

**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**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Mã số:**

**62.72.03.01**

**HÀ NỘI – 2015**

---

**Công trình được hoàn thành tại:**  
**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

- 1. PGS.TS. PHAN VĂN TƯỜNG**
- 2. PGS.TS. ĐỖ THỊ KHÁNH HẪY**

**Phản biện 1:**

**Phản biện 2:**

**Phản biện 3:**

**Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp  
Trường tổ chức tại:**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG**

**Vào hồi: giờ ngày tháng năm 2015**

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

- Thư viện Quốc gia.**
  - Thư viện Trường đại học Y tế công cộng**
-

## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ

1. **Trần Văn Long, Phan Văn Tường, Đỗ Thị Khánh Hỷ, Đỗ Mai Hoa ( 2014).** Nghiên cứu tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính ở người cao tuổi tại hai xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học thực hành số 3( 909) tr 80-83.*
2. **Trần Văn Long, Phan Văn Tường, Đỗ Thị Khánh Hỷ( 2014).** Tỷ lệ mắc Đái tháo đường và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học thực hành số 5 ( 917) tr 80-83.*
3. Trần Văn Long (2014). Nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp cho người cao tuổi huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 – 2012. *Tạp chí Y học thực hành số 5 (917), tr 119-123.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

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.

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số vào năm 2011.

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].

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 [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.

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].

Hiện nay, trên địa bàn tỉnh Nam Định chưa có nghiên cứu nào có quy mô về sức khỏe người cao tuổi . Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện luận án “ *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 TIÊU NGHIÊN CỨU**

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*

## CÁC ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

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.

## CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án dày 134 trang không kể phần tài liệu tham khảo và phụ lục; gồm 4 chương, 46 bảng, 12 biểu đồ, 4 hình; 153 tài liệu tham khảo trong và ngoài nước. Bộ cục luận án gồm: đặt vấn đề 3 trang, tổng quan 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang, kết quả 37 trang, bàn luận 33 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang

### Chương 1: TỔNG QUAN

#### 1.1. Tình hình sức khỏe NCT trên thế giới và ở Việt Nam

##### 1.1.1. Định nghĩa người cao tuổi

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],[72],[131]. Với đa số các nước 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 già là từ 60 tuổi trở lên [55]. Quy định này cũng được đề cập trong Luật người cao tuổi của Việt Nam [53].

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

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, tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 nguyên nhân gây tử vong phổ biến ở người từ 60 tuổi trở lên [162], [167].

#### 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 [172]. 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.

Theo WHO, có 6 yếu tố quyết định tới sức khoẻ 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 khoẻ 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 [172].

*1.2.1. Yếu tố văn hoá*

*1.2.2. Yếu tố kinh tế - xã hội*

*1.2.3. Môi trường sống (vật lý)*

*1.2.4. Hệ thống dịch vụ y tế*

*1.2.5. Yếu tố sinh học*

*1.2.5.1. Yếu tố di truyền*

*1.2.5.2. Yếu tố tuổi thọ*

*1.2.5.3. Yếu tố giới tính*

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

*1.2.6. Yếu tố hành vi, lối sống*

Theo các tài liệu của 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 NCT. Một phần ba các bệnh tật liên quan đến hành vi lối sống, các bệnh này chủ yếu là các bệnh mạn tính [167]. 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, ít hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý và thừa cân béo phì.

### **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]. 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].

Tăng huyết áp là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh tim mạch, đột quỵ [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 quỵ.

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].

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

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].

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].

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 Lân 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].

### *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].

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, 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.

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.

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

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.

## **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 6/1950 trở về trước) đang sinh sống tại huyện Vụ Bản tỉnh Nam Định ít nhất 12 tháng.
- Trưởng trạm y tế 18 xã/thị trấn thuộc huyện Vụ Bản.



- Chuyên gia thuộc lĩnh vực Lão khoa; YTCC và Y tế xã

### 2.1.2. Địa bàn nghiên cứu

Địa bàn nghiên cứu là 2 xã Tam Thanh và Thành Lợi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định.

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

### 2.2. Thời gian nghiên cứu

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

**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.

### 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**

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

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%

$p = 0,7$  (theo Phạm Thắng, tỷ lệ NCT mắc bệnh mạn tính khoảng 70%)

$1-P = 1 - 0,7 = 0,3$ ;  $d = 0,045$ ;  $N = 2541$ ; **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)

**2.3.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu can thiệp**

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

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. Theo kết quả nghiên cứu Nguyễn Lâm Việt và cộng sự cũng như kết quả tham khảo từ một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ NCT nhận thức đúng về bệnh tăng huyết áp 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. Đánh giá sau can thiệp có 109 NCT ở xã Tam Thanh (nhóm can thiệp), 148 NCT xã Thành Lợi (nhóm đối chứng). Số lượng này đủ cỡ mẫu đã tính.

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

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

Chúng tôi tiến hành 2 cuộc thảo luận nhóm với NCT trong quá trình can thiệp 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

+ *Chọn mẫu với CBYT*: Chọn toàn bộ 18 Trưởng trạm y tế của huyện Vụ Bản để tổ chức 3 cuộc thảo luận nhóm.

+ *Chọn mẫu cho phương pháp chuyên gia*: chọn 15 người thuộc 3 lĩnh vực: Lão khoa; Y tế công cộng; Y tế cơ sở ( mỗi nhóm 5 người)

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

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

- Khám lâm sàng
- Đo các chỉ số nhân trắc
- Lấy máu và làm xét nghiệm 4 chỉ số lipid máu; đường máu
- Phỏng vấn

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

- Thảo luận nhóm
- Phỏng vấn
- Phương pháp chuyên gia (Delphy)
- Theo dõi, giám sát

#### **2.3.5. Hoạt động can thiệp**

##### *2.3.5.1. Tiêu chí và nguyên tắc xây dựng 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.

##### *2.3.5.2. Nội dung can thiệp*

- Những thay đổi về tâm sinh lý ở người cao tuổi, các bệnh mạn tính thường gặp ở NCT và biện pháp phòng chống
- Cách phòng chống bệnh tăng huyết áp cho NCT

### 2.3.5.3. Tổ chức triển khai can thiệp

- Truyền thông nhóm lớn
- Tư vấn tại nhà

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

### 2.4.1. 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 2.2. 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).

### 2.4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp ở người trưởng thành dựa theo phân loại của JNC VII năm 2003 (bảng 5).

*Bảng 2.3. Phân loại huyết áp theo JNC VII (năm 2003)*

<b>Phân loại huyết áp</b>	<b>HATT (mmHg)</b>	<b>HATTr (mmHg)</b>
HA bình thường	$< 120$	$< 80$
Tiền tăng HA	120 - 13	80 - 89
Tăng HA giai đoạn 1	140 - 159	90 - 99
Tăng HA giai đoạn 2	$\geq 160$	$\geq 100$

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

**2.4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân béo phì:** 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: BMI < 18,5  
Bình thường: BMI từ 18,5 - 22,9  
Thừa cân: BMI ≥ 23  
Béo phì : BMI ≥ 25

Chẩn đoán thừa cân khi BMI ≥ 23 ; béo phì khi BMI ≥ 25

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

Chẩn đoán ĐTĐ khi đường máu lúc đói ≥ 7,0 mmol/l (WHO năm 2010).

#### **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 là [62], [90]:  
0 điểm = ít cần thiết nhất ; 4 điểm = cần thiết nhất.

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

### **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

Các biến liên tục được tính giá trị trung bình, phương sai và sử dụng kỹ thuật thống kê F-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 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.

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

$$CSHQ = - \frac{p2 - p1}{p1} \times 100$$

### **2.7. Vấn đề đạo đức trong 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. Những NCT được phát hiện bệnh sẽ được tư vấn điều trị, hướng dẫn đến cơ sở y tế chuyên khoa để điều trị. 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.

### Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 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 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 với 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%.

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

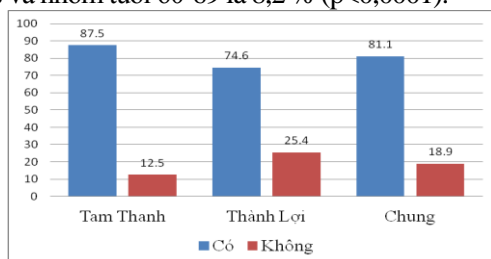
#### 3.2.1. Đánh giá chung

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

Nội dung	Tự đánh giá tình trạng sức khỏe			
	n	Kém	Trung bình	Tốt
<b>Theo địa bàn nghiên cứu</b>				
Tam Thanh	159	49(30,8)	102(64,2)	8(5,0)
Thành Lợi	186	56(30,1)	121(65,1)	9(4,8)
Chung	345	105(30,4)	223 (64,7)	17(4,9)
<b>Theo nhóm tuổi<sup>**</sup></b>				
60 – 69	110	17(15,5)	84(76,3)	9(8,2)
70 -79	166	54(32,5)	106(63,9)	6 (3,6)
80+	69	34(49,3)	33(47,8)	2 (2,9)
<b>Theo giới tính</b>				
Nam	110	27(24,5)	77 (70,0)	6 (5,5)
Nữ	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,  $p < 0,0001$

Một phần ba số NCT tự đánh giá mình 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. Chỉ 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 % ( $p < 0,0001$ ).



Hình 3.3. 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 ( $p>0,05$ ).

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

Phân loại BMI	Tam Thanh	Thành Lợi	Chung	p
<18,50	46 (28,9)	63 (33,9)	109 (31,6)	>0,05
18,50 – 22,99	92(57,9)	98 (52,7)	190 (55,1)	>0,05
23,00 – 24,99	13 (8,2)	20 (10,8)	33 (9,6)	>0,05
≥ 25	8 (5,0)	5 (2,7)	13 (3,8)	>0,05

Khoảng 1/3 NCT có chỉ số BMI < 18,5. Tỷ lệ NCT có chỉ số BMI ≥23 là 13,4% (trong đó BMI≥25 chiếm 3,8%).

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

Thói quen không có lợi	Tam Thanh	Thành Lợi	Chung	p
<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 ( $p<0,05$ ).

### 3.2.2. Một số bệnh mạn tính thường gặp ở NCT 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

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

#### 3.10. Các yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp của NCT

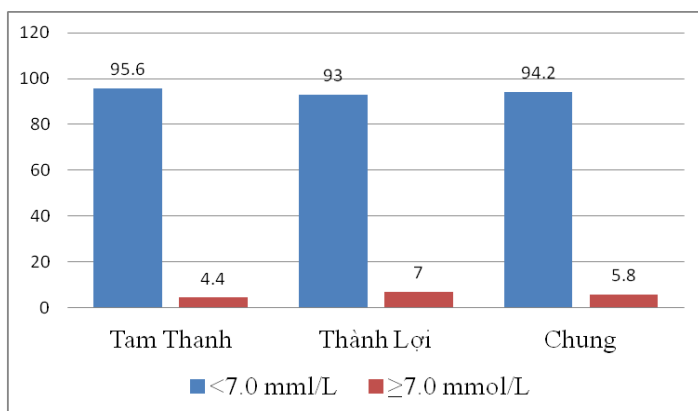
Yếu tố	THA	Không THA	Tổng	p	OR (95% CI)
<b>Lạm dụng rượu, bia</b>					
Có	16 (61,5)	10 (38,5)	26	>0,05	1,47(0,65 – 3,35)
Không	166 (52,0)	153 (48,0)	319		
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	14 (53,8)	12 (46,2)	26	>0,05	1,05(0,47 – 2,34)
Không	168 (52,7)	151 (47,3)	319		
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI ≥ 23	28 (60,9)	18 (39,1)	46	>0,05	1,47 (0,78 – 2,76)
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>	0,55 (0,35 – 0,88)
Nữ	113(48,1)	122(51,9)	235		



Yếu tố	THA	Không THA	Tổng	p	OR (95% CI)
<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 ≥150 phút	44 (55,0)	36 (45,0)	80		

Kết quả ở bảng 3.10 cho thấy giới tính là yếu tố có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng THA ở NCT; NCT là nữ giới có nguy cơ mắc bệnh THA thấp hơn so với NCT là nam giới ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.2.2. Đái tháo đường



Hình 3.7. Tỷ lệ ĐTD ở NCT theo địa bàn nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

Trong 345 NCT tham gia nghiên cứu có 20 NCT được chẩn đoán ĐTD chiếm tỷ lệ 5,8%, trong đó chỉ có 5 người biết mình bị đái tháo đường (được chẩn đoán ở các cơ sở y tế).

Bảng 3.14. Các yếu tố liên quan tới đái tháo đường ở NCT [n(%)]

Nội dung	ĐTĐ	Không ĐTĐ	Tổng	OR (95% CI)	P
<b>Lạm dụng rượu, bia</b>					
Có	1(3,8)	25(96,2)	26	1,134	>0,05
Không	19(6,0)	300(94,0)	319	0,251 -5,133	
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	0 (0,0)	26 (100,0)	26	0,937	>0,05
Không	20 (6,0)	299 (94,0)	319	0,911-0,964	
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI ≥ 23	6 (13,0)	40 (87)	46	3,054	<0,05
BMI < 23	14 (4,7)	285 (95,3)	299	1,110 – 8,401	
<b>Giới tính</b>					
Nam	6 (5,5)	104 (94,5)	110	1,098	>0,05
Nữ	14 (6,0)	221 (94,0)	235	0,410 –2,938	
<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≥150phút (III)	6(7,5)	74 (92,5)	80	III & I	>0,05

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 ( $p<0,05$ ).

### 3.2.2.3. Rối loạn lipid máu

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	68(42,8)	116(62,4)	184(53,3)	<0,001

Hơn một nửa (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 xã Tam Thanh (42,8%) thấp hơn xã Thành Lợi (62,4%) với  $p < 0,001$

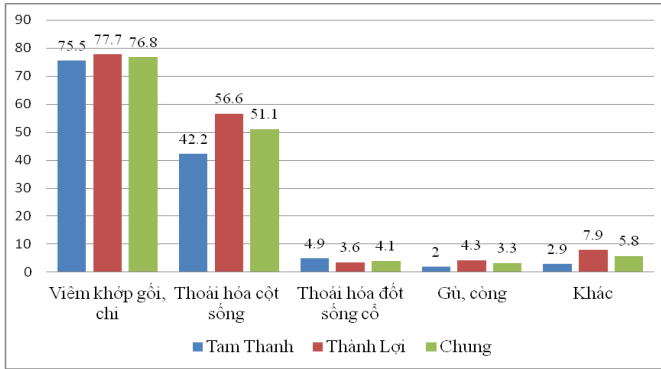
Bảng 3.17. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở NCT

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	1,438	>0,05
Không	168 (53,2)	151 (46,8)	319	0,633 – 3,265	
<b>Hiện nay còn hút thuốc</b>					
Có	17 (65,4)	9 (34,6)	26	1,719	>0,05
Không	167(47,6)	152 (52,4)	319	0,744 – 3,972	
<b>Thừa cân, béo phì</b>					
BMI $\geq$ 23	39 (84,8)	7 (15,2)	46	5,917	<0,001
BMI < 23	145(48,5)	154 (51,5)	299	2,565-13,650	
<b>Giới tính</b>					
Nam	48 (43,6)	62 (56,4)	110	1,774	<0,05
Nữ	136( 57,9)	99(42,1)	235	1,123-2,803	

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 ( $p < 0,001$ ).

#### 3.2.2.4. Bệnh xương khớp

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.



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

#### 3.2.2.5. Bệnh về mắt

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)	246(71,3)	>0,05
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  $p > 0,05$ .

### 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

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 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

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)

Qua ý kiến của NCT chúng tôi nhận thấy, hình thức truyền thông trực tiếp là hình thức thông hiệu quả nhất là

Tài liệu phát tay cũng được NCT đề cập đến như một hình thức truyền thông hiệu quả

*... Đài, tivi thì không hỏi được, chỉ phổ biến thể thôi, trong tâm tư chúng tôi muốn hỏi thì không giải tỏa được...”*

(NCT nữ)

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

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

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 gia thuộc lĩnh vực Y tế công cộng 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

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

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 MĐTĐ giữa 2 xã là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$

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

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)	14,52	17(10,7)	58(53,2)	<0,01	<b>397,19</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)	113,64	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>200,00</b>

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

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.

## Chương IV BÀN LUẬN

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

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

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.

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

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (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

thảo 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

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ NCT có thói quen không có lợi cho sức khỏe nhìn chung là thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Có nhiều cách lý giải song các lý do cơ bản có thể giải thích cho hiện tượng này là: (1) do địa bàn nghiên cứu là nông thôn; (2) do tác động của yếu tố lịch sử; (3) do công cụ nghiên cứu không thống nhất.

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

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 Việt Cường 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.

Tuy nhiên, tỷ lệ mắc từng bệnh mạn tính ở NCT trong nghiên cứu này là khá cao so với các tác giả trong nước (trừ bệnh đái tháo đường) song lại thấp hơn so với đa số các nước trên thế giới. Có thể giải thích sự khác biệt này là do xu hướng thay đổi mô hình bệnh tật, các bệnh mạn tính phát triển nhanh. Mặt khác, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá cao.

#### **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.

Trong điều kiện nguồn lực có hạn nên chúng tôi đã nghiên cứu các hướng dẫn của WHO và thực tiễn các nghiên cứu ở Việt



Nam đề xây dựng mô hình can thiệp đảm bảo 3 tiêu chí là: khả thi, bền vững và dễ áp dụng. 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. Tổ chức thảo luận nhóm để tìm ra các yếu tố cản trở và nhu cầu cung cấp thông tin, sử dụng sinh viên điều dưỡng (cán bộ y tế tương lai) để giải quyết vấn đề thiếu nhân lực chuyên môn.

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

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 LUẬN

### 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 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**

### **1. Với Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và Y tế 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 theo dõi huyết áp thường xuyên và thực hiện lối sống lành mạnh để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời, hạn chế tối đa tai biến do THA.