá kiến thức của NCT về các biến chứng của bệnh tăng huyết áp. Tăng huyết áp có nhiều biến chứng, vì vậy tùy thuộc vào NCT có thể kể được bao nhiêu biến chứng thì ĐTV ghi lại tất cả các câu trả lời của NCT bằng cách khoanh tròn vào ý trả lời đã có sẵn ở cột bên.</li> </ul>
C6	Do đâu ông/ bà biết được những thông tin trên?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Do đâu ? Trong trường hợp này, chúng tôi muốn thu thập các nguồn cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp mà người cao tuổi đã được tiếp cận. Trên cơ sở đó, NCT có các kiến thức từ câu C1-câu C5.</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi bán mở vì vậy, nếu câu trả lời của NCT không có trong các ý trả lời đã liệt kê sẵn thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn số 8 và ghi rõ câu trả lời của NCT vào dòng cùng với ý « khác »</li> </ul>
C7	Trong 6 tháng qua ông/ bà có đo huyết áp không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chúng ta biết rằng tuổi cao là một nguy cơ của bệnh tăng huyết áp vì vậy NCT (người từ 60 tuổi trở lên) có nguy cơ rất cao mắc bệnh tăng huyết áp.</li> <li>- Theo quy định, Người trưởng thành phải khám bệnh định kỳ 1 lần/ 1năm, tuy nhiên người có nguy cơ cao phải khám 1lần/ 6 tháng. Việc đo huyết áp 6 tháng/ 1lần được coi như khám bệnh định kỳ. Đó là lý do tại sao chúng tôi hỏi trong vòng 6 tháng qua NCT có đo huyết áp không ?</li> <li>- Đây là câu hỏi nhị nguyên ( có/không). Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh vào ý trả lời phù hợp.</li> </ul>
C8	Ông (bà)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có nhiều lý do khiến NCT không kiểm tra huyết áp</li> </ul>

	hãy cho biết lý do vì sao ông (bà) không đo huyết áp?	<p>thường kỳ. Mục đích của câu hỏi này là để tìm hiểu xem trong những người không kiểm tra huyết áp thường xuyên thì có những nguyên nhân gì</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đây là câu hỏi mở vì vậy ĐTV căn cứ vào câu trả lời của NCT rồi ghi đầy đủ ý trả lời vào dòng kẻ ở bên ô trả lời</li> </ul>
C9	Ông bà đã được cơ sở y tế/cán bộ y tế chẩn đoán là <b>tăng huyết áp</b> chưa bao giờ chưa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Được cán bộ y tế(CBYT)/cơ sở y tế chẩn đoán bị bệnh tăng huyết áp</b> dùng để xác định những người đã có mắc bệnh ( mang tính định tính mà không thể xác định mới mắc bệnh hay đã mắc một thời gian dài và cũng không thể xác định mức độ nặng, nhẹ của bệnh</li> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi nhị nguyên. NCT trả lời có thì ĐTV khoanh trong vào lựa chọn 1 ; NCT trả lời không thì ĐTV khoanh trong vào lựa chọn 2 và chuyển đến câu C15 bỏ qua các câu từ C10 – C14</li> </ul>
C10	Ông (bà) có uống thuốc điều trị tăng huyết áp không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ĐTV chỉ hỏi câu hỏi này đối với những người cao tuổi đã được CBYT chẩn đoán bị mắc bệnh tăng huyết áp</li> <li>- Thông thường, khi một người được chẩn đoán bị bệnh tăng huyết áp thì cán bộ y tế sẽ hướng dẫn cách điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, có một số người không điều trị gì mặc dù đã được hướng dẫn. Mục đích của câu hỏi này là để phát hiện những NCT không tuân thủ theo hướng dẫn của CBYT.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 đồng thời hỏi thêm NCT xem đã điều trị bằng những loại thuốc nào và ghi đầy đủ tên các thuốc điều trị THA mà NCT đó đã sử dụng rồi bỏ qua câu C11 chuyển đến câu C12 để tiếp tục phỏng vấn. Nếu NCT trả lời « không » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
C11	Nếu không uống thuốc thì Ông (bà) sử dụng	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ĐTV chỉ hỏi câu này đối với NCT <b>được chẩn đoán là tăng huyết áp</b> nhưng <b>không uống thuốc điều trị</b> mà có thể dùng phương pháp khác.</li> <li>- ĐTV hỏi kỹ NCT xem đã sử dụng phương pháp điều</li> </ul>



	biện pháp nào để chữa bệnh tăng huyết áp?	trị nào ( có thể là vận động, thay đổi chế độ ăn...). Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi lại đầy đủ, chính xác các thông tin NCT đã cung cấp vào dòng kẻ ô bên cạnh
C12	Khi bị THA ông (bà) đến cơ sở y tế nào để khám và điều trị?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này là để tìm hiểu cơ sở y tế, nơi NCT khám và điều trị bệnh tăng huyết áp.</li> <li>- Trong phần trả lời, chúng tôi đã liệt kê 7 tình huống trả lời. Căn cứ vào câu trả lời của NCT, ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn thích hợp. Trường hợp câu trả lời của NCT không có trong 7 tình huống trả lời có trước thì ĐTV ghi cụ thể vào dòng « khác ».</li> <li>- <b>Chú ý :</b> cần phân biệt giữa lựa chọn số 4 « Tự dùng thuốc theo đơn của bác sỹ» và lựa chọn số 7 « Đến hiệu thuốc kê bệnh và mua thuốc». Hai lựa chọn này đều có tình huống NCT tự mua thuốc nhưng khác nhau ở chỗ lựa chọn 4 thì NCT mua thuốc theo đơn của cán bộ y tế còn lựa chọn 7 NCT mua thuốc không có đơn mà theo kinh nghiệm của bản thân hoặc gợi ý của người bán thuốc.</li> </ul>
C13	Ông (bà) đang điều trị tăng huyết áp như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này là để tìm hiểu cách thức điều trị NCT đang áp dụng.</li> <li>- Trong phần trả lời chúng tôi đã liệt kê 3 tình huống trả lời. ĐTV cần phải hỏi rõ NCT về « thay đổi lối » bao gồm những thay đổi gì, những thay đổi lối sống đó có đúng theo hướng dẫn của Bộ y tế không (theo hướng dẫn của Bộ Y tế, thay đổi lối sống gồm : tăng cường hoạt động thể lực, ăn nhạt, hạn chế ăn chất béo động vật, ăn nhiều rau xanh và hoa quả, không uống rượu, không hút thuốc, tránh lo lắng)</li> <li>- Căn cứ câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn phù hợp. Trường hợp NCT trả lời mà không nằm trong những ý đã cho trước, ĐTV hỏi kỹ và ghi</li> </ul>

		đầy đủ, chính xác vào dòng « khác ».
C14	Khi sử dụng thuốc điều trị THA, ông (bà) dùng thuốc như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần phải theo dõi điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài. Câu hỏi này nhằm tìm hiểu cách NCT sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp.</li> <li>- Đây là câu hỏi đóng, chúng tôi đã đưa ra 6 lựa chọn. Các lựa chọn này được sắp xếp theo thời gian điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của NCT từ ít ngày đến dài ngày. ĐTV căn cứ câu trả lời của đối tượng để xác định thời gian sử dụng thuốc của NCT và khoanh vào lựa chọn phù hợp.</li> </ul>
C15	Gia đình ông / bà ( <i>những người cùng huyết thống</i> ) có ai được bác sỹ chẩn đoán bị <b>mắc bệnh tăng huyết áp</b> không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gia đình là một yếu tố nguy cơ đối với bệnh tăng huyết áp. Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu xem NCT có yếu tố nguy cơ này hay không ?</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 và hỏi kỹ NCT xem người bị tăng huyết áp trong gia đình có quan hệ thế nào với NCT đồng thời ghi tên vào dòng kẻ phía dưới lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « Không » thì ĐTV khoanh vào lựa chọn số 2</li> </ul>
C16	Ông bà có muốn được kiểm tra huyết áp thường xuyên không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này hướng tới mục tiêu tìm hiểu nhu cầu khám bệnh định kỳ của NCT. Việc đo huyết áp định kỳ nhằm phát hiện sớm những người có nguy cơ bị bệnh THA, trên cơ sở đó phát hiện người bị bệnh tăng huyết áp ở giai đoạn sớm để điều trị kịp thời hiệu quả.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1, trường hợp NCT có trả lời « Không » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2, sau đó bỏ qua câu C 17, C18 để tiếp tục phỏng vấn câu C19</li> </ul>
C17	Ông (bà) mong muốn được <b>kiểm tra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thông thường, muốn kiểm tra sức khoẻ nói chung, kiểm tra huyết áp nói riêng, người dân ( kể cả NCT) phải đến cơ sở y tế để kiểm tra. Tuy nhiên, do đặc thù</li> </ul>

	<u>huyết áp</u> ở đâu?	<p>của NCT, một số người không có điều kiện để đến cơ sở y tế kiểm tra sức khỏe định kỳ. Ví dụ những người hạn chế vận động, hoặc do nguyên nhân khác thì cán bộ y tế có thể khám, kiểm tra sức khỏe tại nhà.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này là câu hỏi bán mở gồm 5 gợi ý trả lời và « khác ». Căn cứ vào câu trả lời của NCT, ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn phù hợp. Trường hợp NCT đề cập tới địa điểm không có trong danh mục lựa chọn trả lời thì ĐTV ghi đầy đủ, chính xác địa điểm NCT có mong muốn được kiểm tra huyết áp vào dòng kẻ ở lựa chọn « khác »</li> </ul>
C18	Theo ông (bà), <u>bao nhiêu lâu</u> (thời gian) đo một lần là phù hợp với điều kiện của ông bà? ( <i>Ghi cụ thể</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Như trên đã trình bày, tuổi là yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp, NCT có nguy cơ cao bị bệnh tăng huyết áp nên phải kiểm tra định kỳ ít nhất 6 tháng /1lần. Nếu thời gian kiểm tra huyết áp kéo dài hơn 6 tháng là không phù hợp.</li> <li>- Mục đích của câu hỏi này là để tìm hiểu nhu cầu thực sự của NCT về thời gian kiểm tra huyết áp. Trên cơ sở đó xác định có phù hợp hay không phù hợp cho việc đảo ứng của CBYT</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT, ĐTV ghi thời gian chính xác ( theo đơn vị tháng).</li> </ul>
C19	Ông (bà)có mong muốn được <u>cung cấp</u> các <u>thông tin</u> về bệnh <u>tăng huyết áp</u> không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để có thể phòng chống hiệu quả bệnh tăng huyết áp ở NCT, việc quan trọng hàng đầu là cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp cho NCT.</li> <li>- Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu nhu cầu tiếp cận thông tin về bệnh tăng huyết áp của NCT</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn số 1. Nếu NCT trả lời « không » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2, bỏ qua câu C21 chuyển đến câu C21 tiếp tục phỏng vấn.</li> </ul>
C20	Nếu có, Ông (bà) mong	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Với mong muốn cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp cho NCT một cách hiệu quả nhất. Câu hỏi này</li> </ul>

	<p>muốn được cung cấp thông tin dưới hình thức nào?</p> <p><b>(Điều tra viên đọc các tình huống cho NCT lựa chọn)</b></p>	<p>hướng tới mục đích tìm hiểu hình thức tiếp nhận thông tin về bệnh tăng huyết áp mà NCT mong muốn. Một NCT có thể chọn nhiều hình thức tiếp nhận thông tin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Khi hỏi câu hỏi này, ĐTV lưu ý đọc to lần lượt từng hình thức cung cấp thông tin đã ghi ở phần trả lời cho NCT nghe. Hình thức nào NCT chấp nhận thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn đó. ĐTV cũng nên hỏi thêm NCT xem ngoài những gợi ý trên, NCT còn muốn được tiếp nhận thông tin nào khác không, nếu có ĐTV ghi vào dòng « khác »</li> </ul>
C21	<p>Ông (bà) đã bao giờ được cán bộ y tế chẩn đoán ông (bà) <b><u>bị đái tháo đường</u></b> chưa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiến thức về bệnh tật nói chung và bệnh đái tháo đường nói riêng rất khác nhau giữa người có bệnh và người không cso bệnh. Với mục đích tìm hiểu xem kiến thức của NCT về bệnh đái tháo đường có gì khác nhau giữa những người đã từng được CBYT chẩn đoán bị bệnh đái tháo đường và người chưa mắc bệnh này, chúng tôi đưa ra câu hỏi này.</li> <li>- ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn số 1 nếu NCT trả lời « có » , khoanh tròn vào lựa chọn số 2 nếu trả lời « không ».</li> <li>- Các câu hỏi từ C22 đến C24 dành cho những người đã được chẩn đoán bị mắc bệnh đái tháo đường, vì vậy nếu NCT trả lời « không » thì ĐTV sau khi khoanh tròn vào lựa chọn số 2, bỏ qua các câu C22 – C24 để tiếp tục phỏng vấn câu C25</li> </ul>
C22	<p>Ông (bà) được chẩn đoán đái tháo đường ở <b><u>cơ sở y tế nào?</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Việc chẩn đoán một người có bị đái tháo đường hay không không khó, tuy nhiên mức độ sai số có thể khác nhau ở các cơ sở y tế khác nhau.</li> <li>- Mục đích của câu hỏi này là tìm hiểu mức độ tin cậy của chẩn đoán</li> <li>- Câu hỏi này có một danh mục các cơ sở y tế. Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa</li> </ul>

		<p>chọn phù hợp. Trường hợp ý trả lời của NCT không có trong danh mục cơ sở y tế cho trước, ĐTV ghi đầy đủ, chính xác tên cơ sở y tế đã chẩn đoán ĐTĐ cho NCT</p>
C23	<p>Ông bà có <b><u>điều trị</u></b> bệnh đái tháo đường không?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Về nguyên tắc, đái tháo đường cũng cần được theo dõi và điều trị đầy đủ, dài ngày. Tuy nhiên, cũng có những người bị bệnh nhưng lại không được điều trị. Mục đích của câu hỏi này là nhằm xác định tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường nhưng lại không điều trị.</li> <li>- NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1, nếu trả lời « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
C24	<p>Ông bà <b><u>đang điều trị</u></b> bệnh đái tháo đường như thế nào?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Về nguyên tắc điều trị bệnh đái tháo đường phải kết hợp Thuốc + Chế độ ăn + Tập luyện thì mới đạt hiệu quả như mong muốn.</li> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu xem NCT bị bệnh ĐTĐ có thực hiện đúng nguyên tắc điều trị hay không.</li> <li>- ĐTV cần lưu ý, trong phần trả lời, chúng tôi đưa ra 3 lựa chọn. Tuy nhiên, lựa chọn 2 « thay đổi lối sống » bao hàm thay đổi chế độ ăn và tập luyện, nếu chỉ có thay đổi chế độ ăn mà không tập luyện hoặc ngược lại thì cũng chưa được gọi là thay đổi lối sống.</li> <li>- Nếu câu trả lời của NCT không trùng với những gợi ý trả lời ĐTV phải ghi đầy đủ, chính xác vào dòng kẻ ở lựa chọn « khác »</li> </ul>
C25	<p><b><u>Gia đình</u></b> Ông/bà (những người cùng huyết thống) có ai được bác sỹ chẩn đoán bị bệnh <b><u>đái tháo đường</u></b> không?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đái tháo đường là một bệnh mạn tính có yếu tố gia đình, vì vậy việc tìm hiểu tiền sử gia đình là việc làm cần thiết.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » thì ĐTV khoanh vào lựa chọn 1.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « không » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2, sau đó bỏ qua câu C26, chuyển đến câu C27 tiếp tục hỏi.</li> </ul>
C26	<p>Nếu có</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh</li> </ul>

	thì người đó quan hệ như thế nào với ông bà ?	tròn vào những lựa chọn phù hợp. - Lưu ý : NCT có thể có nhiều người trong gia đình mắc bệnh ĐTD nên ĐTV có thể khoanh vào nhiều lựa chọn ( tùy theo ý trả lời của NCT)
C27	Ông (bà) có <b><u>thường xuyên</u></b> kiểm tra đường huyết không?	- <b>Thường xuyên</b> trong câu hỏi này có hai ý : (1) nếu người bị bệnh ĐTD thì phải kiểm tra hàng tháng ; (2) người có nguy cơ cao phải kiểm tra định kỳ ít nhất 1 năm /1lần; người bình thường phải kiểm tra định kỳ ít nhất 3 năm /1lần. - Câu hỏi này là câu dẫn cho câu hỏi C28, vì vậy ĐTV cần phải hỏi kỹ và kết hợp với câu C28 để phân biệt được NCT có kiểm tra đường huyết « <b><u>thường xuyên</u></b> » hay không. - Khi đã xác định chắc chắn NCT không kiểm tra đường huyết thường xuyên, ĐTV khoanh vào lựa chọn 2 và bỏ qua các câu C29 đến câu C31 rồi <b>tiếp tục hỏi từ câu C32.</b>
C28	Nếu có <b><u>Bao nhiêu lâu</u></b> ông (bà) kiểm tra đường huyết một lần? ( <b><u>Ghi cụ thể</u></b> )	- <b>Bao nhiêu lâu</b> : trong câu hỏi này được hiểu là khoảng thời gian <b>giữa 2 lần</b> làm xét nghiệm đường huyết. - Căn cứ vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi vào dòng : tuần ...tháng....năm cho phù hợp. Nếu khoảng thời gian giữa 2 lần làm xét nghiệm <b>dưới 1 tháng</b> thì ĐTV ghi số <b>tuần</b> ; từ 1 tháng đến <b>dưới 1 năm</b> thì ĐTV ghi <b>số tháng</b> ; Từ 1 năm trở lên ghi số năm.
C29	Lần kiểm tra đường huyết <b><u>gần đây nhất</u></b> là khi nào? ( <b><u>Ghi cụ thể</u></b> )	- Câu hỏi này nhằm đối chiếu với câu C28. - Ví dụ Câu C28 NCT trả lời là 1 năm nhưng câu C29 NCT lại trả lời là cách đây 6 tháng. Trường hợp này ĐTV phải hỏi kỹ NCT xem có nhầm lẫn gì không bằng cách hỏi rõ về bối cảnh NCT có làm xét nghiệm đường huyết. - Lưu ý : Nhiều khi NCT chỉ nhớ CBYT lấy máu làm xét nghiệm mà không biết đó là xét nghiệm gì, vì vậy ĐTV cần phải hỏi thật kỹ về bối cảnh làm xét nghiệm để

		<p>tránh sự nhầm lẫn đáng tiếc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sau đó, căn cứ vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi vào dòng : tuần ...tháng...năm cho phù hợp. Nếu khoảng thời gian giữa 2 lần làm xét nghiệm <b>dưới 1 tháng</b> thì ĐTV ghi số <b>tuần</b> ; từ 1 tháng đến <b>dưới 1 năm</b> thì ĐTV ghi số <b>tháng</b> ; Từ 1 năm trở lên ghi số năm</li> </ul>
C30	Ông (bà) kiểm tra đường huyết ở đâu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chất lượng xét nghiệm phụ thuộc một phần vào việc xét nghiệm đó làm ở cơ sở y tế nào. Hơn nữa, chúng tôi cũng muốn tìm hiểu thêm về thói quen sử dụng dịch vụ y tế của NCT</li> <li>- Chúng tôi đã đưa ra 3 tình huống trả lời phổ biến nhất. Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT, ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn thích hợp, trường hợp ý trả lời của NCT không có tròn các tình huống trả lời cho trước thì ĐTV cần ghi rõ ràng, chính xác câu trả lời vào dòng kẻ ở lựa chọn « khác »</li> </ul>
C31	Ông (bà) có báo lại kết quả khám bệnh /xét nghiệm với Trạm y tế không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mục đích của câu hỏi này nhằm tìm hiểu thái độ hợp tác của NCT với y tế cơ sở trong việc quản lý bệnh mạn tính.</li> <li>- NCT trả lời « có » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; trả lời « không » khoanh tròn vào lựa chọn 2.</li> </ul>
C32	Theo ông/ bà, <b><u>những người nào</u></b> dễ mắc bệnh đái tháo đường ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu kiến thức của NCT về <b>nguy cơ</b> của bệnh Đái tháo đường ?</li> <li>- Chúng tôi đưa ra 5 tình huống trả lời, căn cứ vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn phù hợp.</li> <li>- <b>Lưu ý :</b> bệnh ĐTD có nhiều yếu tố nguy cơ nên ĐTV có thể hỏi thêm những câu hỏi thăm dò để tìm hiểu đầy đủ nhất kiến thức của NCT về nguy cơ của bệnh ĐTD và như vậy đồng nghĩa với việc ĐTV có thể khoanh vào nhiều lựa chọn tùy theo trả lời của NCT.</li> </ul>

C33	Theo Ông (bà) <b><u>bệnh đái tháo đường</u></b> có thể phòng được không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm đánh giá một cách tổng quát ( mang tính định tính) kiến thức phòng bệnh ĐTĐ của NCT.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; trả lời « không » khoanh tròn vào lựa chọn 2, sau đó <b>không hỏi câu C34</b> mà chuyển đến câu C35 để tiếp tục phỏng vấn</li> </ul>
C34	Nếu có, thì theo ông bà <b><i>phải làm gì để phòng bệnh</i></b> đái tháo đường?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này muốn đánh giá sâu hơn về kiến thức phòng bệnh ĐTĐ của NCT.</li> <li>- Đây là câu hỏi bán mở, NCT có thể liệt kê ra được nhiều ý trả lời, ĐTV căn cứ vào ý trả lời của NCT để khoanh tròn vào lựa chọn phù hợp. Nếu câu trả lời của NCT không có tròn các gợi ý, ĐTV ghi lại đầy đủ, chính xác ý trả lời của NCT vào dòng kẻ ở lựa chọn « khác », có thể ghi nhiều lựa chọn « khác » tùy theo ý trả lời của NCT.</li> <li>- Lưu ý : ĐTV có thể hỏi nhiều câu hỏi thăm dò để xác định được các ý trả lời của NCT</li> </ul>
C35	Ông (bà) có biết các <b><i>biến chứng</i></b> của bệnh đái tháo đường không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này mang tính chất định tính và nhằm mục đích định hướng cho NCT về các biến chứng của bệnh ĐTĐ.</li> <li>- ĐTV có thể kết hợp câu hỏi này với câu hỏi C36 để tìm hiểu sâu hơn về kiến thức của NCT về biến chứng của bệnh ĐTĐ.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanh vào lựa chọn 2, sau đó ĐTV bỏ qua câu C36 chuyển đến câu 37 để tiếp tục phỏng vấn.</li> </ul>
C36	Ông (bà) hãy kể những <b><i>biến chứng</i></b> của bệnh đái tháo đường mà ông bà đã biết?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh ĐTĐ có nhiều biến chứng. Mục đích của câu hỏi này là để tìm hiểu sâu hơn về kiến thức của NCT về bệnh ĐTĐ mà cụ thể là các biến chứng của bệnh này.</li> <li>- Đây là câu hỏi mở, vì vậy ĐTV cần phải khéo léo đặt thêm các câu hỏi để tìm hiểu về kiến thức của NCT đối với bệnh ĐTĐ. Sau đó, tùy thuộc vào câu trả lời của</li> </ul>



	<b>(ghi cụ thể)</b>	NCT mà ĐTV ghi lại đầy đủ, chính xác các câu trả lời đó
C37	Ông (bà) có muốn được cung cấp những thông tin về <b><u>cách phòng bệnh</u></b> đái tháo đường không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để có thể phòng chống hiệu quả bệnh ĐTĐ ở NCT, việc quan trọng hàng đầu là cung cấp thông tin về bệnh cho NCT.</li> <li>- Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu nhu cầu tiếp cận thông tin về bệnh ĐTĐ của NCT</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn số 1. Nếu NCT trả lời « không » thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2, bỏ qua câu C38 chuyển đến câu C39 tiếp tục phỏng vấn.</li> </ul>
C38	Nếu có, Ông (bà) mong muốn được cung cấp <b><u>thông tin</u></b> dưới hình thức nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu này tương tự như câu C20 chỉ có một điều khác là câu C20 hỏi về bệnh tăng huyết áp , còn câu C38 hỏi về bệnh đái tháo đường</li> <li>- <i>(Điều tra viên đọc các tình huống cho đối tượng nghe)</i></li> </ul>
<b>NHU CẦU CHĂM SÓC BỆNH RỐI LOẠN LIPID MÁU</b>		
C39	Ông /bà đã <b><i>nghe nói</i></b> về bệnh <b><i>rối loạn mỡ máu</i></b> bao giờ chưa ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này có tính định hướng cho việc xác định mối quan tâm của NCT về bệnh rối loạn lipid (RLLP) máu.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2,</li> </ul>
C40	Theo ông/ bà , <b><i>làm thế nào</i></b> để biết ông bà	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiểu biết về phương pháp xác định bệnh giúp cho NCT tìm kiếm dịch vụ được tốt hơn. Đó là mục đích của câu hỏi này.</li> </ul>

	có bị bệnh rối loạn mỡ máu hay không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phần trả lời câu hỏi này có 3 tình huống cho trước. Tùy thuộc vào câu trả lời của đối tượng, ĐTV khoanh tròn vào ý thích hợp. Trường hợp câu trả lời của NCT không có tròn các gợi ý trả lời, ĐTV ghi lại đầy đủ, chính xác câu trả lời của NCT vào dòng trả lời « khác»</li> </ul>
C41	Ông (bà) làm <i>xét nghiệm mỡ máu</i> bao giờ chưa? ( <i>ghi cụ thể ngày tháng năm</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ số mỡ máu, là một trong các chỉ số để đánh giá Hộ chứng rối loạn chuyển hoá - yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Thông thường, chỉ số này cũng phải được kiểm tra thường xuyên như khi khám bệnh định kỳ, tức là khoảng 6 tháng – 1 năm đối với những người có nguy cơ, và 3 năm đối với người không có nguy cơ .</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 rồi bỏ qua câu 71 chuyển đến câu C72 tiếp tục phỏng vấn ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2,</li> </ul>
C42	Ông (bà) hãy cho biết <i>lý do</i> vì sao ông (bà) không xét nghiệm mỡ máu? <i>Ghi cụ thể</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có nhiều lý do NCT không đi kiểm tra lipid máu, tuy nhiên để xem lý do nào là phổ biến nhất để có thể tác động trong tương lai là mục đích của câu hỏi này.</li> <li>- ĐTV ghi đầy đủ, cụ thể câu trả lời của NCT vào dòng kẻ ở ô trả lời.</li> </ul>
C43	Ông/ bà đã được bác sỹ chẩn đoán bị <i>mắc bệnh rối loạn mỡ máu</i> bao giờ chưa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này có mục đích là tìm hiểu xem NCT đã bị mắc rối loạn lipid máu hay chưa.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2, rồi bỏ qua câu C73, C74 <b>chuyển đến câu C75</b> tiếp tục phỏng vấn</li> </ul>
C44	Ông bà có điều trị bệnh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này muốn tìm hiểu nhu cầu về điều trị rối loạn lipid máu ở những NCT có rối loạn lipid máu</li> </ul>

	rối loạn mỡ máu không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2, rồi bỏ qua câu C74 <b>chuyển đến câu C75</b> tiếp tục phỏng vấn</li> </ul>
C45	Ông bà <u>điều trị</u> bệnh rối loạn mỡ máu <u>như thế nào?</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cũng như bệnh ĐTD, điều trị rối loạn lipid máu không chỉ dùng thuốc mà còn phải thay đổi lối sống. Câu hỏi này muốn tìm hiểu xem liệu NCT có điều trị đúng cách hay không</li> </ul>
C46	Gia đình ông / bà (những người cùng huyết thống) có ai được bác sỹ chẩn đoán là mắc bệnh rối loạn mỡ máu không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu yếu tố gia đình của NCT về rối loạn lipid máu.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2, rồi bỏ qua câu C76 <b>chuyển đến câu C77</b> tiếp tục phỏng vấn.</li> </ul>
C47	Nếu có thì người đó là ai?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này muốn tìm hiểu cụ thể mối quan hệ của người cùng huyết thống với NCT bị mắc rối loạn Lipid máu.</li> <li>- Tùy thuộc vào ý trả lời của NCT, ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn thích hợp. ĐTV có thể hỏi sâu hơn để tìm hiểu kỹ về những người cùng huyết thống với NCT mắc rối loạn lipid máu bằng cách hỏi câu hỏi như « ông bà thử nhớ kỹ lại xem, ngoài TÊN người bị mắc còn ai trong gia đình ông/bà bệnh như ông/bà nữa không ? ». Trường hợp</li> </ul>
C48	Theo ông (bà) những đối tượng nào dễ bị mắc bệnh rối loạn mỡ máu? ( <i>ghi cụ</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu kiến thức của NCT về nguy cơ RLLP máu</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT , ĐTV ghi lại đầy đủ, chính xác các ý trả lời vào dòng kẻ ô trả lời bên cạnh.</li> </ul>

	<b>thể)</b>	
C49	Theo ông (bà) <b>có thể phòng bệnh</b> rối loạn mỡ máu được không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu thái độ của NCT đối với việc phòng chống RLLP máu.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2, sau đó bỏ qua câu 79, chuyển đến câu C80 để tiếp tục phỏng vấn.</li> </ul>
C50	Theo ông (bà) làm thế nào để phòng bệnh rối loạn mỡ máu? ( <b>ghi cụ thể</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu về kiến thức phòng bệnh RLLP máu của NCT.</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi đầy đủ, rõ ràng vào dòng kẻ ô bên cạnh. ĐTV cần khéo léo khai thác thông tin ở NCT để tìm hiểu càng nhiều thông tin càng tốt.</li> </ul>
C51	Theo ông/ bà, rối loạn mỡ máu có những biến chứng gì? ( <b>ghi cụ thể</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này có mục đích tìm hiểu kiến thức của NCT về hậu quả của RLLP máu.</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi đầy đủ, rõ ràng vào dòng kẻ ô bên cạnh. ĐTV cần khéo léo khai thác thông tin ở NCT để tìm hiểu càng nhiều thông tin càng tốt.</li> </ul>
C52	Ông bà, có muốn biết thêm thông tin về bệnh rối loạn mỡ máu không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu nhu cầu tiếp cận thông tin phòng chống RLLP máu của NCT .</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 ; nếu « không » thì khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
C53	Ông bà mong muốn nhận thông tin này bằng hình thức nào? ( <b>được chọn nhiều ý trả lời</b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm khai thác nguồn cung cấp thông tin NCT ưa chuộng nhất.</li> <li>- ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn NCT đã trả lời. Lưu ý : câu hỏi này được khoanh nhiều lựa chọn tùy theo ý trả lời của NCT</li> </ul>

	<b>D. CÂU HỎI VỀ LỐI SỐNG, THÓI QUEN.</b>	
D1	<p>Ông /bà tự đánh giá thế nào về sức khoẻ hiện tại của Ông (bà) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cảm nhận chủ quan của NCT về sức khoẻ là tương đối quan trọng, nó gián tiếp phản ánh sự lạc quan hay bi quan của NCT. Chúng tôi đưa ra 3 tình huống về sức khoẻ : tốt ; trung bình ; kém.</li> <li>- ĐTV căn cứ vào câu trả lời của NCT để khoanh tròn vào lựa chọn thích hợp</li> </ul>
D2	<p>Bản thân Ông/ bà đã bao giờ được CBYT chẩn đoán bị mắc một trong các bệnh sau đây chưa? (ĐTV đọc to, chậm từng câu cho NCT nghe từng bệnh một)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này được thiết kế nhằm tìm hiểu về tiền sử bệnh của NCT đồng thời kiểm chứng lại một số câu hỏi về các bệnh : tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. COPD, suy giảm trí nhớ. Nếu ở các phần trên, NCT trả lời « có » mà ở câu D2 này NCT lại trả lời không có nghĩa là phải xem xét lại các câu trả lời của NCT.</li> <li>- Chú ý : trong trường hợp câu trả lời của NCT mâu thuẫn nhau, ĐTV không khoanh tròn vào lựa chọn NCT đã trả lời mà đánh dấu ngoặc đơn ( ) vào lựa chọn đó</li> </ul>
D3	<p>Ông (bà) đã từng uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn chưa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Các câu hỏi từ D3 đến D5 được sử dụng để tìm hiểu về hành vi uống đồ uống có cồn của NCT.</li> <li>- Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu về tiền sử uống đồ uống có cồn. Mốc thời gian để ước lượng được tính từ khi NCT đã đủ 18 tuổi. Như vậy, ĐTV có thể hỏi câu hỏi này bằng cách hỏi câu hỏi đó à thêm cụm từ « tính từ khi ông/ bà đủ 18 tuổi.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2, sau đó bỏ qua các câu từ D4 – D5, <b>chuyển đến câu D6 tiếp tục phỏng vấn</b></li> </ul>

D4	Trong 12 tháng qua ông bà uống rượu, bia hoặc đồ uống có cồn như thế nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm khai thác mức độ thường xuyên của NCT về hành vi uống đồ uống có cồn.</li> <li>- Chúng tôi đã đưa ra 4 tình huống trả lời tương ứng với mức độ khác nhau của hành vi uống đồ uống có cồn của NCT. Tùy theo câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn phù hợp.</li> <li>- Chú ý : chỉ được chọn 1 tình huống trả lời</li> </ul>
D5	Khi uống rượu, Ông (bà) uống trung bình khoảng <b><i>bao nhiêu</i></b> rượu? ( <i>ĐTV đưa cho NCT 1 chiếc cốc để NCT ước lượng</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm khai thác số lượng đồ uống có cồn trung bình NCT sử dụng trong một lần uống.</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV ghi lại chính xác số ml đồ uống có cồn NCT đã sử dụng</li> <li>- <b>Lưu ý :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Với NCT uống rượu, ĐTV hỏi NCT uống bao nhiêu cốc hoa hồng (đa số người dân vùng này dùng cốc hoa hồng trong sinh hoạt hàng ngày như uống nước, uống rượu) trong một lần, sau đó quy về số ml rượu. Mỗi cốc hoa hồng tương đương 90 ml</li> <li>+ Với NCT uống bia : ĐTV dùng cốc thủy tinh cao ( tương đương 200 ml) để hỏi NCT xem mỗi lần uống bia, NCT uống bao nhiêu cốc rồi quy về số ml</li> </ul> </li> </ul>
D6	Ông / bà có thích thức ăn chế biến theo cách rán/ chiên không	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thức ăn chiên, rán là những thức ăn chứa hàm lượng chất béo nhiều, những người thích ăn thức ăn chiên ,rán là những người ăn nhiều chất béo.</li> <li>- Mục đích của câu hỏi này nhằm tìm hiểu thói quen sử dụng thức ăn giàu chất béo ở NCT.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
D7	Gia đình ông bà thường dùng dầu hay mỡ để chế biến	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Việc sử dụng chất béo động vật và chất béo thực vật một cách hợp lý là rất quan trọng trong việc phòng các bệnh về chuyển hoá và bệnh tim mạch. Câu hỏi này nhằm mục đích tìm hiểu xem NCT sử dụng chất béo</li> </ul>

	thức ăn?	<p>như thế nào.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có 3 phương án trả lời. Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn thích hợp</li> </ul>
D8	Trong bữa ăn, ông bà có phải dùng nhiều nước mắm, muối, gia vị ... hơn các thành viên khác trong gia đình không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nước mắm, muối, gia vị là những thức ăn có chứa nhiều muối, một chất mà trong chế độ ăn bình thường cần phải hạn chế ( theo khuyến cáo cho người Việt Nam thì nhu cầu muối ăn là 6 – 9 g/ngày) đặc biệt là người có nguy cơ tăng huyết áp. Nếu NCT ăn nhiều loại thức ăn này tức là người ăn mặn.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanhj tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
D9	Ông /bà có hay ăn thức ăn mặn không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khác với câu hỏi D7, ở câu hỏi này chúng tôi muốn tìm hiểu thói quen ăn các thức ăn như cá kho, thịt rang...là những thức ăn được sử dụng làm thức ăn mặn</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanhj tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
D10	Ông / bà có hay ăn thức ăn được bảo quản lâu ( như: mắm tôm, cá khô, dưa cà muối... ) không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Các thức ăn được bảo quản lâu đều chứa một lượng muối rất lớn, hơn nữa những loại thức ăn này có chứa các chất có thể gây ung thư. Như vậy, nếu NCT thường xuyên ăn các loại thức ăn này thì có nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp, ung thư...</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>

D11	Ông bà đã bao giờ thử ăn giảm muối chưa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm tìm hiểu thái độ của NCT đối với việc thay đổi hành vi ăn mặn.</li> <li>- Nếu NCT trả lời « có » ĐTV khoanh vào lựa chọn 1. Nếu NCT trả lời « không », ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 2</li> </ul>
D12	Ông (bà) đã từng hút thuốc lá, thuốc lào, tẩu... chưa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Từ câu D12 đến câu D19 là các câu hỏi về thói quen hút thuốc lá, thuốc lào... của NCT</li> <li>- Xác định người đã từng hút thuốc lá là những người trong suốt quá trình từ khi trưởng thành cho đến thời điểm điều tra đã từng một lần hút thuốc lá, thuốc lào, tẩu...</li> <li>- ĐTV khoanh vào lựa chọn 1 nếu NCT trả lời đã từng hút thuốc ở bất kỳ thời điểm nào cho đến ngày điều tra.</li> </ul>
D13	Ông bà có nhớ bắt đầu hút thuốc từ khi nào không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định mốc thời gian NCT bắt đầu hút thuốc sau đó tính thời gian hút thuốc bằng cách lấy thời điểm điều tra trừ đi thời gian bắt đầu hút thuốc.</li> <li>- ĐTV tính toán cẩn thận để ra kết quả và ghi kết quả vào câu trả lời phù hợp</li> </ul>
D 14	Ông bà đã từng hút trung bình một ngày:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để ước lượng chính xác nhất số lượng điếu thuốc NCT hút trung bình trong một ngày, ĐTV hỏi NCT xem khoảng bao nhiêu thời gian( mấy ngày) NCT hút hết 1 bao ( gói) thuốc lá/ thuốc lào. 1 gói /bao thuốc lá có 20 điếu .</li> <li>- Sau khi ước lượng được số điếu thuốc NCT hút trong một ngày, ĐTV ghi vào ô trả lời phù hợp ở cột bên.</li> <li>- Ví dụ : NCT nói rằng 3 ngày hút hết 1 bao thuốc thì trung bình một ngày NCT hút khoảng 7 điếu</li> </ul>



D15	Hiện nay, Ông (bà) <b><u>còn hút thuốc lá, thuốc lào ...</u></b> không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định hiện nay NCT còn hút thuốc hay không bằng cách hỏi NCT xem trong 2 tuần qua NCT có hút thuốc lá, thuốc lào, tẩu ... hay không</li> <li>- ĐTV khoanh vào lựa chọn 1 nếu NCT nói rằng trong vòng 2 tuần ( tính đến thời điểm điều tra) NCT có hút thuốc lá, thuốc lào...</li> <li>- Nếu NCT trả lời «không» ĐTV <b>chuyển đến câu D18</b></li> </ul>
D16	Ông bà có nhớ <b><u>bắt đầu hút thuốc</u></b> hàng ngày từ bao giờ không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định hút thuốc hàng ngày khi NCT hút ít nhất 1 điếu thuốc lá / ngày, việc hút thuốc đó diễn ra hàng ngày.</li> <li>- Xác định thời gian NCT hút thuốc hàng ngày bằng cách hỏi NCT về thời gian NCT bắt đầu hút thuốc hàng ngày, sau đó lấy thời điểm điều tra trừ đi thời gian bắt đầu hút thuốc hàng ngày.</li> <li>- Ghi lại kết quả vào lựa chọn thích hợp</li> </ul>
D17	Hiện nay ông / bà hút trung bình một ngày <b><u>bao nhiêu điếu?</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để ước lượng số điếu thuốc NCT hút trung bình /ngày bằng cách hỏi NCT hút mấy ngày hết một gói/bao thuốc.</li> <li>- ĐTV tính ra số điếu thuốc trung bình NCT hút trong 1 ngày rồi ghi vào lựa chọn phù hợp.</li> <li>- Ví dụ : NCT nói rằng 3 ngày hút hết 1 bao thuốc thì trung bình một ngày NCT hút khoảng 7 điếu.</li> </ul>
D18	Ông bà <b><u>bỏ thuốc lá, thuốc lào, xì gà, tẩu...</u></b> từ khi nào?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định thời gian NCT bỏ thuốc bằng cách hỏi NCT xem đã bỏ thuốc từ ngày/tháng/ năm nào. Trên cơ sở đó tính thời gian NCT đã bỏ thuốc.</li> <li>- Trường hợp NCT không nhớ chính xác, ĐTV có thể gợi ý về một mốc thời gian nào đó để gợi lại cho NCT nhớ về thời gian từ bỏ thuốc.</li> <li>- Câu hỏi này cũng để kiểm tra lại ý trả lời ở câu D15. Nếu NCT trả lời «có» ở câu D15 nhưng ở câu này lại trả lời đã bỏ thuốc cách đây 3 năm là không phù hợp.</li> </ul>

D19	Ông bà đã từng hút thuốc lá, thuốc lào, tẩu...trong thời gian bao nhiêu lâu? ( ghi rõ số tuần; tháng ; năm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định thời gian NCT đã từng hút thuốc bằng cách lấy thời gian từ khi NCT bỏ thuốc (đối với người đã bỏ thuốc) hoặc thời gian điều tra ( đối với những người hiện nay vẫn đang hút thuốc) trừ đi thời gian NCT bắt đầu hút thuốc hàng ngày.</li> <li>- ĐTV cũng có thể tính toán theo cách NCT hút thuốc từ tuổi bắt đầu hút thuốc đến tuổi bỏ thuốc/hoặc tuổi hiện tại.</li> </ul>
D20	Ông (bà) có <b><u>tập thể dục, thể thao</u></b> không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định NCT có tập thể dục thể thao khi NCT có tập luyện một loại hình thể dục thể thao ít nhất 10 phút/ngày; ít nhất 3 ngày/tuần.</li> <li>- ĐTV khoanh vào lựa chọn 1 khi NCT tập luyện ít nhất 10 phút / ngày ; 3 ngày / tuần</li> <li>- Nếu NCT tập luyện ít hơn 10 phút/ngày ; ít hơn 3 ngày tuần, ĐTV khoanh vào lựa chọn « không » và chuyển đến câu D22</li> </ul>
D21	Trung bình một tuần, ông bà có bao nhiêu ngày tập luyện thể dục, thể thao > 10 phút?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Có thể ước lượng số ngày trung bình NCT tập luyện thể thao &gt;10 phút bằng cách hướng dẫn NCT tính số ngày tối đa và số ngày tối thiểu NCT tập thể dục trong 1 tuần và cộng lại để chia trung bình.</li> <li>- ĐTV ghi số ngày trung bình/tuần NCT luyện tập thể thao vào dòng kẻ bên ô trả lời.</li> </ul>
D22	Ông/ bà hiện đang tập loại hình ( môn) thể thao nào? ( gợi ý : đi bộ; cầu lông; bóng bàn; ....) ( <b><i>ghi cụ thể</i></b> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định loại hình môn thể thao NCT tập luyện bằng cách gợi mở, nêu tên một số môn thể thao phổ biến ở NCT như : đi bộ, chơi cầu lông, bóng bàn...</li> <li>- Lưu ý : NCT có thể tham gia nhiều loại hình tập luyện, trường hợp đó ĐTV ghi lại tất cả các loại hình thể thao NCT tập luyện sang dòng kẻ bên ô trả lời.</li> </ul>

D23	Ông /bà có tham gia loại hình <b><u>câu lạc bộ</u></b> nào sau đây ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để xác định chắc chắn NCT tham gia câu lạc bộ, ĐTV có thể gọi mở thông qua các lựa chọn đã liệt kê bên phần trả lời. Hỏi NCT xem câu lạc bộ đó có thể hội viên hoặc một vật chứng nào đó chứng tỏ NCT có tham gia câu lạc bộ.</li> <li>- Một người có thể tham gia nhiều câu lạc bộ, vì vậy ĐTV có thể khéo léo thăm dò xem NCT đã tham gia những loại hình câu lạc bộ nào</li> </ul>
D24	Trung bình, một tuần ông bà đọc sách báo bao nhiêu ngày ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để xác định NCT có đọc sách báo hay không, ĐTV cần yêu cầu NCT kể tên hoặc cho xem loại sách NCT thường đọc. ĐTV cần phải xác định thời gian NCT đọc sách mỗi ngày, nếu mỗi ngày NCT đọc &gt;30 phút mới được xem là có đọc sách, báo.</li> <li>- Để ước lượng số ngày đọc sách báo trung bình ĐTV cần hỏi xem trong 4 tuần gần nhất NCT đọc sách báo bao nhiêu ngày, từ đó tính ra số ngày trung bình</li> </ul>
D25	Mỗi ngày trung bình ông bà xem ti vi bao nhiêu thời gian?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để xác định thời gian trung bình một ngày NCT xem tivi bao nhiêu thời gian, ĐTV hỏi NCT thường xem chương trình gì ? có xem hết không ? trên cơ sở đó tính ra thời gian NCT xem tivi/ ngày.</li> </ul>
E	Các câu hỏi từ E1 – E10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ĐTV không cần ghi, nhóm nghiên cứu sẽ phiên giải kết quả đo số đo nhân trắc và xét nghiệm theo đúng mã số cá nhân của NCT</li> </ul>
E11 và E12		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định huyết áp tối đa, tối thiểu của NCT bằng cách đo thực tế tại thời điểm nghiên cứu.</li> </ul>
E13 – E16		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ghi lại kết quả khám lâm sàng trong hồ sơ</li> </ul>

## Phần đánh giá sau can thiệp

**Giới thiệu:** Bộ câu hỏi đánh giá sau can thiệp gồm 6 phần đề cập tới các vấn đề cụ thể như:

- Phần hành chính
- A. Thông tin cá nhân
- B. Câu hỏi về nhu cầu chăm sóc sức khoẻ nói chung
- C. Kiến thức và nhu cầu chăm sóc bệnh tăng huyết áp
- D. Lối sống, thói quen
- E. Đánh giá về công tác truyền thông

**Phần hướng dẫn phỏng vấn và ghi chép phiếu điều tra:** từ phần 1 đến phần 5 giống như đánh giá ban đầu.

Riêng phần đánh giá kết quả truyền thông được tiến hành theo hướng dẫn ở bảng sau:

<i>ã câu hỏi</i>	<i>Câu hỏi</i>	<i>Mô tả/ khái niệm &amp; Hướng dẫn điền phiếu</i>
1	Ông bà có tham gia buổi nói chuyện chuyên đề, giáo dục sức khoẻ (GDSK) về phòng chống bệnh tật ở người cao tuổi do trường ĐHDD - Viện Lão khoa tổ chức không?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trong quá trình tác động, nhóm nghiên cứu tiến hành 3 buổi nói chuyện chuyên đề và 3 buổi giáo dục sức khoẻ (thời gian tiến hành từ tháng 11 /2011 – tháng 5 năm 2012 do ThS Nguyễn Chí Bình, BS Nguyễn Văn Long - Viện lão khoa và ThS Trần Văn Long thực hiện)</li><li>- Xác định NCT tham gia các buổi nói chuyện chuyên đề, giáo dục sức khoẻ do trường ĐHDD nam định và Viện lão khoa tổ chức bằng cách yêu cầu NCT nói TÊN người truyền thông hoặc thời gian ham dự vì có thể có nhiều hoạt động truyền thông về lĩnh vực khác được tổ chức trong thời gian này.</li><li>- Nếu NCT nói được TÊN người truyền thông hoặc đúng thời gian thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1; nếu không thì khoanh tròn vào lựa chọn 2-sau đó chuyển đến câu E7 tiếp tục phỏng vấn</li></ul>
	Nếu có	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lấy mức 2 lần tham dự các buổi nói chuyện chuyên đề</li></ul>

2	thì ông bà tham gia mấy lần?	<p>và TT – GDSK làm mốc tối thiểu. Lý do chọn số này vì có 2 phần khác nhau: nói chuyện chuyên đề và TT-GDSK, như vậy ước tính 1 người tham dự 2 lần mới đạt được mức tối thiểu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nếu NCT nói tham gia 3 lần thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 là hợp lý.</li> </ul>
3 – E5	Các câu hỏi đánh giá thái độ của NCT về nội dung và phương pháp truyền đạt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định mức độ hài lòng của NCT về nội dung, phương pháp và cách thức tổ chức truyền thông qua thang điểm likert ( 5 mức độ)</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh vào lựa chọn thích hợp. Ví dụ câu E3 NCT trả lời hài lòng thì ĐTV khoanh vào lựa chọn 2</li> </ul>
6	Ông bà có nhận được tài liệu hướng dẫn về phòng bệnh tăng huyết áp do sinh viên trường ĐHDD gửi khi tới thăm gia đình ông/bà không?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trong nội dung can thiệp, có 2 hình thức truyền thông trực tiếp đó là:(1) nói chuyện chuyên đề và GDSK theo nhóm lớn; (2) Phát tờ rơi và tư vấn trực tiếp tại nhà .</li> <li>- Để xác định NCT có nhận được tờ rơi hay không ĐTV yêu cầu NCT đưa cho xem tờ rơi đã được nhận ( nếu còn) hoặc mô tả tờ rơi mà NCT đã nhận được ( nội dung – hình thức...)</li> <li>- Nếu có bằng chứng NCT đã nhận được tờ rơi thì ĐTV khoanh tròn vào lựa chọn 1 “Có” là thích hợp</li> </ul>
7, E8, E9	Các câu E7, E8, E9 đánh giá mức độ hài lòng của NCT về hình thức - nội dung của tờ rơi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định mức độ hài lòng của NCT về nội dung, phương pháp và cách thức tổ chức truyền thông trực tiếp khi phát tờ rơi qua thang điểm likert (5 mức độ)</li> <li>- Tùy thuộc vào câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh vào lựa chọn thích hợp. Ví dụ câu E7 NCT trả lời phù hợp thì ĐTV khoanh vào lựa chọn 2 là hợp lý.</li> </ul>
10	Hiểu biết hiện tại của ông bà về bệnh tăng	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Câu hỏi này nhằm xác định kết quả truyền thông phối hợp</li> <li>- Tùy thuộc câu trả lời của NCT mà ĐTV khoanh vào lựa</li> </ul>

	huyết áp có từ:	chọn thích hợp
11	Trong các hình thức tuyên truyền, ông bà thích nhất ( chọn 1)	- Xác định hình thức truyền thông NCT thích nhất bằng cách yêu cầu NCT nói rõ về hình thức TT và giải thích lý do chọn hình thức truyền thông đó
12, E13	Huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu	- Xác định huyết áp của NCT bằng cách đo huyết áp cho NCT đúng quy trình và ghi lại chỉ số huyết áp đo được vào phần trả lời

**Phục lục 7**  
**BẢNG ĐỐI CHIẾU NĂM ÂM LỊCH VÀ NĂM DƯƠNG LỊCH**

	<b>Giáp</b>	<b>Át</b>	<b>Bính</b>	<b>Đinh</b>	<b>Mậu</b>	<b>Kỷ</b>	<b>Canh</b>	<b>Tân</b>	<b>Nhâm</b>	<b>Quý</b>
<b>Tý / chuột</b>	<b>1924</b>		<b>1936</b>		<b>1948</b>		<b>1900</b>		<b>1912</b>	
<b>sửu/ Trâu</b>		<b>1925</b>		<b>1937</b>		<b>1949</b>		<b>1901</b>		<b>1913</b>
<b>Dần/ Hổ</b>	<b>1914</b>		<b>1926</b>		<b>1938</b>		<b>1950</b>		<b>1902</b>	
<b>Mão/ Mèo</b>		<b>1915</b>		<b>1927</b>		<b>1939</b>		<b>1951</b>		<b>1903</b>
<b>Thìn/ Rồng</b>	<b>1904</b>		<b>1916</b>		<b>1928</b>		<b>1940</b>		<b>1952</b>	
<b>Tỵ/ Rắn</b>		<b>1905</b>		<b>1917</b>		<b>1929</b>		<b>1941</b>		<b>1953</b>
<b>Ngọ/ Ngựa</b>	<b>1954</b>		<b>1906</b>		<b>1918</b>		<b>1930</b>		<b>1942</b>	
<b>Mùi/ Dê</b>		<b>1955</b>		<b>1907</b>		<b>1919</b>		<b>1931</b>		<b>1943</b>
<b>Thân/ Khỉ</b>	<b>1944</b>		<b>1956</b>		<b>1908</b>		<b>1920</b>		<b>1932</b>	
<b>Dậu / Gà</b>		<b>1945</b>		<b>1957</b>		<b>1909</b>		<b>1921</b>		<b>1933</b>
<b>Tuất / Chó</b>	<b>1934</b>		<b>1946</b>		<b>1958</b>		<b>1910</b>		<b>1922</b>	
<b>Hợi/ Lợn</b>		<b>1935</b>		<b>1947</b>		<b>1959</b>		<b>1911</b>		<b>1923</b>





**Phụ lục 8**  
**CÂU HỎI DÀNH CHO CÁC CHUYÊN GIA**  
**NHẪM XÁC ĐỊNH NỘI DUNG CAN THIỆP NÂNG CAO SỨC KHỎE**  
**NGƯỜI CAO TUỔI**  
(Kỹ thuật Delphy)

Số.....

**Kính gửi quý vị đồng nghiệp!**

Cảm ơn quý vị đã tham gia khảo sát “*Tìm kiếm giải pháp nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi tại cộng đồng*” của chúng tôi với cương vị là một chuyên gia trong lĩnh vực công tác của quý vị. Khảo sát này nằm trong khuôn khổ luận án tiến sỹ Y tế công cộng của Ths Trần Văn Long.

Đây là câu hỏi vòng thứ nhất trong 3 vòng thảo luận của nghiên cứu. Kính mong quý vị trả lời tất cả các câu hỏi, kể cả những câu hỏi mà quý vị còn chưa chắc chắn. Các quý vị còn có cơ hội chỉnh sửa/ xem xét lại câu trả lời của mình ở vòng tiếp theo của nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn hỏi quý vị về giải pháp can thiệp để nâng cao sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng. Hầu hết các câu hỏi đều có thể chọn một ý trả lời duy nhất. Chúng tôi cũng để một khoảng trống sau mỗi câu hỏi để các quý vị giải thích lý do cho sự lựa chọn của mình.

Ngay sau khi nhận được câu trả lời của tất cả những người tham gia nghiên cứu, chúng tôi sẽ đối chiếu với các giải pháp dự kiến ban đầu, đồng thời tóm tắt lại những thông tin bổ sung từ phía các quý vị và phát triển bộ câu hỏi cho vòng 2, các quý vị sẽ nhận được câu hỏi vòng 2 vào tháng sau.

Chúng tôi đảm bảo chắc chắn rằng những thông tin của quý vị cung cấp sẽ được giữ bí mật kể cả với những người tham gia nghiên cứu, những thông tin này chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

1. Dưới đây là danh mục các giải pháp chúng tôi rút ra từ nghiên cứu ban đầu “đánh giá tình trạng sức khỏe người cao tuổi huyện Vụ Bản năm 2010”. Quý vị hãy tích vào ô tương ứng với giải pháp các thầy cô cho là cần thiết. Với giá trị 0 là ít cần thiết nhất; giá trị = 4 cần thiết nhất

Những câu hỏi gợi ý dưới đây sẽ giúp ích cho thầy cô khi lựa chọn các giải pháp

Giải pháp đó có tính khả thi không?

Giải pháp đó có mang tính bền vững không?

Giải pháp đó có khả năng áp dụng vào thực tiễn không ?

Khi đưa ra ý kiến của mình, các quý vị không cần quan tâm tới kinh phí triển khai hoạt động can thiệp

TT	Giải pháp can thiệp	0= Ít cần thiết nhất...; 4 = Cần thiết nhất				
1	Nâng cao kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi bằng truyền thông đại chúng (gián tiếp)					
2	Nâng cao kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi bằng truyền thông trực tiếp.					
3	Nâng cao kiến thức, kỹ năng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho người giám hộ bằng truyền thông đại chúng (gián tiếp)					
4	Nâng cao kiến thức, kỹ năng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho người giám hộ bằng truyền thông trực tiếp.					
5	Đào tạo liên tục cho cán bộ y tế cơ sở về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (lão khoa)					
6	Tăng cường kinh phí cho hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT tại cơ sở.					
7	Tăng cường vật tư thiết bị y tế cho hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT tại cơ sở.					
8	Xây dựng cơ chế phối hợp hiệu quả giữa các ban, ngành trong hoạt động chăm sóc sức khỏe NCT tại cộng đồng.					
9	Xây dựng một mô hình truyền thông phù hợp với người cao tuổi trên địa bàn					
10	Nâng cao kiến thức, kỹ năng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho Cán bộ lãnh đạo xã và các ban ngành.					

2. Nếu chúng tôi chỉ được phép thực hiện một số lượng giải pháp có hạn, quý vị hãy liệt kê 3 **giải pháp cần thiết nhất** cần ưu tiên làm trước; năm giải pháp nào là ít cần thiết nhất.

Trong quá trình phân tích để đưa ra quyết định, các quý vị hãy chú ý tới những gợi ý ở câu 1:

Giải pháp đó có tính khả thi không?

Giải pháp đó có mang tính bền vững không?

Giải pháp đó có khả năng áp dụng vào thực tiễn không ?

Hãy giải thích rõ hơn lý do vì sao quý vị chọn giải pháp đó là giải pháp cần ưu tiên thực hiện trước

Giải pháp 1

Lý do.....

.....

.....

Giải pháp 2

Lý do.....

.....

.....

.....

Giải pháp 3

Lý do.....

.....

.....

.....

3. Ngoài những giải pháp đã nêu ở trên, các quý vị hãy liệt kê những giải pháp cần bổ sung để cải thiện sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng?

## Phụ lục 9

### TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

#### KẾ HOẠCH TRUYỀN THÔNG NÂNG CAO KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CHO NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ TAM THANH

1. **Thời gian:** Hoạt động can thiệp được chia 3 đợt theo lịch thực tế cộng đồng của sinh viên Đại học Điều dưỡng chính quy khóa 4 cụ thể như sau.

Đợt 1: tháng 5 – tháng 6/2011;

Đợt 2: tháng 8 -10;

Đợt 3: tháng 11- 12

2. **Địa điểm:**

TT	Thôn	Dân số	Số người cao tuổi	Thời gian	Ghi chú
	An Lạc	865	117	(1) Tháng 5; (2) tháng 8; (3) tháng 10,11	Mỗi nhóm sinh viên đi thực tế 2 tuần; Mỗi tuần các em chia nhóm để thực hiện tư vấn tại một thôn
	Dư Duệ	121	145		
	Lê Xá	369	73		
	Phú Thọ	289	62		
	Phú Thù	115	168	(1) Tháng 6; (2) tháng 9; tháng 10; (3) tháng 12	
	Trung Cấp	136	7		
	Quảng Cư	772	111		
	Tiền	754	107		

3. **Đối tượng:** người từ 60 trở lên (có trong danh sách hồ sơ)

4. **Người thực hiện:** Sinh viên (2 người một cặp)

5. **Người giám sát:** NCS và các giảng viên: Đỗ Minh Sinh; Vũ Thúy Mai; Nguyễn Thị Tuyết Dương; Phan Văn Hợp ; phối hợp cùng cán bộ của Trạm Y tế xã.

**6. Nội dung truyền thông:**

- Khái niệm tăng huyết áp
- Cách phát hiện tăng huyết áp
- Các yếu tố nguy cơ của THA
- Các biến chứng của tăng huyết áp
- Cách phòng bệnh tăng huyết áp
- Theo dõi huyết áp tại nhà
- Kiểm soát huyết áp

**7. Quy trình tư vấn tại nhà:**

Trên cơ sở các hộ gia đình có NCT được phân công sinh viên đến từng hộ gia đình và thực hiện tư vấn theo quy trình sau:

STT	Nội dung	Yêu cầu	Ghi chú
1	Chào hỏi thân mật	Đảm bảo kỹ năng giao tiếp tốt. Giới thiệu về mục đích của buổi tư vấn	
2	Hỏi và lắng nghe NCT nói về bệnh THA và cách phòng chống.	Hỏi NCT về các nội dung cần truyền thông về THA	Chú ý hỏi chậm, to, rõ ràng.
3	Phát hiện những kiến thức – kỹ năng phòng chống bệnh THA mà NCT còn thiếu	Chú ý lắng nghe và tích vào những nội dung NCT chưa liệt kê được	
4	Bổ sung kiến thức – kỹ năng phòng chống bệnh THA mà NCT còn thiếu	Sử dụng tài liệu truyền thông và kiến thức đã được học để bổ sung kiến thức kỹ năng phòng chống bệnh THA mà NCT còn thiếu	

5	Giải thích những lợi ích của việc thực hiện hành vi phòng chống bệnh THA	Yêu cầu nói chậm, to, rõ ràng,	Chú ý hỏi NCT xem có nghe rõ không?
6	Khuyến khích NCT thực hành phòng chống bệnh THA bằng những hoạt động cụ thể.	Ví dụ: Hạn chế ăn mặn; hạn chế ăn mỡ; không hút thuốc lá; không lạm dụng rượu...	
7	Hướng dẫn NCT sử dụng tài liệu phát tay	Phát tài liệu đã chuẩn bị cho NCT và hỏi xem NCT có đọc được không? Hướng dẫn NCT tập trung vào những nội dung cần chú ý .	Những người không đọc được thì yêu cầu người nhà giúp đỡ
8	Yêu cầu NCT nhắc lại những kiến thức – thực hành phòng chống bệnh THA.	Chỉ yêu cầu NCT nhắc lại những nội dung bạn mới cung cấp cho NCT	
9	Thống nhất với NCT về những việc họ phải thực hiện để phòng chống bệnh THA	Nhắc lại những nội dung mà NCT chưa nhớ	
10	Ghi lại các hoạt động vào hồ sơ của NCT		
11	Chào ra về		

### 8. Tài liệu:

- Tài liệu truyền thông của chương trình quốc gia phòng chống tăng huyết áp
- Tài liệu của chương trình can thiệp: được phát triển từ những nội dung truyền thông của chương trình quốc gia phòng chống tăng huyết áp nhưng có chỉnh sửa cho phù hợp với người cao tuổi cụ thể là sử dụng cỡ chữ to hơn, in với khổ giấy A4 để NCT dễ đọc hơn.

Tài liệu truyền thông

**THỰC HIỆN LỜI SỐNG LÀNH MẠNH**

**Phòng  
chống  
TĂNG  
HUYẾT  
ÁP**

**TĂNG HUYẾT ÁP  
LÀ KẼ GIẾT NGƯỜI THẦM LẶNG**

**CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP**

THỰC HIỆN LỜI SỐNG LÀNH MẠNH

# Phòng chống TĂNG HUYẾT ÁP

TĂNG HUYẾT ÁP LÀ KẸ GIẾT NGƯỜI THẨM LÃNG



## Thế nào là tăng huyết áp:

Gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg.

## Làm thế nào để biết mình bị Tăng huyết áp:

- ◆ Đo huyết áp là cách duy nhất để biết mình có bị tăng huyết áp hay không.

## Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp:

- ◆ Ăn mặn.
- ◆ Hút thuốc lá, thuốc lào.
- ◆ Đái tháo đường.
- ◆ Rối loạn lipid máu.
- ◆ Thừa cân, béo phì.
- ◆ Uống nhiều rượu, bia.
- ◆ Ít vận động thể lực.
- ◆ Có nhiều stress (căng thẳng, lo âu quá mức).
- ◆ Tuổi cao.
- ◆ Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp.

## Biến chứng của tăng huyết áp:

- ◆ Tai biến mạch máu não.
- ◆ Suy tim, nhồi máu cơ tim.
- ◆ Phình tách thành động mạch.
- ◆ Giảm thị lực, mù loà.
- ◆ Suy thận.

...

## Các biện pháp dự phòng tăng huyết áp:

### Thực hiện lời sống lành mạnh.

- ◆ Hàng ngày tập thể dục, đi bộ 30-45 phút.
- ◆ Ăn nhạt.
- ◆ Hạn chế ăn mỡ động vật và thức ăn chứa nhiều cholesterol.
- ◆ Hạn chế uống rượu, bia.
- ◆ Không hút thuốc lá, thuốc lào.
- ◆ Làm việc và nghỉ ngơi hợp lý.



### ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP:



**Mục tiêu:**

1. Đưa huyết áp về trị số bình thường (<140/90 mmHg). Nếu có đái tháo đường hay bệnh thận mạn tính thì số huyết áp phải <130/80 mmHg.
2. Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ.
3. Ngăn ngừa lâu dài các biến chứng.

**Điều trị tăng huyết áp**

1. Điều trị tăng huyết áp cần liên tục và lâu dài.
2. Cần phối hợp chặt chẽ việc điều chỉnh lối sống với việc dùng thuốc hạ huyết áp theo hướng dẫn của nhân viên y tế.



### CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TĂNG HUYẾT ÁP:

- ◆ Ăn mặn.
- ◆ Hút thuốc lá, thuốc lào.
- ◆ Đái tháo đường.
- ◆ Rối loạn lipid máu.
- ◆ Thừa cân, béo phì.
- ◆ Uống nhiều rượu, bia.
- ◆ Ít vận động thể lực.
- ◆ Có nhiều stress (căng thẳng, lo âu quá mức).
- ◆ Tuổi cao.
- ◆ Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp.



**THỰC HIỆN LỐI SỐNG LÀNH MẠNH**

# Phòng chống TĂNG HUYẾT ÁP



TĂNG HUYẾT ÁP LÀ KẸ GIẾT NGƯỜI THẨM LẠNG

CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP

### CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ TĂNG HUYẾT ÁP

Chẩn đoán tăng huyết áp bằng phương pháp đo huyết áp, thấy: huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg

Phân độ tăng huyết áp:

Huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)
Tối ưu	< 120	và	< 80
Bình thường	< 130	và	< 85
Bình thường cao	130 - 139	và	85 - 89
<b>Tăng huyết áp</b>			
Độ I	140 - 159	và/hoặc	90 - 99
Độ II	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
Độ III	$\geq 180$	và/hoặc	$\geq 110$



### THEO DÕI HUYẾT ÁP TẠI NHÀ

- ◆ Bệnh nhân cần biết cách đo huyết áp đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế.
- ◆ Bệnh nhân nên được đo huyết áp mỗi ngày 1 lần và ghi vào sổ theo dõi huyết áp.




### Biến chứng của tăng huyết áp



Tai biến mạch máu não.



Suy tim, nhồi máu cơ tim.



Phình tách thành động mạch.



Suy thận.



Giảm thị lực, mù loà.

## **ĐƠN AN PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP QUỐC GIA**

### **ĐỊA CHỈ LIÊN HỆ:**

Văn phòng Dự án phòng chống Tăng huyết áp -  
Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai  
78 - đường Giải Phóng - quận Đống Đa - Hà Nội.  
Điện thoại: (04) 36290039  
Fax: (04) 36290038  
Email: info@huyetap.vn

### **MỌI THÔNG TIN CÓ THỂ THAM KHẢO THÊM TẠI:**

[www.huyetap.vn](http://www.huyetap.vn)  
[www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)  
[www.bachmai.gov.vn](http://www.bachmai.gov.vn)  
[www.worldhypertensionleague.org](http://www.worldhypertensionleague.org)



## **THEO DÕI HUYẾT ÁP TẠI NHÀ**



**Người bệnh cần biết cách đo huyết áp đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế:**

- Ngồi nghỉ trước khi đo, ít nhất 5-10 phút, trong phòng yên tĩnh.
- Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc) trước đó 2 giờ.
- Tư thế đo: ngồi ghế tựa, thả lỏng toàn thân, cánh tay dưới thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Có thể đo ở các tư thế nằm hoặc ngồi.
- Sử dụng huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay) có bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80%; bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm.
- Nên đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại lần 3 sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai tay.

**Người bệnh nên được đo huyết áp mỗi ngày 1 lần và ghi vào sổ theo dõi huyết áp.**

# **Phòng chống TĂNG HUYẾT ÁP**

**TĂNG HUYẾT ÁP  
LÀ KẸ GIẾT NGƯỜI THẨM LẠNG**

CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP

## 3 BƯỚC ĐỂ KIỂM SOÁT TĂNG HUYẾT ÁP VÀ CÁC BIẾN CHỨNG

### 1 NIÊN BIẾT VỀ TĂNG HUYẾT ÁP



Hãy tìm hiểu về Tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ của Tăng huyết áp

**Hiểu biết về huyết áp mục tiêu:**

- ♦ Huyết áp tối ưu:  $\leq 120/80$  mmHg.
- ♦ Người bị tăng huyết áp, khi đã được điều trị thì trị số huyết áp cần phải đạt  $< 140/90$  mmHg. (Với người bị bệnh đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn tính thì huyết áp mục tiêu cần phải đạt  $< 130/80$  mmHg).

**Thực hiện lối sống lành mạnh để phòng chống Tăng huyết áp.**

1. Hàng ngày tập thể dục, đi bộ 30-45 phút.
2. Ăn nhạt.
3. Tăng cường ăn rau xanh và hoa quả tươi.
4. Hạn chế ăn mỡ động vật và thức ăn chứa nhiều cholesterol.
5. Hạn chế uống rượu, bia.
6. Không hút thuốc lá, thuốc lào.
7. Làm việc và nghỉ ngơi hợp lý.

### 2 HÃY KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP CỦA BẠN



Nếu bạn đã bị Tăng huyết áp, hãy đến cơ sở y tế để được kiểm tra và tư vấn:

- ♦ Khám lâm sàng toàn diện.
- ♦ Xét nghiệm máu kiểm tra
  - Các thành phần lipid máu (Cholesterol, Triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol).
  - Glucose máu, Creatinin máu.
- ♦ Xét nghiệm nước tiểu.
- ♦ Điện tâm đồ, siêu âm tim.
- ♦ Soi đáy mắt.

**Hãy kiểm soát huyết áp của bạn:**

- ♦ Thực hiện lối sống lành mạnh.
- ♦ Uống thuốc đầy đủ, thường xuyên theo hướng dẫn của bác sỹ. Sẽ không thể đạt huyết áp mục tiêu nếu bạn không uống thuốc đầy đủ và thường xuyên.
- ♦ Bạn hãy báo lại với bác sỹ điều trị nếu thấy các tác dụng phụ của thuốc.
- ♦ Hãy tự theo dõi huyết áp của mình mỗi ngày.

### 3 THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

♦ Hiện nay, có rất nhiều thuốc được dùng để điều trị Tăng huyết áp cũng như để điều trị phòng ngừa những biến chứng. Các nhóm thuốc chính là:

- Nhóm thuốc lợi tiểu.
- Nhóm thuốc ức chế men chuyển.
- Nhóm thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II.
- Nhóm thuốc chẹn kênh Canxi.
- Nhóm thuốc chẹn  $\beta$  giao cảm.

♦ Có thể điều trị bằng một loại thuốc hay kết hợp nhiều loại với nhau, tùy theo đáp ứng điều trị của mỗi người để đạt được huyết áp mục tiêu.

♦ Những thuốc này cũng khác nhau về giá cả và tác dụng phụ. Bạn nên đến các cơ sở y tế để được các bác sỹ khám và tư vấn.



**TĂNG HUYẾT ÁP LÀ KẼ GIẾT NGƯỜI THÂM LẠNG**

## Phụ lục 10

### TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN PHÒNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP DÀNH CHO NGƯỜI CAO TUỔI

#### 1. THẾ NÀO LÀ TĂNG HUYẾT ÁP?

Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg.

#### 2. LÀM THẾ NÀO ĐỂ BIẾT MÌNH BỊ TĂNG HUYẾT ÁP?

Đo huyết áp là cách duy nhất để nhận biết mình có bị tăng huyết áp hay không.

Bảng phân độ huyết áp

<b>Phân độ huyết áp</b>	<b>Huyết áp</b>	
	<b>tâm thu</b>	<b>tâm trương</b>
	<b>(mmHg)</b>	<b>(mmHg)</b>
Huyết áp tối ưu	< 120	và < 80
Huyết áp bình thường	120 – 129	và/hoặc 80 – 84
Tiền tăng huyết áp	130 – 139	và/hoặc 85 – 89
Tăng huyết áp độ 1	140 – 159	và/hoặc 90 – 99
Tăng huyết áp độ 2	160 – 179	và/hoặc 100 – 109
Tăng huyết áp độ 3	$\geq 180$	và/hoặc $\geq 110$
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	$\geq 140$	và < 90

### 3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TĂNG HUYẾT ÁP

- Ăn mặn
- Hút thuốc lá, thuốc lào
- Đái tháo đường
- Rối loạn Lipid máu
- Thừa cân béo phì
- Uống nhiều rượu, bia
- Ít hoạt động thể lực
- Có nhiều stress ( căng thẳng)
- Tuổi cao
- Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp

### 4. BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

- Tai biến mạch máu não
- Suy tim, nhồi máu cơ tim
- Phình, tách thành động mạch
- Giảm thị lực, mù lòa
- Suy thận

### 5. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
  - + Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).

- + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.
- + Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.
- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m<sup>2</sup>.
- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh.
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

## 6. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

- Cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.
- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.
- “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa

- Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

**KHI ÔNG BÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH, ÔNG / BÀ CẦN  
PHỐI HỢP UỐNG THUỐC ĐIỀU TRỊ VÀ THAY ĐỔI  
HÀNH VI SỐNG**

Nếu Ông/bà có bất kỳ thắc mắc gì về bệnh tăng huyết áp, Ông/bà có thể hỏi các cán bộ trạm Y tế xã nơi Ông/bà khám hoặc liên hệ với:

**Ths.BS. Trần Văn Long** - Trưởng bộ môn Y tế cộng đồng - Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định;

Địa chỉ 257 Hàn Thuyên - Vị Xuyên – Nam Định;

Số điện thoại: 0982887875; hoặc Email:

[longtv1964@gmail.com](mailto:longtv1964@gmail.com)