

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

VIỆN PASTEUR THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

NGUYỄN NGỌC HUY

**CƠ CẤU BỆNH TẬT,
DỊCH TỄ HỌC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP,
NHU CẦU ĐÁP ỨNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
VỀ KHÁM CHỮA BỆNH Ở ĐỒNG BÀO CHĂM
KHU VỰC NAM TRUNG BỘ**

Chuyên ngành: DỊCH TỄ HỌC

Mã số: 62.72.01.17

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS.TS. Nguyễn Văn Tập**
- 2. TS.BS. Trần Phúc Hậu**

TP. HỒ CHÍ MINH – Năm 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình của tác giả nào khác.

Giảng viên hướng dẫn 1

Giảng viên hướng dẫn 2

Tác giả

GS.TS. Nguyễn Văn Tập

TS. Trần Phúc Hậu

Nguyễn Ngọc Huy

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành chương trình học tập và luận án tốt nghiệp, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn tất cả tập thể và cá nhân đã tạo điều kiện, hỗ trợ trong suốt quá trình vừa qua.

Trước tiên, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến GS.TS. Nguyễn Văn Tập và TS. Trần Phúc Hậu, là những người thầy đã tận tình hướng dẫn tôi trong quá trình thực hiện và hoàn thành luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, Ban lãnh đạo Viện, Trung tâm đào tạo và các Phòng, Ban đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi hoàn thành chương trình học.

Tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo Sở Y tế tỉnh Ninh Thuận, tỉnh Bình Thuận, tỉnh Bình Định và tỉnh Phú Yên, Ban quân y các tỉnh đội, lãnh đạo Ủy ban nhân dân, Trạm Y tế tại địa phương nghiên cứu, các anh chị Cộng tác viên và thành viên nhóm nghiên cứu đã nhiệt tình tham gia trong quá trình thu thập số liệu điều tra thực hiện đề tài. Đặc biệt, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến tất cả người dân đã đồng ý tham gia công trình nghiên cứu này.

Xin chân thành cảm ơn./.

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2022

Tác giả

Nguyễn Ngọc Huy

MỤC LỤC

LỜI CAM ĐOAN

LỜI CẢM ƠN

DANH MỤC CÁC CHỮ, KÝ HIỆU VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG, CÁC BIỂU ĐỒ, CÁC SƠ ĐỒ

ĐẶT VẤN ĐỀ1

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....3

1.1. Một số đặc điểm của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ3

1.2. Khái niệm cơ cấu bệnh tật và một số nghiên cứu về cơ cấu bệnh tật.....7

1.3. Dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ16

1.4. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của đồng bào các dân tộc30

1.5. Một số mô hình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.....35

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU39

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu.....39

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu39

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu.....40

2.1.3. Thời gian nghiên cứu40

2.2. Phương pháp nghiên cứu40

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu40

2.2.2. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang42

2.2.3. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng60

2.3. Phân tích và xử lý số liệu.....71

2.4. Biện pháp hạn chế sai số.....72

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu72

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU73

3.1. Đặc điểm dân số xã hội và một số thói quen sinh hoạt của đồng bào Chăm73

3.1.1. Đặc điểm dân số xã hội của đồng bào Chăm.....73

3.1.2. Một số thói quen sinh hoạt của đồng bào Chăm.....75

3.2. Tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ76

3.2.1. Cơ cấu bệnh tật theo 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm.....	76
3.2.2. Cơ cấu bệnh tật theo chương bệnh (ICD 10) ở đồng bào Chăm	76
3.2.3. Thực trạng mắc bệnh mạn tính và bệnh cấp tính ở đồng bào Chăm	81
3.3. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	82
3.3.1. Đặc điểm dịch tễ học tăng huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp.....	82
3.3.2. Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan	86
3.3.3. Thực hành về phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan....	91
3.3.4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm	95
3.4. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh	99
3.4.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp	99
3.4.2. Nhu cầu nâng cao kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp	100
3.4.3. Đánh giá kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp	101
3.4.4. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp qua điều tra ngẫu nhiên trước và sau thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	104
3.4.5. Tình hình người bệnh tăng huyết áp trước và sau can thiệp.....	106
3.4.6. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	108
3.4.7. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	110
3.4.8. Kết quả đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh tăng huyết áp tại 2 xã, trước và sau can thiệp.....	113
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	115
4.1. Đặc điểm dân số xã hội của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	115
4.2. Tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	120

4.3. Dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm và một số yếu tố liên quan	123
4.4. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh	131
KẾT LUẬN	141
KIẾN NGHỊ.....	143
DANH MỤC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1: BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	
PHỤ LỤC 2: PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE	
PHỤ LỤC 3: PHIẾU ĐIỀU TRA CÁ NHÂN	
PHỤ LỤC 4: GIAI ĐOẠN 1: MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHẢO SÁT CƠ CẤU BỆNH TẬT VÀ TĂNG HUYẾT ÁP Ở ĐỒNG BÀO CHĂM	
PHỤ LỤC 5: GIAI ĐOẠN 2: MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRIỂN KHAI CÁC HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP	
PHỤ LỤC 6: TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG TĂNG HUYẾT ÁP	
PHỤ LỤC 7: GIẤY CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU	

DANH MỤC CÁC CHỮ, KÝ HIỆU VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Phân viết đầy đủ
AHA	American Heart Association (Hội tim mạch Hoa Kỳ)
BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Body mass index (Chỉ số khối cơ thể)
BMT	Bệnh mạn tính
BPTNMT	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
BV	Bệnh viện
CCBT	Cơ cấu bệnh tật
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSYT	Cơ sở y tế
DALY	Disability Adjusted Life Years (Số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật)
DiD	Difference in Difference (Hiệu số thay đổi)
ĐTĐ	Đái tháo đường
DTTS	Dân tộc thiểu số
HA	Huyết áp
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
HGD	Hộ gia đình
ICD	International Classification of Diseases (Phân loại bệnh tật Quốc tế)
JNC	Joint National Committee (Liên Ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ)
KTC	Khoảng tin cậy
NCT	Người cao tuổi
SDD	Suy dinh dưỡng
THA	Tăng huyết áp
TYT	Trạm y tế
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)
YTNC	Yếu tố nguy cơ

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Sự thay đổi tỷ lệ tử vong trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ từ năm 2011 – 2018.....	10
Bảng 1.2. Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính theo giới ở Trung Quốc năm 2011	11
Bảng 1.3. Cơ cấu bệnh tật tại Bệnh viện Chăm Pa Sắc - Nam Lào qua các năm.....	11
Bảng 1.4. Cơ cấu bệnh tật theo nhóm bệnh và bệnh tại Bệnh viện Chăm Pa Sắc – Nam Lào năm 2012	12
Bảng 1.5. Mười nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, 1990 – 2017	13
Bảng 1.6. Phân độ tăng huyết áp theo mức huyết áp đo tại phòng khám	16
Bảng 1.7. Tỷ lệ tăng huyết áp ở cộng đồng đồng bào các dân tộc.....	27
Bảng 2.1. Dân số đồng bào Chăm các xã được chọn vào nghiên cứu	44
Bảng 2.2. Dân số đồng bào Chăm các xã được chọn vào nghiên cứu	44
Bảng 2.3. Định nghĩa biến số nghiên cứu	46
Bảng 2.4. Phân độ tăng huyết áp theo JNC VII	55
Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội ở đồng bào dân tộc Chăm	73
Bảng 3.2. Các hành vi sức khỏe ở đồng bào dân tộc Chăm.....	75
Bảng 3.3. Cơ cấu bệnh tật phân theo 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm	76
Bảng 3.4. Cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm theo 3 nhóm bệnh.....	77
Bảng 3.5. Cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm theo giới	78
Bảng 3.6. Tình hình bệnh tật của đồng bào Chăm theo giới	81
Bảng 3.7. Tình hình tăng huyết áp ở đồng bào Chăm Nam Trung Bộ	82
Bảng 3.8. Đặc điểm dân số ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp.....	82
Bảng 3.9. Một số yếu tố nguy cơ ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp	83
Bảng 3.10. Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ.....	86
Bảng 3.11. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	88

Bảng 3.12. Phân tích đơn biến một số hành vi nguy cơ liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	89
Bảng 3.13. Mô hình hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ.....	90
Bảng 3.14. Thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	91
Bảng 3.15. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm.....	92
Bảng 3.16. Mô hình hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ.....	94
Bảng 3.17. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	95
Bảng 3.18. Phân tích đơn biến một số hành vi nguy cơ liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	96
Bảng 3.19. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	97
Bảng 3.20. Tỷ lệ hiện mắc, kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ	98
Bảng 3.21. Nhu cầu khám chữa bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp	99
Bảng 3.22. Nhu cầu nâng cao kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp	100
Bảng 3.23. Hoạt động triển khai thực hiện can thiệp.....	102
Bảng 3.24. Kết quả các hoạt động thử nghiệm các biện pháp can thiệp về đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục tại xã Phan Thanh	103
Bảng 3.25. So sánh đặc điểm dân số xã hội đồng bào dân tộc Chăm tại xã can thiệp và xã đối chứng	104
Bảng 3.26. Tình hình người bệnh tăng huyết áp xã Phan Thanh và xã Phú Lạc trước và sau can thiệp	106

Bảng 3.27. Thay đổi chỉ số huyết áp của người dân tại 2 xã tính theo chỉ số hiệu quả thử nghiệm biện pháp can thiệp.....	107
Bảng 3.28. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân tại 2 xã tính theo chỉ số hiệu quả thử nghiệm biện pháp can thiệp	107
Bảng 3.29. Kết quả nâng cao kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm tại xã Phan Thanh và xã Phú Lạc trước và sau can thiệp.....	108
Bảng 3.30. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới kiến thức chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm	109
Bảng 3.31. Kết quả can thiệp nâng cao thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm xã Phan Thanh, xã Phú Lạc trước và sau can thiệp	110
Bảng 3.32. Phân tích đa biến khác biệt kép (DID) tác động tới thực hành chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm	112
Bảng 3.33. Kết quả sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh tăng huyết áp tại 2 xã, trước và sau can thiệp.....	113
Bảng 4.1. Tỷ lệ tăng huyết áp ở cộng đồng đồng bào các dân tộc.....	123
Bảng 4.2. Kiến thức đúng của người dân qua một số nghiên cứu	124

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1. Mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới năm 2019	9
Biểu đồ 1.2. Gánh nặng bệnh tật tính theo phần trăm DALY, 1990 - 2017	12
Biểu đồ 1.3. Mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại Việt Nam năm 2019	14
Biểu đồ 1.4. Xu hướng tăng huyết áp tại Việt Nam, giai đoạn 1960 – 2015.....	25
Biểu đồ 3.1. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nam giới đồng bào Chăm.....	79
Biểu đồ 3.2. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nữ giới đồng bào Chăm	80
Biểu đồ 3.3. Tình hình bệnh tật của đồng bào Chăm theo nhóm tuổi	81
Biểu đồ 3.4. Phân loại tăng huyết áp ở người bệnh	84
Biểu đồ 3.5. Phân độ tăng huyết áp ở người bệnh	85

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm	41
Sơ đồ 2.2. Quy trình thu thập số liệu	59
Sơ đồ 2.3. Sơ đồ can thiệp phòng chống tăng huyết áp trong cộng đồng	60

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạn tính không lây là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở hầu hết các nước thu nhập thấp, trung bình và các cộng đồng đồng bào dân tộc. Theo Tổ chức Y tế thế giới, dự báo số ca tử vong do bệnh không lây nhiễm sẽ tăng 15% trên toàn thế giới thời gian từ 2010 - 2030, ở khu vực châu Phi, Đông Nam Á và Địa Trung Hải [161]. Nghiên cứu tại bệnh viện Chăm Pa Sắc, Lào (2012), cơ cấu bệnh tật: bệnh lây nhiễm là 37,1%, bệnh không lây nhiễm là 42,8% và tai nạn ngộ độc, chấn thương là 20,1%, mô hình bệnh tật ở Chăm Pa Sắc đã và đang thay đổi, các bệnh lây nhiễm có tỷ lệ giảm, các bệnh không lây nhiễm và tai nạn ngộ độc, chấn thương có tỷ lệ tăng dần [92].

Tại Việt Nam, cơ cấu bệnh tật đan xen giữa các bệnh lây nhiễm và các bệnh không lây nhiễm; tai nạn, ngộ độc và chấn thương [161]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hưng (2013), khảo sát trên cộng đồng các dân tộc Tây nguyên, tại 5 tỉnh, kết quả cho thấy các bệnh cấp tính có tỷ lệ mắc cao tại cộng đồng là cảm cúm 34,7%, viêm phổi - phế quản 17,9% và tiêu chảy 17,7%; các bệnh mạn tính có tỷ lệ mắc cao tại cộng đồng là bệnh dạ dày 15,5% và các bệnh xương khớp 12,8%. Người mắc bệnh phải điều trị tại bệnh viện trong năm là 14,4% [39]. Cơ cấu bệnh tật khác nhau theo từng khu vực do những đặc điểm riêng biệt về môi trường tự nhiên, các yếu tố kinh tế - xã hội và những đặc điểm sinh học (chủng tộc, di truyền).

Theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Quốc gia Việt Nam, từ năm 1990 đến 2017, số bệnh nhân mắc tăng huyết áp (THA) đã gia tăng với tốc độ trung bình xấp xỉ 1% mỗi năm. Cụ thể, năm 1992, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành là 11,2%, đến năm 2008 tỷ lệ này đã là 25,1% và đến năm 2015 tỷ lệ này là 47,3% [14]. Tỷ lệ tăng huyết áp ở một số đồng bào dân tộc thiểu số từ 15% đến 38,9% [4], [19], [80]. Tỷ lệ người tăng huyết áp biết mình bị mắc bệnh còn thấp, tỷ lệ được điều trị và kiểm soát huyết áp còn thấp [148]. Đa phần người dân chỉ được phát hiện tăng huyết áp khi có biến chứng tổn thương cơ quan đích hoặc thông qua việc kiểm tra sức khỏe định kỳ. Tăng huyết áp là tiền đề cho nhiều bệnh khác nhau, việc kiểm soát mức huyết

áp với mong muốn làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, đặc biệt ở bệnh nhân nguy cơ cao.

Hiện nay, việc phòng chống bệnh tăng huyết áp vẫn còn nhiều khó khăn và một trong các vấn đề khó khăn đó là vấn đề nhận thức của người dân. Để phòng chống tai biến do tăng huyết áp, vấn đề quan trọng nhất là phải phát hiện và điều trị sớm tăng huyết áp. Đánh giá được kiến thức, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp là những yếu tố quan trọng trước khi ra quyết định về can thiệp để giảm nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp. Một số nghiên cứu cho rằng cần phải có chiến lược kiểm soát tăng huyết áp ở các hộ gia đình để phòng ngừa, phát hiện, điều trị và kiểm soát tăng huyết áp [99], [142].

Đồng bào Chăm đa số sống tại khu vực Nam Trung Bộ, việc nghiên cứu về người Chăm đã được nhiều tác giả quan tâm, nhưng nhìn chung các tác giả thường tập trung nghiên cứu sâu về lịch sử, nguồn gốc, lễ hội và phong tục tập quán của người Chăm mà chưa có nghiên cứu toàn diện về cơ cấu bệnh tật; và theo báo cáo các Sở Y tế, cho thấy tỷ lệ sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người Chăm chỉ đạt 65,4% và thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước [90]. Vì vậy, để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của đồng bào Chăm và cung cấp các dữ liệu khoa học đến các nhà hoạch định chính sách y tế về giảm thiểu bệnh tật và nâng cao sức khỏe, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 3 mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ, 2016 – 2017.
2. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp, kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ và một số yếu tố liên quan, 2016 – 2017.
3. Xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và mô tả kết quả thử nghiệm truyền thông giáo dục phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận, 2018 – 2019.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỒNG BÀO CHĂM KHU VỰC NAM TRUNG BỘ

1.1.1. Đặc điểm của đồng bào dân tộc Chăm khu vực Nam Trung Bộ

1.1.1.1. *Nguồn gốc và phân bố dân cư*

Theo kết quả tổng điều tra dân số 1/7/2015, người Chăm ở Việt Nam có tổng cộng 167.128 người sống rải rác ở các tỉnh phía Nam như: Bình Định, Phú Yên, Khánh Hòa, Ninh Thuận, Bình Thuận, Đồng Nai, Tây Ninh, Bình Phước, Thành phố Hồ Chí Minh, An Giang [90]. Qua khảo sát thực tế, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn được 4 tỉnh trong 8 tỉnh thuộc miền Nam Trung Bộ với tiêu chí chủ yếu là những tỉnh tập trung đồng bào Chăm nhiều nhất để đại diện cộng đồng dân tộc Chăm miền Nam Trung Bộ. Cụ thể [90]:

- Ninh Thuận: 68.383 người, chiếm 40,9% tổng số người Chăm tại Việt Nam
- Bình Thuận: 35.781 người, chiếm 21,4% tổng số người Chăm tại Việt Nam
- Phú Yên: 21.274 người, chiếm 12,7% tổng số người Chăm tại Việt Nam.
- Bình Định: 6.233 người, chiếm 3,7% tổng số người Chăm tại Việt Nam

Về tổ chức cộng đồng, người Chăm thường sinh sống tập trung trong từng ấp, gọi là Puk. Mỗi Puk có khoảng 50 -100 nóc nhà, người đứng đầu Puk gọi là Ahly. Nhiều Puk hợp lại thành làng gọi là paley Cam (làng Chăm). Mỗi paley có khoảng 300 đến 400 hộ gia đình, với khoảng 1000 – 2000 người, cùng theo một tôn giáo nhất định, gồm nhiều tộc họ sinh sống với nhau. Người Chăm dù theo tôn giáo nào, sau khi chết cũng được an táng vào nghĩa địa của tộc họ, tuy cách an táng và hình thức nghĩa địa tộc họ có khác nhau. Người Chăm Bàlamôn truyền thống, chủ yếu theo tục hỏa táng thi thể người chết.

Về nhà ở và hôn nhân gia đình, cấu trúc ở của người Chăm gồm quần thể nhà trong một khuôn viên. Trong hôn nhân, chế độ mẫu hệ và tín ngưỡng nữ thần vẫn tồn tại ở người Chăm. Cộng đồng người Chăm vẫn còn bảo lưu nhiều tập tục văn hoá,

kinh nghiệm về chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng như các tập tục về sinh sản, chăm sóc sức khỏe đối với các bệnh thông thường.

1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới cơ cấu và dịch tễ học bệnh tật của đồng bào dân tộc Chăm

Sức khỏe của cá nhân và cộng đồng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố kết hợp với nhau. Các yếu tố này có thể làm tăng hay giảm tình trạng sức khỏe của một cộng đồng hay một cá nhân. Những yếu tố này giúp giải thích và dự đoán xu hướng sức khỏe và y tế trong tương lai, giải thích vì sao một số nhóm lại có sức khỏe tốt hơn hoặc kém hơn các nhóm khác. Ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ có một số yếu tố ảnh hưởng tới cơ cấu bệnh tật như thói quen hút thuốc, sử dụng rượu, điều kiện dinh dưỡng, vệ sinh môi trường, phong tục tập quán.

1.1.2.1. Hút thuốc lá, thuốc lào

Khoảng 1,3 tỷ người trên thế giới hút thuốc và số người hút thuốc tiếp tục tăng. Trong số này, khoảng 84% sống ở các nước có nền kinh tế đang phát triển [157]. Thuốc lá là yếu tố nguy cơ (YTNC) phổ biến thứ tư đối với bệnh tật và là nguyên nhân chính gây tử vong thứ hai trên toàn thế giới. Hút thuốc lá hiện đang gây ra cái chết của 1/10 người lớn trên toàn thế giới (khoảng 4,9 triệu người chết mỗi năm) [157]. Trong khi tỷ lệ sử dụng thuốc lá đã giảm ở một số quốc gia có thu nhập cao, thì tỷ lệ này đang gia tăng ở một số quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, đặc biệt là ở những người trẻ tuổi và phụ nữ. Những người hút thuốc có nguy cơ mắc nhiều bệnh ung thư đặc biệt là ung thư phổi và có nhiều nguy cơ mắc bệnh tim, đột quỵ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), đái tháo đường (ĐTĐ), các bệnh nguy hiểm và không gây tử vong khác [157].

1.1.2.2. Lạm dụng rượu

Tình trạng uống rượu ở miền núi rất phổ biến. Uống rượu đã trở thành thói quen hàng ngày của mọi người dân trong bản từ già đến trẻ không phân biệt phụ nữ hay nam giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), uống rượu là YTNC hàng đầu đối với gánh nặng bệnh tật ở các nước đang phát triển và là YTNC xếp hạng thứ ba ở các nước phát triển [157].

1.1.2.3. Phong tục tập quán

Tập quán làm nhà ở sát vạt rừng, cửa rừng: Đồng bào các dân tộc thiểu số (DTTS) có tập quán sản xuất, canh tác dựa hoàn toàn vào nương rẫy, đồng bào thường làm chòi ở ngay sát cửa rừng, vạt rẫy có nguy cơ phơi nhiễm với các bệnh sốt rét, sốt xuất huyết.

Mời thầy cúng khi bị bệnh: Hầu hết các DTTS hiện vẫn còn tập quán mời thầy mo, thầy cúng khi bị bệnh, tuy nhiên với từng dân tộc mức độ có thể khác nhau.

Tập quán sinh con tại nhà rất phổ biến ở các DTTS, tính chung trên tất cả các DTTS, có khoảng 64% các trường hợp sinh con được thực hiện ở cơ sở y tế (CSYT). Trong khi đó, vẫn còn đến một nửa các DTTS lựa chọn sinh con tại nhà là phương pháp chủ yếu. Sinh con tại các CSYT khá phổ biến ở các dân tộc Ngái, Hoa, Khmer, Chơ Ro, Sán Dìu, Chăm, Chu Ru, Tày, Cơ Ho và Tà Ôi (trên 80% các trường hợp sinh con). Ngược lại, ở các dân tộc La Hủ, Si La, La Ha, Lự, Mảng, Hà Nhì, 80% các trường hợp sinh con được thực hiện tại nhà [90].

Kết hôn sớm và hôn nhân cận huyết thống là hai vấn đề nổi cộm đối với DTTS nói chung và dân tộc Chăm nói riêng. Nhìn chung, người DTTS thường kết hôn sớm và tỷ lệ tảo hôn cao. Tuổi kết hôn trung bình lần đầu là 21 tuổi, thấp hơn gần 4 tuổi so với mức chung của cả nước [90]. Tỷ lệ hôn nhân cận huyết thống trung bình là 6,5%, đáng chú ý ở một số dân tộc, tỷ lệ này rất cao. Cụ thể, tỷ lệ hôn nhân cận huyết của người Mạ, Mảng và Mông lên đến trên 40%. Một số dân tộc khác có tỷ lệ kết hôn cận huyết cao bao gồm Stiêng (36,7%), Cơ Tu (27,7%), Khơ Mú (25%); Các dân tộc có tỷ lệ hôn nhân cận huyết từ 10% đến dưới 20% như: Cơ Ho (17,8%), Chứt (16,8%), Kháng (16%), Khmer (15,9%), Chăm (15,6%) [90]. Hôn nhân cận huyết thống là vấn đề cần đặc biệt chú ý với các dân tộc thiểu số. Hôn nhân cận huyết thống có thể gây ra nhiều hậu quả trong đó có vấn đề tử vong trẻ sơ sinh cao, nguy cơ thu hẹp quy mô dân số và cũng là một trong những nguyên nhân sâu xa làm giảm tuổi thọ của các dân tộc và có liên quan đến tình trạng nghèo trong một số dân tộc.

1.1.2.4. Thực hành về bảo vệ sức khỏe còn hạn chế

Tỷ lệ người DTTS sử dụng thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) để khám chữa bệnh không cao. Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT của người Chăm đạt 65,4% cao hơn tỷ lệ trung bình sử dụng thẻ BHYT của đồng bào DTTS chỉ đạt 44,8%, nhưng còn thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước [90].

Tỷ lệ phụ nữ đến các CSYT để khám thai chưa cao và chưa phổ biến ở một số dân tộc. Có khoảng 70,9% phụ nữ mang thai được khám thai ít nhất một lần tại các CSYT. Phụ nữ đi khám thai tại các CSYT phổ biến ở một số dân tộc như: Tà Ôi, Hoa, Cơ Ro, Chu Ru, Chăm, Khmer, Chơ Ro, Mường, Tày, Ngái, Mạ (khoảng 80 - 88,5%). Trong khi đó, ở một số dân tộc, tỷ lệ phụ nữ được khám thai rất thấp, các dân tộc có tỷ lệ dưới 50%, thấp nhất: La Hủ (9,1%), Hà Nhì (25,4%), Si La (25,5%), La Ha (31,9%), Mảng (34,9%) và Mông (36,5%). Điều này cũng một phần giải thích tại sao các dân tộc này thuộc nhóm có tỷ suất tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi cao nhất [90].

Đa số các nhóm DTTS có tỷ lệ hộ sử dụng nhà xí hợp vệ sinh rất thấp. Số liệu cho thấy, trung bình 27,9% số hộ DTTS có nhà xí hợp vệ sinh, thấp hơn nhiều so với số liệu thống kê trung bình của cả nước (71,9%). Tỷ lệ thấp hộ DTTS sử dụng nhà xí hợp vệ sinh là xu hướng chung diễn ra ở đa số nhóm DTTS. Đến năm 2015 chỉ 7 nhóm DTTS trong số 53 DTTS đạt chỉ tiêu 40% số hộ có nhà xí hợp vệ sinh, bao gồm các dân tộc: Bô Y (40%), Lự (40,6%), Giáy (45,6%), Chăm (54,3%), Ngái (56%), Chơ Ro (63,4%) và Hoa (89,8%) [90].

Trong khi điều kiện nhà vệ sinh đạt chuẩn của hộ DTTS còn khá thấp, điều kiện tiếp cận nguồn nước hợp vệ sinh trong sinh hoạt hàng ngày của nhóm hộ DTTS tương đối cao nhưng có sự chênh lệch giữa các DTTS khác nhau (54,3% ở đồng bào Dân tộc Chăm) [90]. Trung bình, 73,3% số hộ DTTS đã tiếp cận đến nguồn nước đảm bảo vệ sinh trong sinh hoạt hàng ngày (94,8% số hộ dân tộc Chăm) [90]. Tuy nhiên, về lâu dài người DTTS phải được tiếp cận và sử dụng nước sạch đạt chuẩn (thay cho nước chỉ đạt tiêu chí hợp vệ sinh), chỉ tiêu này hiện nay còn rất thấp.

1.1.2.5. Khó khăn khi giao tiếp bằng tiếng phổ thông

Sự khác biệt về ngôn ngữ giao tiếp cũng là một trong những rào cản làm hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) của đồng bào các DTTS nói chung và đồng bào dân tộc Chăm nói riêng. Người DTTS biết đọc, biết viết tiếng phổ thông chưa cao, có nhiều dân tộc hơn một nửa dân số mù chữ. Trung bình chỉ có 79,2% người DTTS biết đọc, biết viết tiếng phổ thông. Sự chênh lệch này khá lớn giữa các dân tộc. Các dân tộc có tỷ lệ người biết đọc, biết viết tiếng phổ thông đạt trên 90% bao gồm: Mường, Thổ, Tày, Sán Dìu, Ngái, Ô Đu, Hoa, Sán Chay. Bảy dân tộc có tỷ lệ người biết đọc, biết viết thấp nhất, hơn 50% không biết chữ (Hà Nhì, Cơ Lao, Brâu, Mông, Mảng, Lự, La Hủ) [90].

1.2. KHÁI NIỆM CƠ CẤU BỆNH TẬT VÀ MỘT SỐ NGHIÊN CỨU VỀ CƠ CẤU BỆNH TẬT

1.2.1. Khái niệm cơ cấu bệnh tật, phân loại bệnh tật theo ICD 10

1.2.1.1. Khái niệm cơ cấu bệnh tật

Cơ cấu bệnh tật là kết cấu phần trăm các nhóm bệnh của các bệnh. Cơ cấu bệnh tật là kết cấu phần trăm các nhóm bệnh của các bệnh qua nhiều năm. Cơ cấu bệnh tật của một khu vực trong một giai đoạn chính là kết cấu phần trăm của các nhóm bệnh tật, các bệnh của khu vực trong giai đoạn đó [11].

Cơ cấu bệnh tật chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố và khác nhau giữa các khu vực với những đặc điểm đặc thù riêng. Trong hệ thống y tế Việt Nam, ở mỗi tuyến, các cơ sở y tế đều tiến hành báo cáo bệnh tật thường quy nhưng các số liệu rời rạc và thực tế vẫn có khoảng cách giữa các báo cáo bởi tình trạng vượt tuyến và quá tải đang diễn ra hiện nay [11]. Cơ cấu bệnh tật tại cộng đồng liên quan đến hoạt động dự phòng và hệ thống y tế cơ sở [44].

Cơ cấu bệnh tật trên thế giới ở mỗi nước phụ thuộc vào trình độ phát triển kinh tế - xã hội của từng nước. Về cơ bản có 3 hình thái:

- Cơ cấu bệnh tật ở các nước kém phát triển: bệnh lây nhiễm cao, bệnh không lây nhiễm (BKLN) chiếm tỷ lệ thấp.

- Cơ cấu bệnh tật ở các nước đang phát triển: bệnh lây nhiễm thấp, bệnh không lây nhiễm là chủ yếu.

- Cơ cấu bệnh tật ở các nước phát triển: bệnh tim mạch, ĐTĐ, ung thư, bệnh nghề nghiệp, bệnh lý người cao tuổi (NCT) là chủ yếu.

1.2.1.2. Phương pháp thu thập thông tin xác định cơ cấu bệnh tật tại cộng đồng

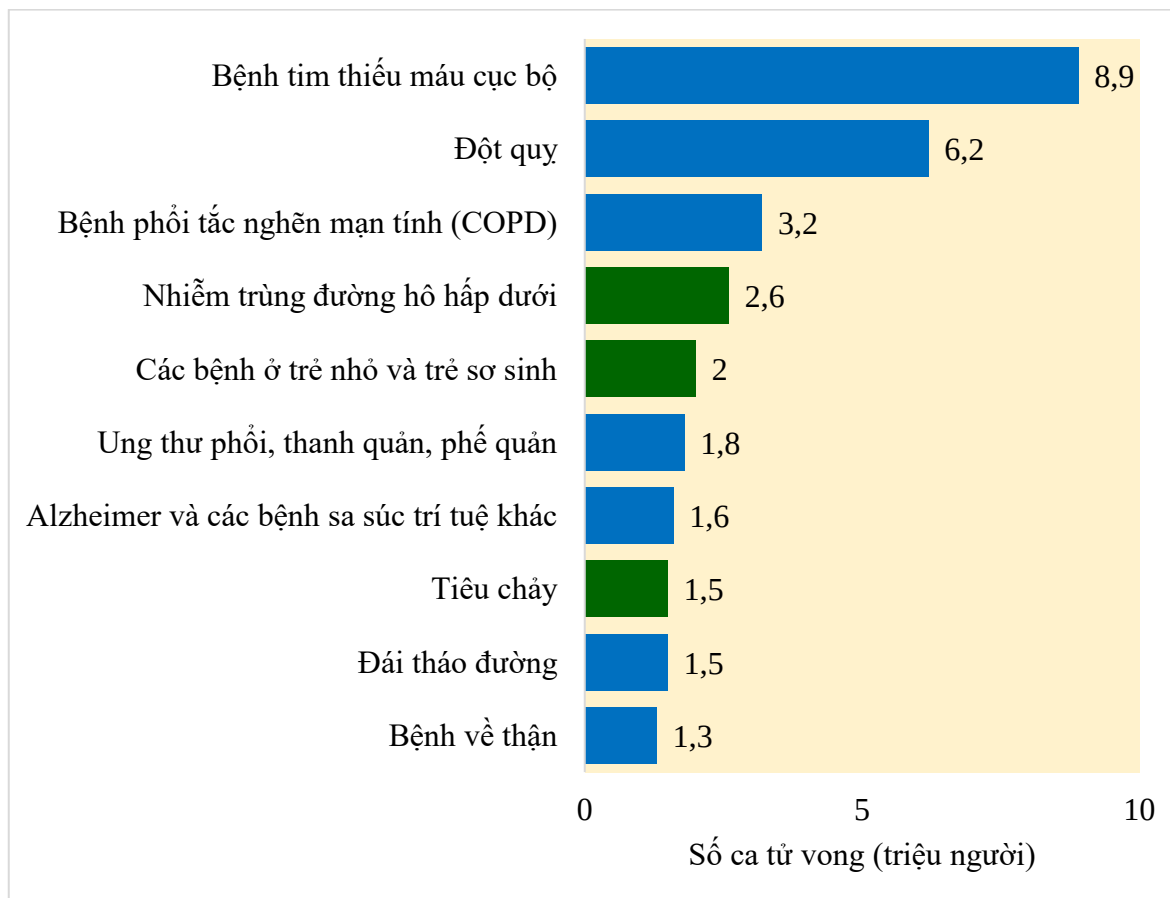
Thu thập thông tin bằng phỏng vấn: Sử dụng bộ câu hỏi để phỏng vấn các thành viên trong hộ gia đình hoặc người đại diện hộ gia đình về tình hình bệnh tật gia đình. Kết quả nghiên cứu tùy thuộc vào bộ câu hỏi và người hỏi. Trình độ người được phỏng vấn cũng ảnh hưởng đến tính chính xác của thông tin thu thập. Thời gian phỏng vấn không nên quá dài vì làm người được phỏng vấn mệt dẫn đến sai lệch thông tin. Thông tin nên được lấy trong thời gian 1 tháng đến 3 tháng gần nhất, vì xa hơn người được phỏng vấn không thể nhớ hết sẽ ảnh hưởng đến độ chính xác của thông tin. Ưu điểm của phương pháp này là có thể lấy được số liệu trong một thời gian ngắn có thể đưa ra được các thông số cần thiết mà nghiên cứu đòi hỏi, so sánh được với các nghiên cứu ở các địa phương khác trong cùng một thời điểm nghiên cứu. Đó là căn cứ quan trọng của việc đề ra các giải pháp thích hợp, đặc biệt trong phòng bệnh [57].

Thu thập số liệu bằng thăm khám lâm sàng: Điều tra viên tiến hành thăm khám lâm sàng để phát hiện các bệnh hiện mắc. Phương pháp này thường tốn kém và tốn nhiều thời gian. Một số bệnh cần có sự hỗ trợ của xét nghiệm chính vì vậy kết quả điều tra bằng khám lâm sàng thường cho tỷ lệ mắc bệnh cao hơn phỏng vấn. Khám lâm sàng trong cộng đồng thường tầm soát các bệnh thường gặp, nhóm bệnh thường gặp. Để tăng tính chính xác cần có tiêu chuẩn chẩn đoán cộng đồng và tập huấn cẩn thận [57].

Thu thập số liệu có sẵn: Số liệu được lưu tại các cơ quan có liên quan như: Sở Y tế, phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện, trạm y tế. Đa số nghiên cứu lấy số liệu sẵn có là hồi cứu. Số liệu này thường không thỏa được hết yêu cầu của nghiên cứu [57].

1.2.2. Một số nghiên cứu về tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật trên thế giới

Cơ cấu bệnh tật trên thế giới đã dần dần thay đổi, chuyển từ bệnh lây nhiễm sang BKLN. Ở những nước có thu nhập cao và đầu tư cho y tế lớn, những bệnh thường gặp là bệnh tim mạch, đái tháo đường (ĐTĐ), hen phế quản. Ngược lại, ở những nước nghèo, các bệnh thường gặp là sốt rét, lao, tiêu chảy cấp, sốt xuất huyết, nhiễm khuẩn hô hấp cấp [104].



Biểu đồ 1.1. Mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới năm 2019

Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới (2020) [166]

Theo Tổ chức Y tế thế giới, trong năm 2019, 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu chiếm 55% trong tổng số 55,4 triệu ca tử vong trên toàn thế giới. Cơ cấu bệnh tật có sự chuyển dịch mang xu hướng bệnh không lây nhiễm khi 7 trên 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thuộc nhóm này. Bệnh lây nhiễm ngày càng được kiểm soát tốt hơn khi số ca tử vong giảm, tuy nhiên vẫn rất nguy hiểm vì đang xếp ở những vị trí cao (đứng thứ 4, thứ 5 và thứ 8) [166].

Bảng 1.1. Sự thay đổi tỷ lệ tử vong trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ từ năm 2011 – 2018

10 nguyên nhân gây tử vong cao	2011	2018	Sự thay đổi	
			SL	%
Bệnh tim mạch	596.577	655.381	+ 58.804	+ 9,9
Ung thư	576.691	599.274	+ 22.583	+ 3,9
Tai nạn	126.438	167.127	+ 40.689	+ 32,2
Nhiễm trùng đường hô hấp dưới	142.943	159.486	+ 16.543	+ 11,6
Bệnh mạch máu não	128.932	147.810	+ 18.878	+ 14,6
Alzheimer	84.974	122.019	+ 37.045	+ 43,6
Đái tháo đường	73.831	84.946	+ 11.115	+ 15,1
Cúm và viêm phổi	53.826	59.120	+ 5.294	+ 9,8
Viêm thận, Hội chứng thận hư	45.591	51.386	+ 5.795	+ 12,7
Cố ý tự làm hại bản thân	39.518	48.344	+ 8.826	+ 22,3

Nguồn: Rana J.S.và cộng sự (2020) [143]

Nghiên cứu tại Mỹ từ năm 2011 - 2018, trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ đa phần là bệnh không lây nhiễm có tỷ lệ cao, đứng đầu là Alzheimer tăng 43,6%, tử vong do đái tháo đường tăng 15,1%, tử vong do bệnh mạch máu não tăng 14,6%, tử vong do bệnh tim mạch tăng 9,9%. Nguyên nhân gây tử vong do bệnh lây nhiễm: tử vong do nhiễm trùng đường hô hấp dưới tăng 11,6%, tử vong do cúm và viêm phổi tăng 9,8%.

Trung Quốc đã chuyển mô hình dịch tễ học từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm [125]. Một nghiên cứu dọc được thực hiện tại đây với 2.137 người cao tuổi cho thấy giới nữ chiếm hơn 50% và tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm tăng dần theo độ tuổi. Tim mạch vẫn là bệnh phổ biến nhất ở cả 2 giới, nhưng sự khác biệt không đáng kể so với các bệnh khác. Trong đó tăng huyết áp, bệnh tim và đột quỵ là 3 bệnh có tỷ lệ cao [150].

Bảng 1.2. Tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính theo giới ở Trung Quốc năm 2011

STT	Bệnh	Chung (%)	Nam (%)	Nữ (%)
1	Tim mạch	43,9	42,3	45,4
2	Cơ xương khớp	16,1	14,4	17,8
3	Hô hấp	13,8	16,1	11,7
4	Giảm cảm giác	13,2	11,3	14,9
5	Nội tiết	5,1	3,1	6,1
6	Thần kinh	3,8	3,6	4,0
7	Ung thư	1,4	1,8	0,9

Nguồn: Tey N.P. và cộng sự (2016) [150]

Một nghiên cứu thực hiện tại Nam Lào cũng cho thấy chưa có sự chuyển dịch của cơ cấu bệnh tật (CCBT) sang BKLN rõ rệt. Từ năm 2010 đến 2012, tỷ lệ mắc bệnh lây nhiễm có xu hướng giảm nhẹ, trong khi BKLN dường như không thay đổi, các nguyên nhân tai nạn - ngộ độc lại có xu hướng tăng mạnh hơn [92].

Bảng 1.3. Cơ cấu bệnh tật tại Bệnh viện Chăm Pa Sắc - Nam Lào qua các năm

Năm	Bệnh lây nhiễm		Bệnh không lây nhiễm		Tai nạn - ngộ độc	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
2010	7.035	31,9	10.366	47,0	4.658	21,1
2011	10.773	38,0	12.160	42,9	5.425	19,1
2012	11.310	37,1	13.054	42,8	6.137	20,1

Nguồn: Xaly S. (2014) [92]

Cụ thể những bệnh chiếm tỷ lệ mắc cao ở đây vẫn là các bệnh lây nhiễm như: viêm dạ dày ruột, tiêu chảy, sốt xuất huyết. Nhưng tỷ lệ tai nạn thương tích lại tăng lên tương đối cao.

Bảng 1.4. Cơ cấu bệnh tật theo nhóm bệnh và bệnh tại Bệnh viện Chăm Pa Sắc – Nam Lào năm 2012

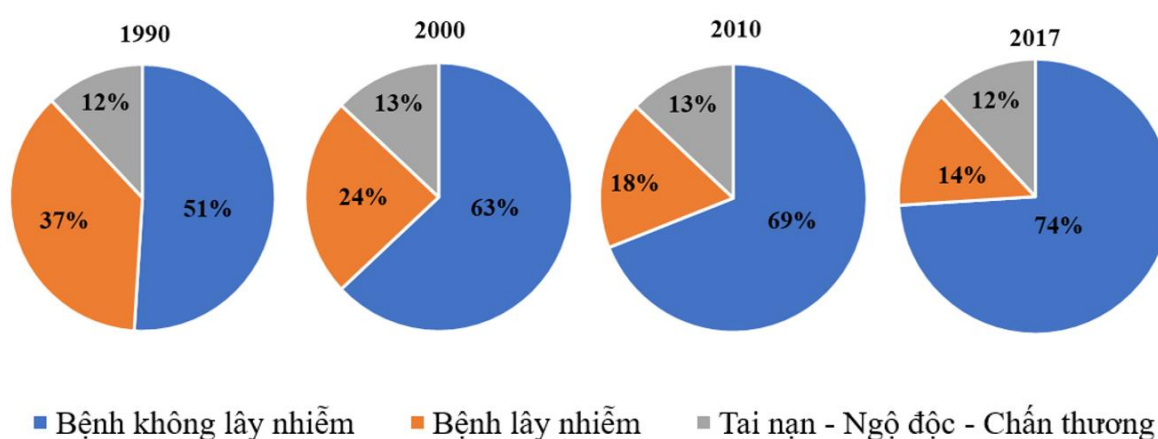
STT	Nhóm bệnh	%	Bệnh cụ thể	%
1	Hô hấp	38,9	Viêm dạ dày ruột do nhiễm khuẩn	15,0
2	Sinh dục, tiết niệu	12,1	Tai nạn giao thông	9,4
3	Tiêu hóa	10,0	Tiêu chảy	5,3
4			Sốt xuất huyết	2,0

Nguồn: Xaly S. (2014) [92]

1.2.3. Một số nghiên cứu về tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật ở Việt Nam và người dân tộc thiểu số

1.2.3.1. Tỷ lệ và cơ cấu bệnh tật ở Việt Nam

Trong 30 năm trở lại, Việt Nam đã có sự thay đổi trong cơ cấu ở 3 nhóm bệnh lây nhiễm, bệnh không lây nhiễm và tai nạn - ngộ độc - chấn thương, với sự tăng nhanh của nhóm bệnh không lây nhiễm trong bối cảnh già hóa dân số [10], [12], [164].



Biểu đồ 1.2. Gánh nặng bệnh tật tính theo phần trăm DALY, 1990 - 2017

Nguồn: The World Bank (2021) [164]

Xu hướng gia tăng và dần chiếm ưu thế của các BKLN trong cơ cấu bệnh tật và tử vong cũng được khẳng định trong các số liệu đánh giá gánh nặng bệnh tật và tử vong. Tỷ trọng BKLN trong số các gánh nặng bệnh tật được đo bằng số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật (DALY) tăng nhanh từ 51% năm 1990 lên 74%

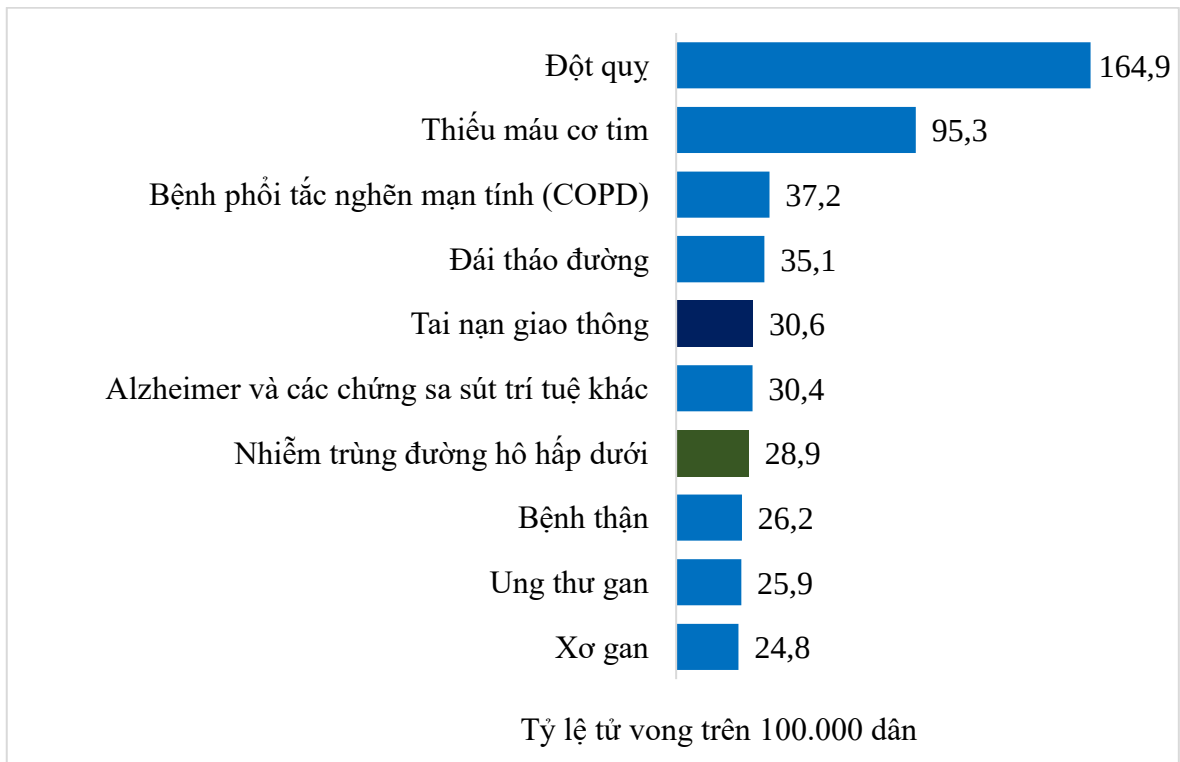
năm 2017 [164]. Kinh tế tăng trưởng, già hóa dân số, thay đổi lối sống là những nguyên nhân dẫn đến gia tăng gánh nặng các BKLN. Các bệnh thường thấy ở người cao tuổi như bệnh tim mạch, ĐTĐ, bệnh thận và ung thư [12].

Bảng 1.5. Mười nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, 1990 – 2017

Xếp hạng năm 2017	Nhóm bệnh	%			
		1990	2000	2010	2017
1	Bệnh tim mạch	11,7	14,5	15,9	17,0
2	U bướu	6,9	9,4	11,2	13,1
3	Rối loạn cơ xương	3,6	5,1	6,3	6,9
4	Bệnh đái tháo đường và bệnh thận	3,3	4,3	5,1	6,2
5	Rối loạn thần kinh	3,5	4,7	5,3	5,4
6	Các bệnh không lây nhiễm khác	7,8	6,7	5,9	5,0
7	Thương tật ngoài ý muốn	6,7	6,3	5,6	5,0
8	Rối loạn tâm thần	3,4	4,5	4,9	4,9
9	Thương tật do tai nạn giao thông	4,2	4,8	5,6	4,9
10	Nhiễm trùng đường hô hấp và bệnh lao	11,1	7,1	5,5	4,4
DALY trên mỗi 100.000 dân số		33.766	26.510	25.785	25.809

Nguồn: The World Bank (2021) [164]

Gánh nặng bệnh tật do BKLN là bảy trong mười nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam. Hai nguyên nhân phổ biến nhất của gánh nặng bệnh tật là bệnh tim mạch và ung thư, chiếm 30% tổng số DALY trong dân số Việt Nam [164].



Biểu đồ 1.3. Mười nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại Việt Nam năm 2019

Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới (2020) [165]

Tại Việt Nam, năm 2019, có sự chuyển dịch mang xu hướng bệnh không lây nhiễm khi 8 trên 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thuộc nhóm này. Trong đó, bệnh không lây nhiễm có tỷ lệ tử vong cao nhất là đột quỵ (164,9/100.000 dân), kế đến là thiếu máu cơ tim (95,3/100.000 dân), COPD (37,2/100.000 dân) và đái tháo đường (35,1/100.000 dân). Bệnh lây nhiễm ngày càng được kiểm soát tốt hơn khi số ca tử vong giảm, tuy nhiên vẫn rất nguy hiểm vì đang xếp ở vị trí thứ 7 [165].

Nhìn chung, cơ cấu bệnh tật của Việt Nam cơ bản là cơ cấu bệnh tật đang trải qua quá trình chuyển tiếp dịch tễ học, vừa phải đương đầu với các bệnh lây nhiễm đang giảm dần và với các BKLN, tai nạn thương tích không ngừng gia tăng. Tuy nhiên, điều đáng lo ngại nhiều khảo sát cho thấy, tỷ lệ người dân đã nhận biết bản thân đang mắc một số BKLN mà không có các hành vi điều trị và dự phòng phù hợp là đáng báo động. Cần có những giải pháp can thiệp giúp người dân nhận thức được tầm quan trọng của việc điều trị và dự phòng bệnh tật [85].

1.2.3.2. Tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật ở đồng bào dân tộc thiểu số

Cơ cấu bệnh tật phổ biến của vùng dân tộc và miền núi bao gồm các bệnh như: lao, sốt rét, viêm não Nhật Bản, sốt xuất huyết, tả, lỵ, thương hàn, ký sinh trùng đường ruột, bấu cổ, phong, phụ khoa, bệnh dạ dày, viêm ruột thừa, ngộ độc, uốn ván, suy dinh dưỡng (SDD). Đồng thời các BKLN cũng đang dần phát triển.

Nghiên cứu thực trạng bệnh tật của người Mông ở hai huyện Mù Cang Chải và Trạm Tấu tỉnh Yên Bái của Lường Văn Hom và cộng sự (2010) cho thấy tỷ lệ bệnh tật trong 2 tuần qua ở các hộ gia đình (HGD) người Mông là 28,8%. Về cơ cấu bệnh tật hàng đầu là các bệnh hô hấp (63,5%), tiếp theo là các bệnh tiêu hoá, đau xương khớp [35].

Một nghiên cứu khác của Lường Văn Hom (2011) cho thấy tỷ lệ SDD của trẻ em < 5 tuổi người Mông liên quan chặt chẽ với nghèo đói, qui mô gia đình, chế độ ăn uống, với bệnh tiêu chảy, bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp, liên quan chặt chẽ với việc thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng. Bệnh tật liên quan chặt chẽ với thu nhập của gia đình, tình trạng đói nghèo, nhà ở, phương tiện truyền thông. Yếu tố quản lý phân người, chuồng gia súc của các gia đình cũng ảnh hưởng đến bệnh tật [36].

Nguyễn Minh Hưng và cộng sự (2013) khảo sát CCBT tại cộng đồng các dân tộc Tây nguyên (Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai, Kon Tum và Lâm Đồng) với tổng số 459.600 khẩu trong 98.268 HGD người dân tộc cho thấy tỷ lệ HGD có ít nhất một người mắc bệnh cấp tính trong tháng là 26,7%. Các bệnh cấp tính có tỷ lệ mắc cao là cảm cúm (34,7%), viêm phổi, viêm phế quản (17,9%), tiêu chảy (17,7%). Tỷ lệ HGD có người mắc BMT chung là 16,2%. Các BMT thường gặp là dạ dày (15,5%), xương khớp (12,8%). Tỷ lệ HGD có người mắc bệnh phải điều trị tại bệnh viện (BV) trong năm là 14,4% [39].

1.3. DỊCH TỄ HỌC TĂNG HUYẾT ÁP VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1.3.1. Khái niệm huyết áp và tăng huyết áp

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

Theo định nghĩa của WHO năm 2013 và Hội tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association – AHA) năm 2020, tăng huyết áp (THA) là khi $HATT \geq 140$ mmHg và/hoặc $HATTr \geq 90$ mmHg [152], [159].

Tăng huyết áp là một trong những YTNC chính của bệnh tim mạch (như tai biến mạch máu não và nhồi máu cơ tim) và WHO ước tính trên toàn thế giới có khoảng 9 triệu người tử vong mỗi năm do THA [159].

Bảng 1.6. Phân độ tăng huyết áp theo mức huyết áp đo tại phòng khám

Khái niệm	HA tâm thu (mmHg)		HA tâm trương (mmHg)
HA tối ưu	<120	và	< 80
HA bình thường	120 - 129	và	80 - 84
Bình thường cao	130 - 139	và/hoặc	85 - 89
THA độ I	140 - 159	và/hoặc	90 - 99
THA độ II	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
THA độ III	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

Nguồn: Hội tim mạch học Quốc Gia Việt Nam (2018) [37]

Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HA tâm thu hay tâm trương cao nhất. THA tâm thu đơn độc xếp loại theo mức HATT [37].

1.3.2. Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

1.3.2.1. Một số yếu tố nguy cơ thuộc về hành vi lối sống

THA là bệnh liên quan đến lối sống. Kiểm soát tốt các YTNC này là cách hiệu quả nhất trong phòng bệnh THA [119], [146], [137]. Nghiên cứu của Prabhakaran D. và cộng sự (2017) ở Ấn Độ cho thấy nguy cơ phát triển THA có liên quan đến tuổi,

tình trạng kinh tế xã hội thấp, sử dụng rượu hiện tại, thừa cân, tiền THA và rối loạn đường huyết [141].

- Thói quen uống rượu: Uống nhiều rượu hay gây THA, càng uống nhiều HA càng cao. Vùng nào tiêu thụ nhiều rượu, nhất là vùng người DTTS sinh sống, nơi đó nhiều người bị THA. Khoảng 10% trường hợp THA liên quan đến uống rượu. Uống rượu làm tăng nguy cơ mắc bệnh THA [126], [146], [107].

- Ăn nhiều muối: là một YTNC của THA. Theo khuyến cáo của WHO, người bình thường chỉ nên tiêu thụ dưới 5g muối/người/ngày. Yongqing Z. và cộng sự (2016) nghiên cứu ở Giang Tô (Trung Quốc) cho thấy giá trị trung bình của natri niệu 24 giờ ở những người THA là $188,2 \pm 69,5$ mmol/l, tương đương với lượng muối hấp thu là $11,0 \pm 4,1$ g/ngày [168]. Trong khi nghiên cứu của Du X. và cộng sự (2017) ở Chiết Giang cũng cho kết quả tương tự [103]. Các tác giả cho rằng THA và ăn mặn là phổ biến ở người trưởng thành tại Trung Quốc [103], [168].

- Thừa cân, béo phì: Thừa cân, béo phì là tình trạng liên quan đến mất cân bằng giữa năng lượng hấp thu và năng lượng tiêu thụ. Các yếu tố văn hóa, môi trường, hoạt động thể lực là yếu tố quyết định đến sự gia tăng tỷ lệ béo phì, dự phòng tiên phát bệnh tim mạch [14]. Thừa cân, béo phì có mối liên quan với các mức tăng huyết áp [93], [102], [112]. Nguy cơ THA ở nhóm dân số thừa cân và béo phì tăng lên 2,47 lần (KTC 95%: 1,42, - 4,29) ở Ethiopia, 2,67 lần (KTC 95%: 1,75, - 4,08) ở Việt Nam và 7,64 lần (KTC 95%: 3,88, - 15,0) ở Indonesia [149].

- Thói quen hút thuốc lá: các nghiên cứu về dịch tễ học bệnh THA cho thấy những người có tiền sử hút thuốc lá có tỷ lệ THA hoặc tiền THA cao hơn nhóm không hút thuốc lá [123], [146], [102].

- Thói quen lười vận động, thể dục thể thao: Việc vận động hằng ngày đều đặn từ 30 đến 45 phút mang lại lợi ích rõ rệt trong giảm nguy cơ bệnh tim mạch nói chung và bệnh THA nói riêng [102], [107], [112], [157]. Vận động thể lực bao gồm các hoạt động thường ngày và luyện tập thể dục thể thao. Thể dục thể thao đối với con người không phải nhằm mục đích làm cơ thể nở nang mà nhằm tác dụng đối với chuyển hóa và đối với hệ thần kinh trung ương. Vì vậy, đối với mọi người nên thực hiện đều đặn

và phù hợp với từng trường hợp. Mỗi người có thể chọn cho mình bài tập vừa sức, như đi bộ, tập dưỡng sinh, tự xoa bóp [107], [112], [146].

1.3.2.2. Yếu tố thuộc về môi trường sống

Các yếu tố môi trường đặc biệt là môi trường xã hội ảnh hưởng rất nhiều tới sức khỏe mọi người nói chung và THA nói riêng như cô đơn, stress, lối sống, gia đình, vấn đề về hưu, kinh tế, nơi cư trú [106].

- Cô đơn hoặc bị stress: Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng căng thẳng thần kinh, stress làm tăng nhịp tim. Dưới tác dụng của các chất trung gian hóa học là adrenalin, noradrenalin làm động mạch bị co thắt dẫn đến THA.

- Về giáo dục: người học văn thấp, đặc biệt ở nông thôn miền núi, người DTTS gặp rất nhiều khó khăn trong việc tiếp nhận thông tin, nhất là các thông tin CSSK nói chung và phòng chống THA nói riêng. Một số nghiên cứu cho thấy các trường hợp học văn thấp có nguy cơ mắc THA cao hơn so với nhóm có học văn cao [107], [126], [136]. Nghiên cứu của Gebrihet T. A. và cs (2017) ở Ethiopia cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm không biết đọc biết viết tăng 4,73 lần (KTC 95%: 1,11 - 20,23) [112].

1.3.2.3. Yếu tố sinh học

Tiền sử gia đình mắc bệnh THA: Trong gia đình nếu ông, bà, cha, mẹ bị THA thì con cái có nguy cơ mắc bệnh này nhiều hơn [7], [15], [105], [146]. Các gen có thể đóng góp một số vai trò trong bệnh THA. Tuy nhiên, những người có tiền sử gia đình mắc bệnh THA có chung môi trường sống và các yếu tố tiềm ẩn khác (hút thuốc lá, chế độ ăn uống không lành mạnh) làm tăng nguy cơ mắc bệnh THA. Nghiên cứu của Lâm Chí Cường và cộng sự (2018), tỷ lệ THA ở nhóm có tiền sử gia đình mắc các bệnh tim mạch sớm là 49,1% và ở nhóm không có tiền sử gia đình mắc các bệnh tim mạch sớm là 21,9% (OR=3,45; $p < 0,001$) [15]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2020), tỷ lệ THA ở nhóm có tiền sử gia đình mắc bệnh THA là 38,3% và ở nhóm không có tiền sử gia đình mắc bệnh THA là 26,1% (OR=1,75; $p < 0,05$) [7].

- Tuổi: NCT có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do những bệnh có liên quan đến THA cao hơn những người trẻ tuổi [106], [119], [140], [146].

- Giới: tùy theo cộng đồng điều tra, khảo sát, tỷ lệ THA có thể nhiều hơn ở nam hay ở nữ [105], [93], [113].

- chủng tộc: với những người 45 tuổi không bị THA, nguy cơ THA sau 40 năm ở người châu Á là 84,1% so với 92,7% ở người da đen, 92,4% ở người gốc Tây Ban Nha, 86,0% ở người da trắng [95].

Nhìn chung, tuổi cao, hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ăn mặn, tiền sử gia đình mắc THA, thừa cân béo phì là những yếu tố nguy cơ gây THA thường thấy, đã được chứng minh qua nhiều y văn và nghiên cứu khác nhau. Tỷ lệ THA ở nam cao hơn nữ và có mối liên quan chặt với tuổi nên đồng hành với quá trình già hóa dân số. Vì thế, tỷ lệ mắc THA có xu hướng gia tăng nhanh ở khu vực các nước đang phát triển, khu vực Châu Á.

1.3.3. Tình hình bệnh tăng huyết áp ở một số nước trên thế giới

Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh tim mạch và tử vong sớm trên toàn thế giới. Do việc sử dụng rộng rãi các loại thuốc điều trị THA, HA trung bình toàn cầu không đổi hoặc giảm nhẹ trong bốn thập kỷ qua. Ngược lại, tỷ lệ THA ngày càng tăng, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Ước tính trên toàn thế giới có khoảng 1,56 tỷ người bị THA vào năm 2025 [121]. Tỷ lệ THA ở người trưởng thành ở các nước thu nhập thấp và trung bình (31,5%, 1,04 tỷ người) cao hơn ở các nước thu nhập cao (28,5%, 349 triệu người) [129]. Tuy nhiên mức THA dường như mới là YTNC với các biến chứng nặng nề về tim mạch và đột quỵ não [127].

*** Châu Mỹ:**

Tại Mỹ điều tra giai đoạn 2015 - 2016 cho thấy nhìn chung tỷ lệ THA ở người lớn là 29,0%, ở nam (30,2%) và nữ (27,7%) [108]. Tỷ lệ THA tăng theo tuổi, từ 7,5% ở nhóm tuổi 18-39 lên 33,2% ở nhóm tuổi 40-59 và 63,1% ở những người từ 60 tuổi trở lên. Một mô hình tương tự cũng được tìm thấy ở cả nam và nữ. Nam giới có tỷ lệ THA cao hơn phụ nữ trong độ tuổi 18-39 (9,2% so với 5,6% tương ứng) và 40-59 (37,2% so với 29,4% tương ứng), nhưng nam giới có tỷ lệ THA thấp hơn nữ ở người lớn từ 60 tuổi trở lên (tương ứng là 58,5% so với 66,8%) [108].

Tại Canada, nghiên cứu của Garies S. và cộng sự (2019) ở 594.492 người tham gia nghiên cứu, có 144.348 (24,2%) bị THA (45,6% nam; tuổi trung bình, $65,5 \pm 14,5$ tuổi), nhưng có đến 252.279 người (42,4%) được coi là tiền THA và THA [110].

Lu Y. và cộng sự (2018) so sánh hai cuộc điều tra ở Trung Quốc và Mỹ năm 2011- 2012 ở những người 45- 75 tuổi (Trung Quốc: 12.654 người; Mỹ: 2.607 người) thấy so với Mỹ, Trung Quốc có tỷ lệ THA thấp hơn nhưng HA trung bình và tỷ lệ bệnh nhân THA $\geq 160/100$ mmHg lại cao hơn (10,5% so với 4,5%). Trung Quốc có tỷ lệ người được điều trị THA thấp hơn (46,8% so với 77,9%) và kiểm soát HA mục tiêu thấp hơn (20,3% so với 54,7%). Các tác giả cho rằng THA phổ biến hơn ở Mỹ, nhưng mức HA cao hơn ở Trung Quốc có liên quan đến tỷ lệ đột quỵ cao ở Trung Quốc. Tỷ lệ nhận thức, điều trị và kiểm soát THA là cơ hội để Trung Quốc giảm thiểu nguy cơ đột quỵ trong cộng đồng [127].

Ở Argentina, Díaz A. và cộng sự (2015) phân tích 20 báo cáo với 33.377 người thấy tỷ lệ THA là 32,34% (KTC 95%: 30,0- 34,1). Tỷ lệ THA ở người > 65 tuổi là > 71%. Các YTNC chủ yếu là thói quen ít vận động (54,4%), béo bụng (47%), thừa cân (43,1%), rối loạn lipid máu (34,7%), hút thuốc (27,4%) và ĐTĐ (5,3%) [102].

Tại Brazil, Minelli C. và cộng sự (2016) khảo sát 625 đối tượng ở Matao cho thấy tỷ lệ THA là 68,8%; tỷ lệ THA ở nữ giới (71,9%) cao hơn nam giới (63,2%) ($p < 0,05$) [130].

*** Châu Âu:**

Tại Prato, Italia, Modesti P. A. và cộng sự (2017) so sánh tỷ lệ THA giữa người Trung Quốc trưởng thành nhập cư (1200 người) và người Italia bản xứ (291 người) ở độ tuổi 35-59 thấy người Trung Quốc có tỷ lệ THA cao hơn (27,2% so với 21,3%, $p < 0,01$) [132].

Ở Tây Ban Nha, Zubeldia Lauzurica L. và cộng sự (2016) điều tra cắt ngang 413 nam và 415 nữ, độ tuổi từ 16- 90 ở Valencia, năm 2010 thấy tỷ lệ THA là 38,2% (KTC 95%: 34,9 - 41,5) [170].

* Châu Phi:

Châu Phi là nơi có nhiều nước chậm phát triển, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA cũng tương đối cao [109], [97].

Theo Muhamedhussein M. S. và cộng sự (2016), tỷ lệ THA ở châu Phi dao động từ 29,7% ở Cameroon đến 47% ở Nam Phi [134].

Tại Nigeria, Ezekwesili C.N. và cộng sự (2016) điều tra 912 người ở độ tuổi 17-79 tuổi (476 nữ: 52,16% và 436 nam: 47,81% ở 3 thành phố Awka, Onitsha và Nnewi của bang Anambra thấy tỷ lệ THA và tiền THA là 22,81% và 42,54%. Tỷ lệ THA ở ba thành phố - Onitsha, Awka và Nnewi lần lượt là 32,56%, 19,66% và 16,40%. Tỷ lệ THA ở thành phố Onitsha cao hơn so với các thành phố khác ($p < 0,05$). Tỷ lệ THA không khác biệt theo giới (nam: 22,01% và nữ: 23,5%; $p > 0,05$) [107].

Gebrihet T. A. và cộng sự (2017) điều tra những người trưởng thành trên 18 tuổi tại thị trấn Aksum (Ethiopia) thấy tỷ lệ THA là 16,5% (KTC 95%: 13,4- 20,0). Tỷ lệ người THA có nhận thức, điều trị lần lượt là 43%, 2,1%. Tỷ lệ được kiểm soát THA trong điều trị là 18,2% [112].

Tại Tanzania, Galson S.W. và cộng sự (2017) khảo sát 481 người trưởng thành (trung bình 45 tuổi) ở 346 HGD (123 nam: 25,6% và 358 nữ: 74,4%) thấy tỷ lệ THA là 28,0% (KTC 95%: 19,4- 38,7%) [109].

Ở Cameroon, Nyuyki C. K. và cộng sự (2017) khảo sát 1.337 người Fulani/Peul ≥ 20 tuổi thấy tỷ lệ THA là 31,1% (nam 36,5% và nữ 28,7%). HATT và HATT_r tăng theo độ tuổi. Phụ nữ cao tuổi có tỷ lệ THA cao hơn nam giới. Tuổi cao, ly dị/ ly thân, mù chữ, hút thuốc lá, tiền sử gia đình THA, ĐTĐ, nhẹ cân và thừa cân là những YTNC độc lập của THA. Mất ngủ và có 8-12 con là nguy cơ THA ở nam giới [136].

Tại Angola, Pedro J. M. và cộng sự (2017) điều tra 2.354 người từ 15 đến 64 tuổi thấy tỷ lệ THA là 18,0% [139].

* Châu Á

Tương tự châu Phi, châu Á cũng có tỷ lệ THA tương đối cao [169], [167].

Tại Iran, Esteghamati A. và cộng sự (2016) điều tra 8.218 người trưởng thành (25- 70 tuổi) thấy tỷ lệ THA là 25,6% (KTC 95%: 23,5 - 27,5) và tiền THA là 39,8% (KTC 95%: 37,8 - 41,9) [106].

Ở Nepal, Khanal M.K. và cộng sự (2017) nghiên cứu 1.159 người ≥ 30 tuổi (nữ: 71%; $47 \pm 12,6$ tuổi) thấy tỷ lệ THA là 38,9% (KTC 95%: 36%-41,7%), tỷ lệ hiện mắc điều chỉnh theo tuổi và giới là 40,6% [123].

Karmacharya B.M. và cộng sự (2017) điều tra 1.023 người ≥ 18 tuổi ở thị trấn Dhulikhel thấy 43,6% ($n = 298$) những người THA biết về tình trạng THA của họ. Tuổi càng cao thì tỷ lệ biết về tình trạng THA của mình càng cao ($p < 0,001$) [120].

Ở Ấn Độ, Singh S. và cộng sự (2017) khảo sát 640 người độ tuổi 25-64 tuổi ở vùng đô thị Varanasi thấy tỷ lệ THA là 32,9% (nam 40,9%, nữ: 26,0%); HATT và HATT_r trung bình lần lượt là $124,25 \pm 15,05$ mmHg và $83,45 \pm 9,49$ mmHg [147].

Tripathy J.P. và cộng sự (2017) nghiên cứu 5.127 người ở bang Punjab (Bắc Ấn Độ) thấy tỷ lệ THA là 40,1% (KTC 95%: 38,8-41,5%); nhóm tuổi (45–69 tuổi), giới tính nam, nhóm xã hội, tình trạng hôn nhân, sử dụng rượu, béo phì và ăn nhiều muối (> 5 gram/ ngày) là các YTNC có liên quan đáng kể với THA [151].

Roy A. và cộng sự (2017) phân tích hai cuộc điều tra cắt ngang trong giai đoạn 1991-1994 (3.048 người ở thành thị và 2.487 người ở nông thôn) và giai đoạn 2010-2012 (2.052 người ở thành thị và 1.917 người ở nông thôn) thấy ở khu vực thành thị và nông thôn, tỷ lệ THA chuẩn theo tuổi và giới tính tăng từ 23,0% lên 42,2% ($p < 0,001$) và 11,2% đến 28,9% ($p < 0,001$) [144].

Ở Lebanon, Mouhtadi B.B. và cộng sự (2018) nghiên cứu 1.362 người trưởng thành thấy 399 người (29,3%) THA. Các YTNC liên quan đến THA là giới tính, tuổi, tiền sử gia đình bị THA, béo phì và trình độ học vấn thấp [133].

Tại Pakistan, Shafi S. T. và cộng sự (2017) khảo sát 13.722 người ở vùng nông thôn Punjab, trong giai đoạn từ năm 2008 đến 2015 thấy tỷ lệ THA thô là 35,1% và tỷ lệ THA chuẩn theo tuổi là 34,4%. Trong số những bệnh nhân THA, 62,3% đã nhận

thức được tình trạng THA; 75,3% đã được điều trị THA; HA được kiểm soát 22,3%. Trong số những người điều trị THA, tỷ lệ BN được kiểm soát HA là 32,3%. Các tác giả cho rằng 1/3 số người ở vùng nông thôn Punjab bị THA, nhưng tỷ lệ BN được kiểm soát HA thấp [145].

Tại Trung Quốc, Yongqing Z. và cộng sự (2016) điều tra 9.600 người trưởng thành từ 18- 69 tuổi ở Giang Tô thấy tỷ lệ THA là 33,0% (KTC 95%: 29,4-36,7%) [168]. Li G. và cộng sự (2016) điều tra 3.251 người trong độ tuổi 20-80 (2.326 người Hán và 925 người Mông Cổ) ở khu vực Nội Mông năm 2014 thấy tỷ lệ THA là 27,4% đối với người Hán; 31,4% đối với người Mông Cổ [126].

Nghiên cứu của Yang L. và cộng sự (2016) điều tra 19.254 người trên 15 tuổi ở 5 thành phố và 5 huyện nông thôn ở miền Nam Trung Quốc vào năm 2013 thấy tỷ lệ THA và tiền THA là 24,59% và 32,11%; Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, khu vực sống, trình độ học vấn, chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo, chỉ số mỡ nội tạng, tỷ lệ mỡ cơ thể cao và tiền sử THA trong gia đình có tương quan với tỷ lệ THA [167].

Nghiên cứu của Shen Y. và cộng sự (2017) điều tra cắt ngang 4.198 người trong độ tuổi từ 20-59 tuổi ở vùng cao nguyên Thanh Hải - Tây Tạng (năm 2013) thấy tỷ lệ hiện mắc THA và tiền THA là 28,1% và 41,5%; tỷ lệ mắc THA và tiền THA chuẩn theo tuổi là 26,7% và 41,3% [146]. Hu L. và cộng sự (2017) nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 15.296 người (≥ 15 tuổi) tại tỉnh Giang Tây năm 2013 thấy tỷ lệ tiền THA và THA là 32,3% (39,2% ở nam; 27,6% ở nữ) và 29,0% (30,1% ở nam; 28,2% ở nữ). Tỷ lệ nhận thức, điều trị và kiểm soát ở tất cả những người THA lần lượt là 64,8%, 27,1% và 12,6% [115].

Nghiên cứu của Zhang F.L. và cộng sự (2017) điều tra 4.052 người ≥ 40 tuổi ở vùng Đông Bắc Trung Quốc thấy tỷ lệ THA là 57,3%; trong số đó, 47,4% nhận thức được tình trạng THA của mình; 78,8% dùng thuốc hạ HA, nhưng chỉ 10,2% kiểm soát được HA. Những người thừa cân/ béo phì, rối loạn lipid máu hoặc ĐTĐ có nguy cơ cao bị THA [169].

Huang G. và cộng sự (2017) tiến hành hai cuộc điều tra cắt ngang ở các đối tượng từ 40-79 tuổi vào năm 2000 ($n = 4.850$) và 2010 ($n = 5.456$) tại Thành Đô, Trung Quốc thấy tỷ lệ người THA tăng từ 27,7% lên 29,4% ($p < 0,001$) [116].

Tại Iran, Mirzaei M. và cộng sự (2020) khảo sát 10.000 người trưởng thành, tỷ lệ THA là 37,3% và tỷ lệ tiền THA là 46,4% [131].

* Đông Nam Á

Tại Đông Nam Á, tỷ lệ THA cũng đang tăng cao [117], [135].

Ở Malaysia, Abdul-Razak S. và cộng sự (2016) nghiên cứu đoàn hệ trên 11.288 người Malaysia ≥ 30 tuổi trong giai đoạn 2007 - 2011 tại 18 cộng đồng đô thị và 22 cộng đồng nông thôn thấy tỷ lệ THA điều chỉnh theo tuổi là 42,0% (KTC 95%: 40,9%- 43,2%) [93].

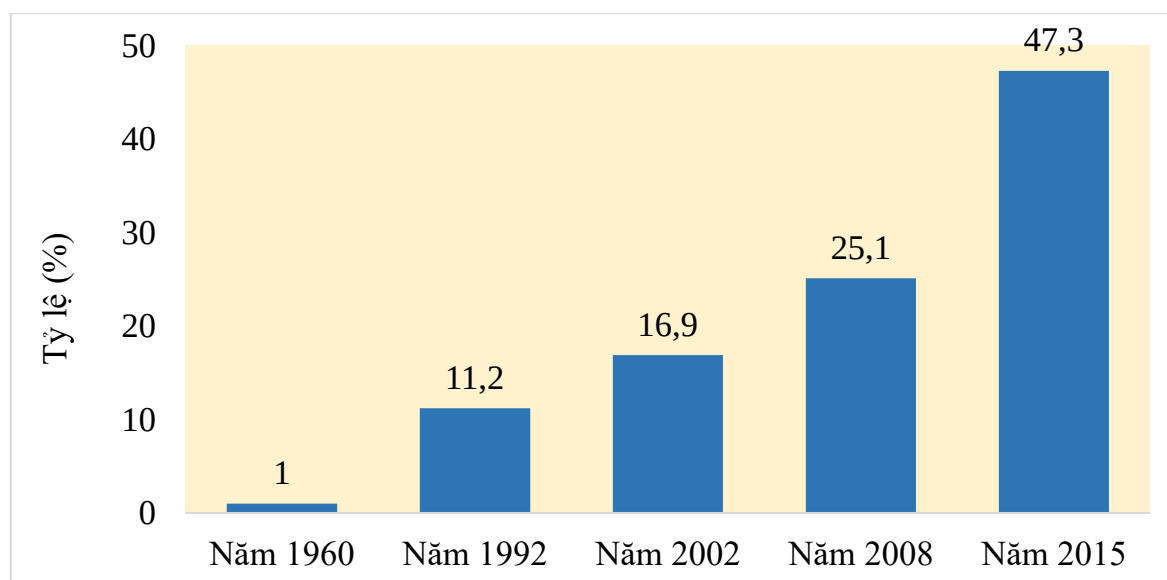
Tại Myanmar (2017) điều tra tỷ lệ THA tại Yangon năm 2004 (4.448 người) và 2014 (1.486 người) thấy tỷ lệ THA chuẩn theo tuổi tăng từ 26,7% (KTC 95%: 24,4%- 29,1%) lên 34,6% (KTC 95%: 32,2%-37,1%); HATT trung bình chuẩn theo tuổi tăng từ $122,8 \pm 0,82$ mmHg năm 2004 lên $128,1 \pm 0,53$ mmHg năm 2014, trong khi HATT tăng từ $76,2 \pm 0,35$ mmHg lên $80,9 \pm 0,53$ mmHg. Trong các phân tích đa biến, THA có liên quan đáng kể với tuổi, uống rượu, thừa cân và ĐTĐ trong cả năm 2004 và 2014 [114].

Ở Indonesia, Hussain M.A. và cộng sự (2016) điều tra 9.755 người ≥ 40 tuổi thấy tỷ lệ THA chuẩn theo tuổi là 47,8% (KTC 95%: 46,8%- 48,9%) [117].

Irazola V.E. và cộng sự (2016) phân tích dữ liệu từ 7 nghiên cứu cắt ngang tại 9 nước có thu nhập thấp và trung bình ở Châu Phi, Châu Á và Nam Mỹ từ năm 2008 đến năm 2013, tỷ lệ THA chuẩn theo tuổi và giới tính ở nam và nữ từ 35 đến 74 tuổi là 49,9% (KTC 95%: 42,3 - 57,4%) ở Kenya; 54,9% (KTC 95%: 51,3 - 58,4%) ở Nam Phi; 52,5% (KTC 95%: 50,1 - 54,8%) ở Trung Quốc; 32,5% (KTC 95%: 31,7% - 33,3%) ở Ấn Độ; 42,3% (KTC 95%: 40,4 - 44,2%) ở Pakistan; 45,4% (KTC 95%: 43,6% - 47,2%) ở Argentina, 39,9% (KTC 95%: 37,8 - 42,1%) ở Chile; 19,2% (KTC 95%: 17,8 - 20,5%) ở Peru và 44,1% (KTC 95%: 41,6% - 46,6%) ở Uruguay [118].

1.3.4. Tình hình bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam

Các nghiên cứu gần đây về THA ở Việt Nam đều chỉ ra rằng tỷ lệ THA là cao và có xu hướng tăng lên theo từng năm [18], [34].



Biểu đồ 1.4. Xu hướng tăng huyết áp tại Việt Nam, giai đoạn 1960 – 2015

Nguồn: Bộ Y tế (2020) [14]

Nghiên cứu của Son P.T. và cộng sự (2012) tiến hành ở 8 tỉnh thành phố đại diện cho 3 vùng miền (Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Thái Bình, Đồng Tháp, Nghệ An, Khánh Hòa, Thái Nguyên, Đắk Lắk), chọn mẫu phân tầng được 9.832 người tuổi từ 25 tuổi trở lên. Kết quả cho thấy tỷ lệ THA chung là 25,1%, 28,3% ở nam và 23,1% ở nữ [148]. Theo báo cáo của Viện Tim Mạch Quốc Gia Việt Nam (2016), điều tra dịch tễ trên 5.454 người trưởng thành (từ 25 tuổi trở lên) tại 8 tỉnh thành phố tại Việt Nam năm 2015, tỷ lệ tăng huyết áp chung là 47,3%, chiếm đến 60% ở người trên 60 tuổi và trên 80% ở người trên 80 tuổi. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam giới cao hơn nữ giới và tăng dần theo tuổi [14].

1.3.4.1. Miền Bắc

Hà Nội: Nghiên cứu của Trần Thuý Liễu và cộng sự (2010) về thực trạng THA ở từ 60 tuổi trở lên tại xã Thanh Xuân, huyện Sóc Sơn, Hà Nội thấy tỷ lệ THA là 49,8% [52].

Trần Thanh Tú và cộng sự (2011) điều tra tỷ lệ THA ở NCT tại thị trấn Trâu Quỳ, huyện Gia Lâm, Hà Nội, có 23,2% NCT ở tình trạng tiền THA, 19,3% bị THA độ I và có 5,8% bị THA ở mức độ II [69].

Hưng Yên: Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế cho thấy tỷ lệ THA ở NCT tại thị xã Hưng Yên là 28,2% [43].

Thái Bình: Vũ Phong Túc và cộng sự (2012) đánh giá thực trạng THA ở người 40- 60 tuổi tại 5 xã thuộc huyện Kiến Xương, tỉnh Thái bình thấy tỷ lệ THA là 24,2% [74].

Thanh Hóa: Đỗ Minh Tuấn và cộng sự (2013) nghiên cứu thực trạng bệnh THA ở độ tuổi lao động tại huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hóa thấy tỷ lệ THA chung 24,2% [72].

Đỗ Thái Hòa (2015) đánh giá thực trạng THA ở nhóm tuổi 40 - 59 tại Đông Sơn, Thanh Hóa năm 2013 thấy tỷ lệ đối tượng có tiền sử THA là 11,3%, tỷ lệ tiền THA là 47,3%, THA giai đoạn 1 là 14,2%, tỷ lệ THA giai đoạn 2 là 5,5% [32].

Thái Nguyên: Chu Hồng Thắng (2008) điều tra những người từ 25 - 64 tuổi tại xã Hoá Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên, tỷ lệ THA của những người từ 25 - 64 tuổi là 17,7% [80].

1.3.4.2. Miền Trung

Thừa Thiên- Huế: Hoàng Đức Thuận Anh và cộng sự (2013) nghiên cứu tình hình THA của NCT tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế thấy tỷ lệ NCT THA là 35,6% [1]. Đoàn Phước Thuộc và cộng sự (2019), khảo sát 1.600 người dân có độ tuổi từ 25-84 thuộc 4 vùng sinh thái của tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ THA chung là 44,1% (THA cũ 29,4%, THA mới phát hiện 14,7%) [85].

Quảng Bình: Lê Thị Hương (2014) điều tra thực trạng, kiến thức và thực hành của 800 người trưởng thành tại huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013 thấy tỷ lệ THA chung của người trưởng thành là 16,8% [42].

Khánh Hòa: Nghiên cứu của Trương Tấn Minh (2010) cho thấy tỷ lệ THA ở NCT Khánh Hòa là 48,1% (KTC 95%: 46,0% - 50,2%) [55].

Ninh Thuận: Trần Văn Hương và cộng sự (2014) điều tra 872 người 25-64 tuổi tại huyện Ninh Hải năm 2012 thấy 15% dân số là THA [41].

Lâm Đồng: Lê Quang Đạo và cộng sự (2011) nghiên cứu tỷ lệ THA ở người 25-64 tuổi tại Lâm Đồng thấy tỷ lệ hiện mắc THA là 16% [21].

1.3.4.3. Miền Nam

Thành phố Hồ Chí Minh: Võ Thị Xuân Hạnh (2017) nghiên cứu 1.153 người trên 18 tuổi (trong đó có 61,0% nữ và 65,9% người ≥ 40 tuổi) ở quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy tỷ lệ người ≥ 18 tuổi bị THA qua đo tại nhà và/hoặc hỏi tiền sử bệnh là 33,8% [26].

Cần Thơ: Nguyễn Thái Hoàng và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 948 NCT tại thành phố Cần Thơ thấy tỷ lệ THA là 49,9% [34].

Đồng Nai: Nghiên cứu của Trần Ngọc Quang và cộng sự (2014) ở người từ 40 tuổi trở lên tại xã Quang trung, huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng nai năm 2012 cho thấy tỷ lệ THA là 34,3% [61].

1.3.5. Tình hình tăng huyết áp ở dân tộc thiểu số

Bảng 1.7. Tỷ lệ tăng huyết áp ở cộng đồng đồng bào các dân tộc

Tác giả	Năm	Địa điểm	Dân tộc	Tuổi	%
Lê Quang Minh [54]	2009	Bắc Kạn	Tày	30 - 64	15,0
Văn Hữu Tài [63]	2009	Đắk Lắk	M'Nông	≥ 18	17,5
Y Bieu Mlo [56]	2014	Buôn Hồ	Ê đê	≥ 25	26,7
Trần Minh Hậu [28]	2014	Nghệ An	Thái	≥ 18	19,2
Nguyễn Thanh Bình [4]	2015	Trà Vinh	Khmer	25 - 64	33,5
Hà Thị Phương Châu [17]	2017	Bến Tre	Kinh, Hoa	≥ 18	30,0
Rmah Duyn [19]	2018	Gia Lai	Jrai	18 - 69	20,8

Qua một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở cộng đồng đồng bào các dân tộc tăng cao dần trong những năm gần đây [4], [28], [50], [56], [60], [63], [81].

Văn Hữu Tài (2009) nghiên cứu 400 người M'nông từ 18 tuổi trở lên tại xã Yang Tao, Đắk Lắk thấy tỷ lệ THA là 17,5% (KTC 95%: 13,8 - 21,2%); trong đó tỷ

lệ các độ THA độ 1: 13,0%, độ 2: 3,2% và đang dùng thuốc hạ HA: 1,3%. Tỷ lệ hiện mắc THA điều chỉnh theo tuổi là 16,6% [63].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Phát (2012) ở NCT DTTS (chủ yếu là Mông, Dao, Tày, Nùng) ở xã Du Tiến, huyện Yên Minh, tỉnh Hà Giang năm 2011 cho thấy tỷ lệ THA khá cao (40%), phân bố THA theo tuổi: nhóm tuổi cao nhất thì tỷ lệ bệnh cao nhất (57,1%); Nhóm tuổi thấp nhất thì tỷ lệ THA cũng thấp nhất (33,3%); Nhóm nam có tỷ lệ bệnh THA cao hơn nhóm nữ (tương ứng là 62,5% và 25%) [60].

Y Biều Mlô (2014) nghiên cứu trên 484 người dân tộc Êđê từ 25 tuổi trở lên sống tại thị xã Buôn Hồ, tỉnh Đắk Lắk năm 2014 thấy tỷ lệ THA là 26,7% (THA giai đoạn 1: 16,6%; THA giai đoạn 2: 10,1%) và tiền THA: 56,4%). Có 4 yếu tố liên quan độc lập với THA là giới: tỷ lệ THA ở nam giới (34,6%) cao hơn so với nữ giới (20,1%), với $OR = 2,1$, $p < 0,01$; tuổi: tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi, nhóm >65 tuổi THA cao nhất (49,4%), nhóm 25 - 34 tuổi tỷ lệ THA (5,9%), với $p < 0,001$; tiền sử gia đình: người có tiền sử gia đình THA (38,9%) cao hơn so với những người không có tiền sử gia đình THA (23,1%), với $OR = 2,1$, $p < 0,05$; thói quen sinh hoạt: những người có thói quen uống rượu/ bia có tỷ lệ THA (35,6%) cao hơn so với những người không có thói quen uống rượu bia, với $OR = 2,65$, $p < 0,05$. Các yếu tố chưa thấy có liên quan với THA là kinh tế gia đình, tình trạng hôn nhân, thói quen ăn nhiều chất béo động vật, thói quen ăn cà sống giã với muối, thói quen ăn vặc (vách), thói quen cụng Giàng cầu sức khỏe, thói quen ăn mặn hơn người khác, thói quen hút thuốc, tập thể dục thường xuyên và hoạt động thể lực nặng [56].

Trần Minh Hậu và cộng sự (2014) điều tra 1.577 người dân tộc Thái trưởng thành tại bốn xã của huyện Quế Phong, Nghệ An thấy tỷ lệ THA là 19,2% [28].

Trần Thị Lành và cộng sự (2016) nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 434 nam và 532 nữ dân tộc Thái, nhóm tuổi 35 - 64 tại huyện Tuần Giáo, Điện Biên thấy 38,2% THA; tuổi càng cao tỷ lệ THA càng nhiều, nam có tỷ lệ THA cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [50].

Chu Hồng Thắng (2017) nghiên cứu ở người Nùng trưởng thành (25 - 64 tuổi) tại tỉnh Thái Nguyên thấy tỷ lệ THA là 18,7%, trong đó THA độ I là 70,%; độ II là 23,4%; độ III là 6,6% [81].

Nguyễn Thanh Bình (2017) nghiên cứu 1.200 đồng bào dân tộc Khmer tại Trà Vinh thấy tỷ lệ THA ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25-64 tuổi 33,5%, trong đó ở nam 37,3%; nữ 29,7%. Tỷ lệ bệnh THA phát hiện mới là 12,5%. Tỷ lệ có kiến thức chung đúng 14,3%. Tỷ lệ có kiến thức đúng về nhận biết bệnh 55,6%; về hậu quả bệnh là 27,9%; về YTNC 24,4%; về điều trị bệnh 36,1%; về phòng bệnh 23,9%. Tỷ lệ nhận được thông tin về bệnh THA 48,8%. Tỷ lệ thực hành chung đúng là 54,7%. Tỷ lệ thực hành phòng chống bệnh THA 54,7%. Tỷ lệ không ăn mặn thấp 10,6%, tỷ lệ ăn đủ lượng rau quả 5,0%, tỷ lệ ít ăn mỡ 83,6%; không lạm dụng rượu bia 85,2%, không hút thuốc lá 68%, hoạt động thể lực 79,3%. Phân tích hồi quy đa biến thấy yếu tố có liên quan đến THA ở đồng bào dân tộc Khmer gồm giới, tuổi, chế độ ăn mỡ, ăn ít rau quả, ăn mặn, lạm dụng rượu bia và béo phì ($p < 0,05$). Nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham, đồng bào dân tộc Khmer nguy cơ thấp 79,7%; nguy cơ trung bình là 16,3%, nguy cơ cao 4,0% [4].

Nhìn chung, THA có xu hướng gia tăng ở hầu hết các quốc gia trên phạm vi toàn thế giới, là một BKLN phổ biến nhất trong cộng đồng với tỷ lệ mắc ở người lớn khoảng 25% - 35%. Việt Nam là nước đang phát triển với 54 dân tộc cùng sinh sống. Hiện nay chưa có công trình nghiên cứu đi sâu tìm hiểu về dịch tễ bệnh THA ở tất cả cộng đồng các dân tộc thiểu số. Các nghiên cứu đã được công bố hiện nay trên đối tượng đồng bào dân tộc thiểu số thường chỉ tập trung tại một số vùng ở Việt Nam như ở miền núi phía Bắc và vùng Tây Nguyên. Vì vậy, các công trình nghiên cứu trên cộng đồng dân tộc thiểu số cần được phân bố một cách hợp lý, tạo điều kiện để đề xuất các chính sách công bằng về tiếp cận dịch vụ y tế cho mọi công dân, đặc biệt là vấn đề dịch tễ học của bệnh mạn tính như THA.

1.4. NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA ĐỒNG BÀO CÁC DÂN TỘC

1.4.1. Một số khái niệm về nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh

Sức khỏe: Theo WHO: Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không chỉ là tình trạng không có bệnh tật hoặc ốm yếu.

CSSK ban đầu là những CSSK thiết yếu, dựa trên những phương pháp và kỹ thuật thực hành, đưa đến tận cá nhân và từng gia đình trong cộng đồng, được mọi người chấp nhận thông qua sự tham gia đầy đủ của họ, với giá thành mà họ có thể chấp nhận được nhằm đạt được mức sức khỏe cao nhất có thể. CSSK ban đầu nhấn mạnh đến những vấn đề sức khỏe chủ yếu trong cộng đồng, đến tăng cường sức khỏe, phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi sức khỏe.

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe

Trên thế giới người ta coi sức khỏe và CSSK là quyền của mỗi người cần được hưởng, giống như quyền sống của mỗi người, mỗi dân tộc. Điều này thể hiện ở nhiều văn bản quốc tế, trong đó có Tuyên ngôn về quyền con người, Công ước quốc tế về quyền kinh tế, xã hội và văn hóa, thiết chế của WHO. Theo đó, Nhà nước phải có trách nhiệm chính trị đối với công tác CSSK cho mọi công dân của mình, không phân biệt nam nữ, giàu nghèo, dân tộc, lứa tuổi, vùng miền trên đất nước. Nền tảng của trách nhiệm đó là chủ nghĩa nhân đạo, triết lý công bằng xã hội. Tuy nhiên, bất cứ quốc gia nào trên thế giới, mọi ước muốn và nhu cầu về CSSK không thể thỏa mãn cho mọi người bởi nhu cầu ngày càng tăng mà nguồn lực thì có hạn. Mỗi quốc gia phải có chính sách thích hợp để khai thác, phân bổ nguồn lực và dịch vụ theo mục tiêu công bằng và hiệu quả, nghĩa là người nghèo, người thiệt thòi trong xã hội cũng được CSSK ở mức độ cơ bản, thiết yếu.

Để nâng cao tính công bằng trong công tác CSSK, trong những năm gần đây, Việt Nam đã có nhiều chính sách quan tâm đến CSSK người nghèo, nhân dân miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào các DTTS. Ngày 19/3/2001, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg phê duyệt “Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001- 2010” trong đó xác định rõ Nhà nước giữ vai

trò chủ đạo trong đầu tư cho y tế, từng bước phấn đấu tăng mức chi thường xuyên cho y tế trong tổng chi ngân sách nhà nước, ưu tiên đầu tư cho vùng nghèo, vùng núi, vùng sâu, vùng xa về các hoạt động y tế dự phòng, y học cổ truyền, các hoạt động CSSKBD tại y tế cơ sở, KCB cho người nghèo và các đối tượng chính sách, bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ em.

Nhu cầu CSSK của cộng đồng được thể hiện qua các số đo mắc bệnh, số đo tử vong và cũng có thể qua các số đo về YTNC như ô nhiễm môi trường, lối sống không hợp vệ sinh, thiếu dinh dưỡng, stress và các gánh nặng tâm lý xã hội, thiếu an toàn trong cộng đồng. Riêng đối với nhu cầu KCB của người dân thường được đo lường bằng các phép đo gánh nặng bệnh tật, như tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong. Các số liệu về tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, 10 bệnh thường mắc, 10 nguyên nhân gây chết hay gặp có thể tìm thấy từ hệ thống thông kê báo cáo định kỳ. Tuy nhiên số liệu trong báo cáo y tế định kỳ hàng năm chỉ phản ánh một phần nhu cầu của cộng đồng.

Hoạt động khám chữa bệnh (KCB) là một quá trình bao gồm:

- Nhận biết bệnh tật của cơ thể dựa trên nhận thức của bản thân về sức khỏe, bệnh tật.
- Xuất hiện nhu cầu đối phó với bệnh tật.
- Thực hiện hành động phản ứng với trạng thái bệnh của cơ thể: người bệnh tìm cách thoát khỏi trạng thái bệnh của cơ thể trong ba khu vực y tế phổ thông, dân gian hay chuyên môn.

1.4.2. Nhu cầu sử dụng dịch khám chữa bệnh ở đồng bào các dân tộc

1.4.2.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở đồng bào các dân tộc

Nghiên cứu của Phạm Hồng Hải (2011) về hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK của người dân tộc Dao cũng thấy tỷ lệ người Dao tự cúng bái ở nhà để chữa bệnh mà không đến CSYT là 7%, tự sinh con tại nhà là 20%, các trạm y tế (TYT) xã thiếu thuốc, thiếu các trang thiết bị nên người Dao không đi khám bệnh [23].

Nghiên cứu thực trạng bệnh tật của người Mông ở hai huyện Mù Cang Chải, Trạm Tấu tỉnh Yên Bái, Lương Văn Hom và cộng sự (2010) thấy tỷ lệ bệnh tật trong 2 tuần qua ở các HGD người Mông khá cao (28,8%); về cơ cấu bệnh tật hàng đầu là

các bệnh hô hấp (63,5%), tiếp theo là các bệnh tiêu hoá, đau xương khớp. Về sử dụng các dịch vụ y tế: đứng hàng đầu là BN đến khám và điều trị tại TYT xã (73%), tiếp là đến CSYT khác (7,8%), điều trị bằng thuốc nam (7,%) và tự mua thuốc về điều trị (6,1%). Tỷ lệ người ốm cúng bái là 3,5%. Tỷ lệ người ốm hài lòng với TYT xã khá cao (95,2%). Lý do không đưa người ốm đến TYT xã hàng đầu là bệnh nhẹ (41,9%), đến CSYT khác (29%), trạm quá xa nhà (22,6%), mất thời gian chờ đợi (16,1%) [35].

Các nghiên cứu về sử dụng dịch vụ y tế của người DTTS ở vùng núi phía Bắc và Tây Nguyên cho thấy tỷ lệ người dân miền núi ốm mà không được chữa bệnh nhiều gấp 4 lần người dân miền xuôi. Người dân miền núi tự mua thuốc về chữa mà không cần khám bệnh nhiều gấp 2 lần so với người dân miền xuôi. Người dân miền núi sử dụng dịch vụ tại TYT xã chỉ bằng 1/4 so với người dân miền xuôi và ít đến y tế tư nhân (bằng gần 1/2 so với người dân miền xuôi), nhưng lại đến BV huyện nhiều gấp ba lần so với người dân miền xuôi. Ngoài sử dụng dịch vụ KCB tại CSYT, hình thức CSSK được sử dụng nhiều tiếp theo đó là tự mua thuốc về điều trị. Tuy nhiên, hình thức này thường phổ biến ở các cộng đồng DTTS có trình độ dân trí tương đối khá như người Tày, Nùng, Thái, Mường ở phía Bắc hay Ê-đê, Mnông ở Tây Nguyên. Nhiều đồng bào dân tộc bị ốm cũng có thói quen nhờ người nhà đi mua thuốc (ở hiệu thuốc) hoặc đi lấy thuốc hộ (ở TYT xã).

Nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết và cộng sự (2012) về thực trạng tiếp cận dịch vụ CSSK của NCT tại xã Lâu Thượng, huyện Võ Nhai, tỉnh Thái Nguyên cho thấy: Tiếp cận dịch vụ CSSK của NCT: chọn phương pháp tự điều trị (30,6%) khi mắc bệnh thông thường, chọn TYT xã (31,2%) khi mắc bệnh cấp tính và chọn BV tỉnh (32,7%) khi mắc BMT. Tỷ lệ NCT các dân tộc tự điều trị khi mắc bệnh (55,5%), người Kinh là (37,7%) [75].

Nghiên cứu của Trần Đăng Khoa năm 2013 về thực trạng và kết quả một số giải pháp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ KCB y tế công lập tại huyện miền núi nghèo Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa, là nơi có 5 dân tộc sinh sống là Mường, Tày, Thái, Thổ, Kinh đã chỉ ra rằng có đến 16,7% người bệnh không đi KCB, trong các lý do

không đi KCB thì không có thẻ BHYT chiếm 45,2%. Tỷ lệ người dân có thẻ BHYT là 67%, không có thẻ BHYT là 33% và người cận nghèo chưa có thẻ [46].

1.4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở đồng bào các dân tộc

Hầu hết các hệ thống y tế thường mang lại lợi ích cho những người có ưu thế trong xã hội hơn những người có hoàn cảnh khó khăn. Như vậy, các thách thức liên quan đến việc tiếp cận công bằng các dịch vụ CSSK có tính chất hai mặt: thách thức từ phía cung cấp dịch vụ (hệ thống y tế) và thách thức từ phía có nhu cầu nhận dịch vụ. Hai mặt của thách thức tác động qua lại với nhau: nếu hệ thống y tế không cung cấp đủ phương tiện, cơ sở hạ tầng, thuốc, nguồn nhân lực và các dịch vụ y tế phù hợp với văn hóa địa phương thì có thể người dân không sử dụng dịch vụ đó. Đồng thời với việc người dân ít có nhu cầu với các dịch vụ chất lượng cao có thể dẫn tới những khó khăn trong quá trình huy động nguồn lực cũng như các cam kết để cải thiện những hạn chế của hệ thống y tế. Do đó chúng ta cần nghiên cứu và tìm hiểu thêm những rào cản cụ thể trong việc sử dụng các dịch vụ CSSK cho đồng bào DTTS để đảm bảo tiếp cận công bằng cho tất cả mọi người.

Nghiên cứu thực trạng bệnh tật của người Mông ở hai huyện Mù Cang Chải, Trạm Tấu tỉnh Yên Bái, Lương Văn Hom và cộng sự (2010) thấy tỷ lệ SDD của trẻ em <5 tuổi người Mông liên quan với nghèo đói, qui mô gia đình, chế độ ăn uống, với bệnh tiêu chảy, bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và việc thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng; bệnh tật liên quan chặt chẽ với thu nhập của các gia đình, tình trạng đói nghèo, nhà ở và các phương tiện truyền thông của các gia đình. Yếu tố quản lý phân người, chuồng gia súc của các gia đình cũng ảnh hưởng đến bệnh tật [35].

Nghiên cứu của Phạm Hồng Hải (2011) về một số yếu tố liên quan đến dịch vụ y tế cho phụ nữ người Dao đã chỉ ra: nhu cầu CSSK của người Dao là rất lớn, tỷ lệ ốm 30,1%, trong đó nhu cầu CSSK của phụ nữ 23,23% chỉ sau nhu cầu CSSK trẻ em (38,38%). Phụ nữ Dao bị bệnh phụ khoa (17,41%) cao hơn phụ nữ dân tộc khác (10,17%) [23].

Nghiên cứu của Đàm Thị Tuyết và cộng sự (2013) về thực trạng tiếp cận dịch vụ CSSK của NCT tại xã Lâu Thượng, huyện Võ Nhai, tỉnh Thái Nguyên cho thấy NCT các dân tộc có khuynh hướng chọn CSYT tư nhân làm nơi điều trị, trong khi đó NCT người Kinh ưu tiên chọn CSYT Nhà nước ($p < 0,05$). Người các dân tộc thường sinh sống ở những nơi vùng sâu, vùng xa, địa bàn rộng trong khi y tế tư nhân tiếp cận đến mọi nơi và phục vụ mọi lúc. Tỷ lệ người có thể BHYT lựa chọn CSYT nhà nước để KCB cao hơn người không có thể BHYT [75].

Trần Đăng Khoa (2013) nghiên cứu thực trạng và kết quả một số giải pháp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ KCB y tế công lập tại huyện Như Xuân (Thanh Hóa) có mạng lưới y tế khó khăn, thiếu thốn nhất trong các huyện cả về trang thiết bị y tế, nhân lực y tế và cơ sở hạ tầng, có 5 dân tộc sinh sống là Mường, Tày, Thái, Thổ, Kinh thấy kinh tế HGD và BHYT là những yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ KCB của người dân. Các nhóm kinh tế giàu hơn sử dụng dịch vụ KCB nhiều hơn nhóm thu nhập thấp, nhóm người bệnh có thể BHYT sử dụng các dịch vụ KCB nhiều hơn so với nhóm không có thể BHYT [47].

Ngoài ra, một số nghiên cứu nhận định rằng: có nhiều yếu tố tác động đến mức độ sử dụng dịch vụ KCB tuyến xã của người dân, trong đó tập trung chủ yếu vào hai nhóm chính bao gồm:

- Các yếu tố về văn hóa xã hội (giáo dục, tôn giáo, tập tục, biến động giới, truyền thông, mạng lưới cộng đồng);
- Các yếu tố liên quan đến dịch vụ (khoảng cách/giao thông đi lại, bất đồng ngôn ngữ, thái độ kỳ thị của nhân viên y tế, thiếu trang thiết bị và thuốc men, các vấn đề về chẩn đoán và kê đơn, chi phí gián tiếp).

1.5. MỘT SỐ MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Hiện nay có nhiều mô hình quản lý BN THA như dựa vào cộng đồng, quản lý tại TYT, phòng khám đa khoa hay tại BV [2], [31].

1.5.1. Mô hình quản lý bệnh nhân THA dựa vào cộng đồng

Theo mô hình này, người THA được truyền thông giáo dục sức khỏe, tư vấn điều trị và phòng chống THA tại cộng đồng [43], [53].

Nguyễn Kim Ké và cộng sự (2013) xây dựng mô hình kiểm soát THA dựa vào cộng đồng, đặc biệt là hội NCT. Sau 2 năm can thiệp đã huy động các tổ chức quần chúng ở cộng đồng cùng tham gia, trong đó vai trò quan trọng nhất là Hội NCT của xã phường thấy mức độ THA ở NCT được can thiệp đã có sự dịch chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ hơn, 38% NCT đã duy trì HA ở mức ổn định, THA giai đoạn I giảm từ 58,7% xuống còn 26,0%, hiệu quả can thiệp đạt 50,2%, THA giai đoạn II giảm từ 32,7% xuống còn 30,7%, hiệu quả can thiệp đạt 13,9% ($p < 0,05$) [43].

Trần Văn Long (2015) 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” tại Nam Định. Hoạt động can thiệp gồm: can thiệp nhóm lớn (cả cộng đồng với hình thức truyền thông giáo dục sức khỏe) và can thiệp trực tiếp (tư vấn) tại nhà thông qua nhóm sinh viên Điều dưỡng. Kết quả có sự cải thiện kiến thức của NCT xã Tam Thanh về các biện pháp phòng, chống bệnh tăng huyết áp [53].

Trần Thị Mỹ Hạnh (2017) can thiệp nâng cao thực hành theo dõi HA và tuân thủ điều trị cho 151 người THA trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải (Thái Bình) với các giải pháp: (1) Thay đổi quan niệm về dùng thuốc hạ áp (bác sỹ BV huyện tham gia các đợt tư vấn điều trị tại cộng đồng; (2) Khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình theo dõi và quản lý bệnh tật của bản thân (hỗ trợ tự theo dõi HA, tập huấn cách đo HA bằng máy đo thông thường (3) Khắc phục tình trạng quên thuốc, bỏ thuốc (BN tổ chức nhắc nhau theo nhóm nhỏ). Mô hình can thiệp đã giúp làm tăng thêm 26,4% người bệnh biết cần theo dõi HA thường xuyên [25].

Nguyễn Thanh Bình (2017) can thiệp phòng chống THA cho đồng bào dân tộc Khmer từ 25- 64 tuổi tại cộng đồng ở xã An Quảng Hữu (Trà Vinh) với 05 hoạt động:

(1) Tổ chức ban hành văn bản thành lập ban chỉ đạo phòng chống bệnh THA; (2) Tổ chức xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện, quản lý hoạt động phòng ngừa và quản lý bệnh THA; (3) Tổ chức quản lý, điều trị tại TYT; (4) Tổ chức tư vấn người bệnh và vãng gia; (5) Truyền thông giáo dục sức khỏe gián tiếp qua đài phát thanh bằng tiếng Khmer, đặt pano, áp phích bằng hai thứ tiếng. Kết quả cho thấy có sự cải thiện về kiến thức, thực hành phòng, chống bệnh tăng huyết áp và quản lý, điều trị bệnh nhân tăng huyết áp [5].

1.5.2. Mô hình quản lý bệnh nhân THA theo nguyên lý học gia đình

Theo mô hình này, BN THA được quản lý theo 6 nguyên lý cơ bản của y học gia đình: (1) CSSK liên tục; (2) CSSK toàn diện; (3) Phối hợp trong CSSK; (4) Quan tâm đến dự phòng trong CSSK; (5). CSSK hướng gia đình và (6) CSSK hướng cộng đồng [2].

Võ Thị Kim Anh (2017) đánh giá hiệu quả quản lý BN THA theo nguyên lý y học gia đình tại phòng khám đa khoa tư nhân Nam Anh (Bình Dương) với 5 hoạt động sau: (1) Xây dựng, tổ chức quản lý hoạt động phòng khám bác sĩ gia đình; (2) Quản lý người bệnh THA. (3) Tư vấn và truyền thông giáo dục sức khỏe. (4) Theo dõi, xét nghiệm, phát hiện bệnh sớm. (5) Sơ cấp cứu và chuyển viện tại nhà. Sau 2 năm can thiệp thấy tỷ lệ người bệnh THA đạt HA mục tiêu tăng từ 2,4% lên 54,7% ($p < 0,05$) [2].

1.5.3. Mô hình quản lý bệnh nhân THA tại y tế cơ sở

Theo mô hình này, các BN THA được truyền thông giáo dục sức khỏe, tư vấn, khám bệnh và điều trị THA tại TYT xã [31], [78].

Nghiên cứu của Đỗ Thái Hòa (2015) đã can thiệp dự phòng và quản lý bệnh THA, ĐTĐ ở nhóm tuổi 40 - 59 tại cộng đồng và TYT xã Đông Sơn, Thanh Hóa với các hoạt động: (1) Truyền thông -giáo dục sức khỏe: biên tập và xuất bản sách mỏng, tờ rơi, giao cho TYT xã phát trực tiếp cho người dân. Biên tập các clip truyền thông, phổ biến kiến thức về chế độ dinh dưỡng, rèn luyện thể lực, phòng chống tác hại thuốc lá, lạm dụng rượu bia, phòng chống béo phì, thừa cân để thay đổi lối sống, phục vụ truyền thông, nói chuyện, thảo luận nhóm cho người dân. In áp phích treo tại TYT

và nơi đông người. Tổ chức các buổi sinh hoạt, nói chuyện nhóm cho người dân. (2) Quản lý, theo dõi đối tượng có nguy cơ cao: khám lâm sàng, đo HA và xét nghiệm đường huyết định kỳ [31].

Nghiên cứu của Đinh Văn Thành (2015) áp dụng mô hình “Phối hợp y tế cơ sở quản lý THA” để phối hợp nguồn lực của tuyến y tế cơ sở trong quản lý THA đạt hiệu quả rõ. Tỷ lệ người THA được tư vấn về BHYT và THA tăng ($p < 0,05$). Tỷ lệ đạt HA mục tiêu tăng từ 7,3% lên 68,5%, tỷ lệ được quản lý đạt HA mục tiêu tăng từ 6,5% lên 66,9%, tỷ lệ được quản lý đúng đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 4,9% lên 63,7% [78].

Nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thái và cộng sự (2019) đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện công tác phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp trên tất cả trạm Y tế của huyện Thạch Thất (nhóm can thiệp) và Quốc Oai (nhóm chứng), kết quả cho thấy các can thiệp đã cải thiện việc triển khai hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết tại các trạm y tế. Số trạm y tế xã thực hiện sàng lọc tăng huyết áp cho người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tăng từ 0 lên 100% và số người dân được sàng lọc tăng từ 0 lên tới 66.491 người. Số người bệnh tăng huyết áp được quản lý điều trị tại trạm y tế xã cũng tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phân tích khác biệt kép (DID) cho thấy, sự cải thiện hoạt động phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp tại các trạm y tế ở huyện can thiệp hầu hết đều có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng được can thiệp hay không ($p < 0,05$) [77].

1.5.4. Mô hình quản lý bệnh nhân THA tại các phòng khám ngoại trú

Theo mô hình này, người THA đi khám bệnh được phát hiện THA, điều trị theo mức độ bệnh. Người bệnh được phát thuốc BHYT hoặc tự mua và dùng thuốc tại nhà. Đây là hình thức KCB phổ biến được tất cả các phòng khám của các cơ sở KCB công lập và tư nhân. Người bệnh không được theo dõi, khi có biến chứng do THA hoặc bệnh nặng hơn, đến cơ sở KCB để điều trị tiếp.

Phạm Thị Oanh (2009) triển khai mô hình quản lý BN THA tại khoa khám BVĐK tỉnh Bình Định thấy thái độ, thực hành của BN đã được cải thiện. Kết quả kiểm soát HA chiếm tỷ lệ 90,3%, chưa kiểm soát được chiếm tỷ lệ 9,7% [59].

1.5.5. Mô hình quản lý bệnh nhân THA điều trị nội trú bệnh viện

Trong mô hình này, BN THA được tư vấn, điều trị nội trú tại BV. Phạm Thị Kim Lan (2011) ứng dụng hướng dẫn của Hội Tim mạch Việt Nam về điều trị THA cho các BN THA tại BV E Hà Nội thấy có kết quả tốt trong kiểm soát HA và cải thiện lối sống của người bệnh. Cụ thể: Tỷ lệ bệnh nhân đạt được HA mục tiêu ($< 140/90$ mmHg) là 98,1%; tỷ lệ đạt HATTr mục tiêu (< 90 mmHg) cao hơn tỷ lệ đạt HATT mục tiêu (< 140 mmHg) (99,1% so với 98,0%). Tỷ lệ kiểm soát HA ở bệnh nhân THA có ĐTD thấp hơn bệnh nhân THA không có ĐTD (68,9% so với 98,3%); ở bệnh nhân THA/ĐTD tỷ lệ đạt HATT mục tiêu cao hơn HATTr mục tiêu [49].

Nhìn chung các chương trình can thiệp qua một số nghiên cứu tại Việt Nam đã chọn hướng tiếp cận: truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện việc phát hiện sớm, hỗ trợ điều trị THA cho bệnh nhân, nhiều mô hình quản lý điều trị tại y tế tuyến cơ sở đã được áp dụng; một số can thiệp dùng thuốc, điều trị người bệnh dựa trên phân tầng các yếu tố nguy cơ tim mạch đã mang lại những cải thiện đáng kể, đặc biệt đã cải thiện tỷ lệ người THA được chẩn đoán sớm hơn; dễ dàng tiếp cận điều trị tại trung tâm y tế và bệnh viện đa khoa tuyến huyện. Tất cả các mô hình trên đều tác động vào việc nâng cao khả năng đáp ứng từ phía cơ sở y tế và cán bộ y tế. Nhưng cho đến nay, mô hình với chiến lược tiếp cận tăng cường sự tham gia của người bệnh vào việc tự theo dõi bệnh tật của chính họ tại cộng đồng, phát hiện dấu hiệu nguy cơ và nâng cao chất lượng tương tác giữa thầy thuốc và người bệnh vẫn là một cách tiếp cận mới mẻ tại Việt Nam.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Mục tiêu 1: Xác định tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên tính đến thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên).

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng có một trong những tiêu chí sau: Người không có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi; Người bệnh tâm thần; Người bệnh đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mục tiêu 2: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học tăng huyết áp, kiến thức, thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên tính đến thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên).

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng có một trong những tiêu chí sau: Những người đang mang thai tại thời điểm nghiên cứu vì ảnh hưởng đến số đo vòng eo, và loại trừ trường hợp tăng huyết áp thai kỳ; Những người không có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi; Người bệnh tâm thần; Người bệnh đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mục tiêu 3: Xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp, đang sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên).

Tiêu chuẩn loại trừ: Mất năng lực hành vi và tâm thần; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mô tả kết quả thử nghiệm truyền thông giáo dục phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên tính đến thời điểm điều tra. Có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại xã Phan Thanh và xã Phú Lạc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng có một trong những tiêu chí sau: Không có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi; Bệnh nhân tâm thần; Người bệnh đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ gồm: Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 12 năm 2019, gồm các giai đoạn:

Giai đoạn 1: Điều tra cơ cấu bệnh tật và dịch tễ học tăng huyết áp ở đồng bào Chăm, sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017.

Giai đoạn 2: Khảo sát nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và xây dựng các biện pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành phòng chống bệnh, từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 12 năm 2019, gồm:

- Khảo sát nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và chuẩn bị triển khai các hoạt động can thiệp: tháng 11 – 12/2017.
- Triển khai các hoạt động can thiệp từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2018.
- Điều tra đầu ra, xử lý số liệu, đánh giá kết quả các giải pháp can thiệp, viết báo cáo khoa học, từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2019.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

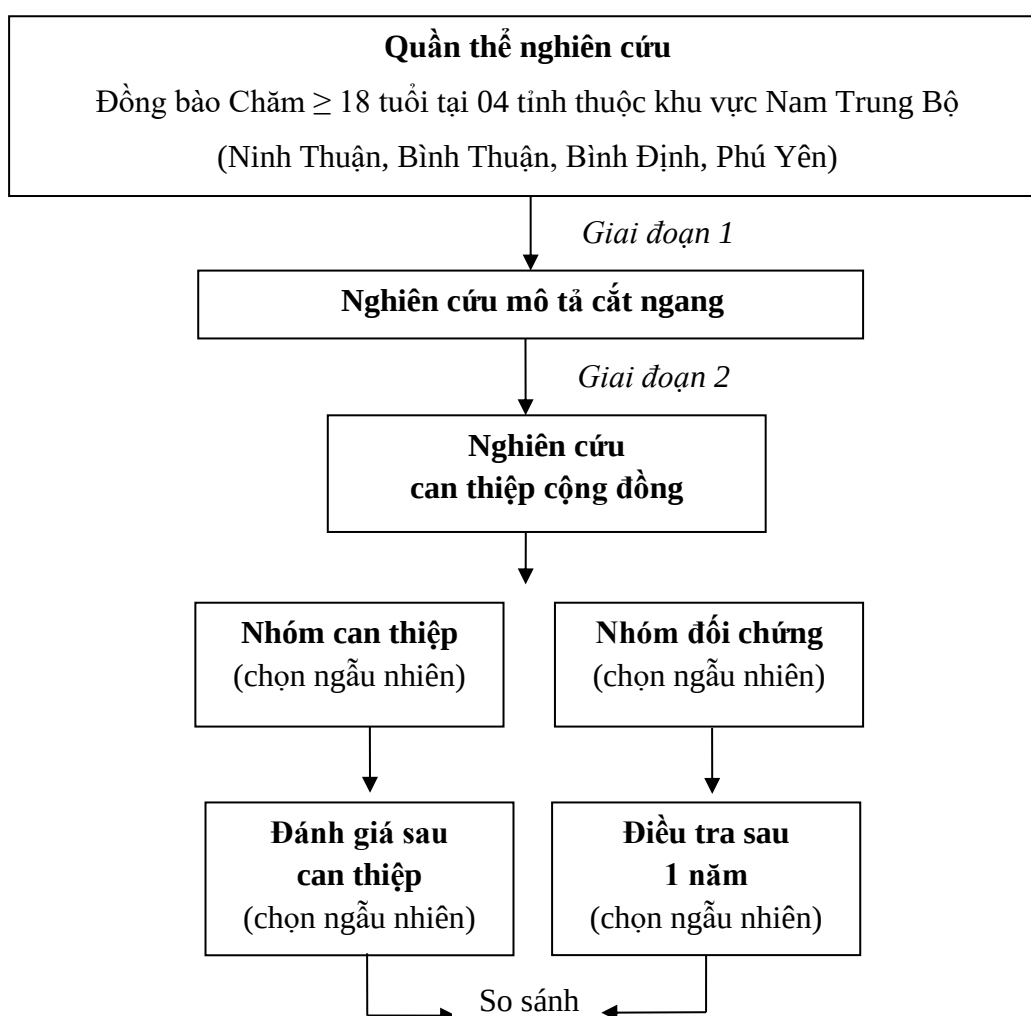
Nghiên cứu được thực hiện qua 2 giai đoạn, sử dụng 2 phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp cộng đồng.

Giai đoạn 1 sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên mẫu để thực hiện mục tiêu 1 và mục tiêu 2:

1. Xác định tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ.
2. Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ và các yếu tố liên quan.

Giai đoạn 2 sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có đối chứng để thực hiện mục tiêu 3: Xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp và đánh giá kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Thiết kế nghiên cứu có thể tóm tắt qua sơ đồ sau:



Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm

2.2.2. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang

2.2.2.1. *Cỡ mẫu xác định cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm*

Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, cỡ mẫu n.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \times (1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%); với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Theo nghiên cứu của Lê Thanh Tuấn và cộng sự (2015), tỷ lệ mắc các bệnh cấp tính của người dân trong vòng 4 tuần vừa qua ở là 20,1% [71]. Chọn $p = 0,20$

$d = 0,05$: là sai số lựa chọn

$DE = 1,5$: Hệ số thiết kế

Để đảm bảo độ tin cậy và ước tính tham gia nghiên cứu là 80%; số xã tiến hành nghiên cứu: 11 xã. Tính cỡ mẫu tối thiểu là $n = 5.074$ người. Thực tế chúng tôi chọn được 5.482 người tham gia.

2.2.2.2. *Cỡ mẫu xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở đồng bào Chăm*

Cỡ mẫu tính theo công thức chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, cỡ mẫu n.

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \times (1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

$Z^2_{1-\alpha/2}$, độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2 = 3,84$

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Theo nghiên cứu của Y Biều Mlô (2014), tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân tộc Êđê, tỉnh Đắk Lắk là 26,7% [56]. Chọn $p = 0,267$

$d = 0,05$: là sai số lựa chọn

$DE = 1,5$: Hệ số thiết kế

Để đảm bảo độ tin cậy cho kết quả điều tra, căn cứ vào nguồn lực cụ thể và đặc điểm dân số, sự phân bố dân số chung cũng như nhóm dân số đồng bào dân tộc Chăm trong khu vực Nam Trung Bộ. Tỷ lệ đồng ý tham gia nghiên cứu ước tính là 80%; Số

xã tiến hành nghiên cứu: 11 xã. Tính cỡ mẫu tối thiểu là $n = 5.445$ người. Thực tế chúng tôi chọn được 5.482 người tham gia.

2.2.2.3. *Kỹ thuật chọn mẫu*

Chọn tỉnh:

Theo kết quả tổng điều tra dân số 1/7/2015, người Chăm ở Việt Nam có tổng cộng 167.128 người sống rải rác ở các tỉnh phía Nam như Bình Định, Phú Yên, Khánh Hòa, Ninh Thuận, Bình Thuận, Đồng Nai, Tây Ninh, Bình Phước, Thành phố Hồ Chí Minh, An Giang [90]. Qua khảo sát thực tế, nhóm nghiên cứu đã lựa chọn được 4 tỉnh trong 8 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ với tiêu chí chủ yếu là những tỉnh tập trung đồng bào Chăm nhiều nhất để đại diện cộng đồng dân tộc Chăm khu vực Nam Trung Bộ. Cụ thể [90]:

- Ninh Thuận: 68.383 người, chiếm 40,9% tổng số người Chăm tại Việt Nam
- Bình Thuận: 35.781 người, chiếm 21,4% tổng số người Chăm tại Việt Nam
- Phú Yên: 21.274 người, chiếm 12,7% tổng số người Chăm tại Việt Nam.
- Bình Định: 6.233 người, chiếm 3,7% tổng số người Chăm tại Việt Nam

Chọn huyện: tại mỗi tỉnh chọn ra 1 huyện có tỷ lệ đồng bào dân tộc Chăm sinh sống nhiều nhất. Cụ thể [67]:

- Huyện Ninh Phước, tỉnh Ninh Thuận: Dân số của huyện là 135.146 người.
- Huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận: Dân số của huyện là 112.818 người.
- Huyện Vân Canh, tỉnh Bình Định: Dân số của huyện là 22.316 người.
- Huyện Đồng Xuân, tỉnh Phú Yên: Dân số của huyện là 65.300 người.

Chọn xã/ phường/ thị trấn: Tại mỗi huyện chọn chủ đích các xã tập trung đồng bào Chăm nhiều nhất:

Bảng 2.1. Dân số đồng bào Chăm các xã được chọn vào nghiên cứu

Tỉnh	Xã	Dân số đồng bào Chăm $\geq$ 18 tuổi thực tế của mỗi xã	Đồng bào Chăm $\geq$ 18 tuổi cần lấy
Ninh Thuận	Phước Dân	6.684	757
	Phước Hải	3.417	387
	Phước Hậu	3.753	425
	Phước Hữu	8.300	940
	Phước Thái	6.004	680
	Phước Thuận	1.554	176
Bình Thuận	Phan Hiệp	4.415	500
	Phan Hòa	7.011	794
	Phan Thanh	4.724	535
Bình Định	Canh Hòa	795	90
Phú Yên	Xuân Lãnh	1.748	198
Tổng		48.403	5.482

Chọn thôn: Tại mỗi xã được chọn, bốc thăm ngẫu nhiên mỗi xã là 3 thôn.

Bảng 2.2. Dân số đồng bào Chăm các xã được chọn vào nghiên cứu

Tỉnh	Xã	Thôn	Đồng bào Chăm $\geq$ 18 tuổi cần lấy
Ninh Thuận	Phước Dân	Khu phố 1	252
		Khu phố 7	252
		Khu phố 11	253
	Phước Hải	Từ Tâm 1	129
		Từ Tâm 2	129
		Thành Tín	129
	Phước Hậu	Phước Đồng 1	142
		Phước Đồng 2	142
		Chát Thương	141

		Tân Đức	313
	Phước Hữu	Thành Đức	313
		Hậu Sanh	314
		Hoài Trung	227
	Phước Thái	Hoài Ni	227
		Như Bình	226
		Hiệp Phước	59
	Phước Thuận	Hiệp Hòa	59
		Phú Nhuận	58
Bình Thuận	Phan Hiệp	Bình Đức	167
		Bình Hiếu	167
		Bình Tiến	166
	Phan Hòa	Bình Hòa	265
		Bình Minh	265
		Bình Thắng	264
	Phan Thanh	Châu Hanh	178
		Thanh Khiết	178
		Mai Lãnh	179
Bình Định	Canh Hòa	Canh Lãnh	30
		Canh Phước	30
		Canh Thành	30
Phú Yên	Xuân Lãnh	Da Dù	66
		Hà Rai	66
		Soi Nga	66
Tổng			5.482

Chọn đối tượng nghiên cứu: Tại mỗi thôn được chọn, lập danh sách đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống trên danh sách đồng bào Chăm đã được lập để chọn ra đủ số lượng đối tượng nghiên cứu.

2.2.2.4. Liệt kê và định nghĩa biến số

Bảng 2.3. Định nghĩa biến số nghiên cứu

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu			
Giới tính	Giới của đối tượng nghiên cứu. Gồm 2 giá trị: Nam, Nữ	Nhị giá	Phỏng vấn
Tuổi	Tuổi được tính theo năm dương lịch. Tuổi = 2017 – năm sinh	Liên tục	Phỏng vấn
Trình độ học vấn	Cấp học cao nhất đã học xong. Trình độ học vấn được phân nhóm gồm 5 giá trị: Dưới tiểu học; Tiểu học; Trung học cơ sở; Phổ thông trung học; Trên phổ thông trung học.	Thứ bậc	Phỏng vấn
Nghề nghiệp	Công việc chính đem lại thu nhập chủ yếu cho đối tượng nghiên cứu. Nghề nghiệp được phân nhóm gồm 5 giá trị: Làm nông; Cán bộ viên chức; Kinh doanh, buôn bán; Nội trợ; Công nhân; Khác (thợ may, làm thuê...).	Danh định	Phỏng vấn
Tình trạng hôn nhân	Gồm 3 giá trị: Sống cùng vợ/ chồng; Góa/ Ly thân/ Ly dị; Chưa lập gia đình	Danh định	Phỏng vấn
Tình trạng kinh tế	Mức thu nhập bình quân theo đầu người trong 1 tháng của gia đình đối tượng nghiên cứu theo Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ năm 2015 về việc ban	Thứ bậc	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
	hành chuẩn nghèo áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020 [82].		
Bảo hiểm y tế	Gồm 2 giá trị: Có; Không	Nhị giá	Phỏng vấn
Chiều cao	Chiều cao tính từ gót chân đến đỉnh đầu, tính theo mét (m)	Liên tục	Đo chiều cao
Cân nặng	Trọng lượng thật của người đó khi mặc quần áo mỏng, trang phục nhẹ không đáng kể, tính theo đơn vị kilogram (kg)	Liên tục	Đo cân nặng
Phần 2: Cơ cấu bệnh tật			
Chẩn đoán bệnh/ nhóm bệnh	Là kết luận về bệnh/ nhóm bệnh lý	Danh định	Khám sức khỏe và phỏng vấn
Bệnh cấp tính	Bệnh khởi phát nhanh, thường có triệu chứng lâm sàng và kéo dài trong một thời gian ngắn.	Nhị giá	Khám sức khỏe và phỏng vấn
Bệnh mạn tính	Tất cả những bệnh kéo dài trên 3 tháng dù đã có hay chưa có chẩn đoán của CBYT đều được coi là bệnh mạn tính.	Nhị giá	Khám sức khỏe và phỏng vấn
Bệnh truyền nhiễm	Bệnh lây nhiễm là bệnh lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp từ người hoặc từ động vật sang người do tác nhân gây bệnh lây nhiễm (vi rút, vi khuẩn, ký sinh trùng và nấm) [62].	Nhị giá	Khám sức khỏe và phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Bệnh không lây nhiễm	Bệnh không lây nhiễm là các bệnh mạn tính, không phải là kết quả của quá trình lây nhiễm cấp tính do đó không có tính chất lây truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người. Đây là nhóm bệnh có thời gian phát triển chậm, kéo dài trong nhiều năm, đòi hỏi việc điều trị có hệ thống và lâu dài [10].	Nhị giá	Khám sức khỏe và phỏng vấn
Tai nạn, Chấn thương, Ngộ độc	Tai nạn, chấn thương là những sự kiện xảy ra gây nên những tổn thương hoặc rối loạn chức năng cho cơ thể con người. Ngộ độc là một tình trạng hoặc một quá trình trong đó con người bị tổn hại bởi hóa học (bị nhiễm độc) bởi một chất độc hoặc nọc độc của động vật khác.	Nhị giá	Khám sức khỏe và phỏng vấn
Phần 3: Hành vi nguy cơ tăng huyết áp			
Hiện tại có hút thuốc lá	Hiện tại đối tượng nghiên cứu có hút thuốc (Kể cả hút thuốc điếu, thuốc cuộn, thuốc Lào, hút xì gà, hay hút bằng tẩu) [13].	Nhị giá	Phỏng vấn
Uống rượu bia trong 12 tháng qua	Trong 12 tháng qua (1 năm từ thời điểm phỏng vấn trở về trước) đối tượng nghiên cứu có uống rượu bia	Nhị giá	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
	(đồ uống có cồn như rượu, bia, rượu vang, rượu trái cây) [13].		
Khoảng thời gian uống rượu/bia/đồ uống có cồn từ 1 đơn vị cồn trở lên (trong 12 tháng qua)	Là khoảng thời gian uống rượu, bia, đồ uống có cồn từ 1 đơn vị cồn trở lên trên trong 12 tháng qua, thông thường khoảng bao lâu thì đối tượng nghiên cứu uống 1 lần từ 1 đơn vị cồn trở lên.	Thứ bậc	Phỏng vấn
Thêm nước chấm (nước mắm, nước tương, muối) vào đồ ăn	Mức độ đối tượng nghiên cứu thường xuyên thêm nước chấm (nước mắm, nước tương) hoặc cho thêm mắm muối vào đồ ăn (chấm rau với mắm, bột canh, trộn mắm vào cơm).	Nhị giá	Phỏng vấn
Số ngày ăn món mặn trong 1 tuần	Số ngày trong 1 tuần đối tượng được phỏng vấn có ăn món mặn.	Rời rạc	Phỏng vấn
Số ngày ăn mỡ động vật, chất béo trong 1 tuần	Số ngày trong 1 tuần đối tượng được phỏng vấn có ăn động vật, chất béo.	Rời rạc	Phỏng vấn
Số ngày ăn rau/ trái cây trong 1 tuần	Số ngày trong 1 tuần đối tượng được phỏng vấn có ăn rau/ trái cây.	Rời rạc	Phỏng vấn
Số suất rau/ trái cây ăn trong 1	Tổng số suất rau/ trái cây đã ăn của các ngày/Số ngày ăn rau/ trái cây.	Liên tục	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
ngày (tính theo đơn vị chuẩn)			
Hoạt động thể lực	Hoạt động thể lực: Có khi tập thể dục hay vận động thể lực ≥ 30 phút/ngày [8].	Nhị giá	Phỏng vấn
Phần 4: Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp			
Chỉ số tăng huyết áp	Kiến thức đúng về chỉ số tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 2 nội dung gồm: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg; Huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg [101].	Nhị giá	Phỏng vấn
Triệu chứng của tăng huyết áp	Kiến thức đúng về triệu chứng bệnh tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 4 nội dung gồm: Nhức đầu; Chóng mặt; Ò tai; Hoa mắt [29].	Nhị giá	Phỏng vấn
Biến chứng của tăng huyết áp	Kiến thức đúng về biến chứng của bệnh tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 3 nội dung gồm: Yếu liệt; Đột quỵ; Tử vong [30], [29].	Nhị giá	Phỏng vấn
Yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp	Kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 6 nội dung gồm: Ăn nhiều mỡ; Ăn mặn; Hút thuốc lá; Uống rượu bia; Ít vận động thể lực; Ít ăn rau [30], [29].	Nhị giá	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Biện pháp điều trị tăng huyết áp	Kiến thức đúng về biện pháp điều trị bệnh tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 7 nội dung gồm: Dùng thuốc; Không ăn mặn; Sử dụng dầu thực vật; Hạn chế rượu bia; Không hút thuốc; Ăn nhiều rau trái cây; Vận động thể lực [30].	Nhị giá	Phỏng vấn
Biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp	Kiến thức đúng về biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp khi trả lời đúng cả 6 nội dung gồm: Không ăn mặn; Sử dụng dầu thực vật; Hạn chế rượu bia; Không hút thuốc; Ăn nhiều rau trái cây; Vận động thể lực [30], [29].	Nhị giá	Phỏng vấn
Kiến thức chung	Kiến thức chung đúng phòng chống tăng huyết áp khi có kiến thức đúng cả 6 nội dung gồm: - Chỉ số THA - Triệu chứng của THA - Biểu chứng của THA - Các yếu tố nguy cơ - Biện pháp điều trị THA - Biện pháp phòng bệnh THA	Nhị giá	Phỏng vấn
Phần 5: Thực hành phòng chống tăng huyết áp			
Thực hành chung	Thực hành chung đúng phòng chống tăng huyết áp khi có thực hiện đúng cả 6 nội dung gồm:	Nhị giá	Phỏng vấn

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
	- Không hút thuốc lá [13] - Không lạm dụng rượu bia [138] - Không ăn mặn [163] - Không ăn nhiều mỡ [128] - Ăn đủ rau quả [98] - Có hoạt động thể lực [8]		
Phần 6: Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp			
Nhu cầu khám chữa bệnh THA tại trạm y tế	Đối tượng nghiên cứu có mong muốn khám chữa bệnh THA tại trạm y tế hay không. Gồm 2 giá trị: Có; Không	Nhị giá	Phỏng vấn người bệnh THA
Lý do chọn trạm y tế khám chữa bệnh THA	Đối tượng nghiên cứu cho biết lý do chọn trạm y tế để khám chữa bệnh THA gồm: Gần nhà; NVYT thân thiện; Giỏi chuyên môn; Miễn phí khám chữa bệnh	Danh định	Phỏng vấn người bệnh THA
Được tiếp cận thông tin về bệnh THA	Đối tượng nghiên cứu có được tiếp cận thông tin về bệnh THA hay không. Gồm 2 giá trị: Có; Không	Nhị giá	Phỏng vấn người bệnh THA
Nguồn nhận thông tin	Các nguồn thông tin mà đối tượng nghiên cứu tiếp cận được về phòng chống bệnh tăng huyết áp gồm: Nhân viên y tế; Truyền hình; Loa phát thanh; Sách, báo; Tờ rơi; Bạn bè, thân nhân; Internet.	Danh định	Phỏng vấn người bệnh THA

Biến số	Định nghĩa biến số	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Nhu cầu tiếp cận thông tin về bệnh THA	Đối tượng nghiên cứu có mong muốn tiếp cận thông tin về phòng chống THA hay không. Gồm 2 giá trị: Có; Không	Nhị giá	Phỏng vấn người bệnh THA

2.2.2.5. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

Kinh tế gia đình: là biến số thứ tự gồm 4 giá trị: Nghèo; Cận nghèo; Trung bình; Khá. Theo Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ năm 2015 về việc ban hành chuẩn nghèo áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020 [82]: Chuẩn này được tính theo mức thu nhập bình quân đầu người/tháng trong hộ cho từng khu vực cụ thể như sau:

- Nghèo: thu nhập bình quân ≤ 700.000 đồng
- Cận nghèo: thu nhập bình quân > 700.000 đồng - 1 triệu đồng
- Trung bình: thu nhập bình quân > 1 triệu - 1,5 triệu đồng
- Khá: thu nhập bình quân $> 1,5$ triệu đồng

Ăn đủ lượng rau quả, chất xơ: được phân loại theo khuyến nghị ăn rau quả của Tổ chức Y tế thế giới. Có khi lượng rau hoặc quả ăn trung bình mỗi ngày ≥ 5 suất. Mỗi suất rau quả tương đương với 80gam. Ước lượng theo bàn tay Zimbabwe mỗi bữa ăn lượng rau cầm hơn 2 bàn tay [98].

Ăn nhiều mỡ: có chế độ ăn mỡ thường xuyên trên 25% lipid/ngày và trên 7% mỡ bão hòa hay trên 300 gam/người/tháng, thường xuyên ăn mỡ động vật, chất béo trên 4 ngày/tuần. Ước lượng theo bàn tay Zimbabwe lượng mỡ ăn vào trong một bữa ăn nhiều hơn một lượng bằng đầu ngón tay cái [128].

Ăn mặn: ăn những thức ăn mặn ≥ 3 ngày/ tuần hoặc sử dụng lượng muối mỗi ngày ≥ 5 gam bình quân cho mỗi người trong gia đình [162], [163] (Thức ăn mặn là các loại thức ăn như các loại mắm (nước mắm nguyên chất, mắm cá, tép, ba khía); các món nấu cùng mắm (bún mắm, canh xiêm lo, bún nước lèo, mắm kho, cá khô,

tôm khô, dưa muối, tương hột, chao, thịt muối, trứng muối) và thói quen ăn mặn khác (nước tương, nước mắm, muối tiêu, muối ớt).

Đơn vị rượu chuẩn: là đơn vị đo lường dùng để quy đổi các loại rượu - bia có nồng độ khác nhau về cùng một đơn vị. Đơn vị rượu chuẩn thường được áp dụng nhất là đơn vị rượu chuẩn. Một đơn vị rượu chuẩn (standard drink) tương đương với 10gram rượu nguyên chất chứa trong dung dịch uống. Một ly chuẩn (đơn vị rượu) là khi uống tương đương 1 lon bia 285ml 5%, hoặc 1 cốc rượu vang 120ml nồng độ 11%, hoặc 1 ly rượu vang mạnh 60ml nồng độ 20%, hoặc 1 chén rượu mạnh 30ml nồng độ 40% [138].

Lạm dụng rượu bia: khi uống rượu bất kỳ số lượng ≥ 5 ly chuẩn vào bất kỳ ngày nào trong tuần qua đối với nam, hoặc ≥ 4 ly chuẩn đối với nữ [138].

Phân loại BMI

Dựa theo tiêu chuẩn BMI của người Châu Á [156] được tính bằng cách lấy cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao.

$$BMI = \frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao}^2(\text{m})}$$

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tình trạng BMI (ở người châu Á) có các mức sau:

Nhẹ cân: $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$

Cân nặng bình thường: $18,5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 22,9 \text{ kg/m}^2$

Thừa cân: $23,0 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24,9 \text{ kg/m}^2$

Béo phì độ I: $25,0 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 29,9 \text{ kg/m}^2$

Béo phì độ II: $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Tăng huyết áp: là biến số nhị giá, gồm:

Tăng huyết áp: đã được phát hiện tăng huyết áp trước đây hoặc chỉ số huyết áp đo được đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp của JNC VII, cụ thể huyết áp tâm thu $\geq 140 \text{ mmHg}$ và/hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90 \text{ mmHg}$. Mỗi lần khám huyết áp được đo ít nhất 2 lần [155], [160].

Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp của Bộ Y tế năm 2010 chuyên dùng trong điều trị bệnh [9]. Do đó, nghiên cứu thực hiện chẩn đoán tăng huyết áp theo JNC VII vì bộ câu hỏi sử dụng chuẩn theo Tổ chức Y tế thế giới, nghiên cứu mang tính cộng đồng đều sử dụng theo chuẩn của JNC VII [101].

Bảng 2.4. Phân độ tăng huyết áp theo JNC VII

Phân độ THA	Huyết áp		
	Tâm thu (mmHg)		Tâm trương (mmHg)
Bình thường	<120	và	<80
Tiền THA	120 – 139	và/ hoặc	80 – 89
THA độ I	140 – 159	và/ hoặc	90 – 99
THA độ II	≥160	và/ hoặc	≥100

Nguồn: Chobanian A.V. và cộng sự (2013) [101]

2.2.2.6. Tổ chức thực hiện điều tra cắt ngang

Chuẩn bị

Thành lập nhóm nghiên cứu, tổ chức tập huấn cho các cộng tác viên tham gia nghiên cứu là nhân viên y tế của các trạm y tế trên địa bàn lấy mẫu và bác sĩ bệnh viện Quân Y 175.

Tổ chức hội nghị đồng thuận và triển khai thực hiện nghiên cứu cho các đối tượng là lãnh đạo Trung tâm y tế các huyện, Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân, trưởng trạm y tế xã tại địa bàn nghiên cứu.

Lập danh sách đồng bào dân tộc Chăm từ 18 tuổi trở lên tại 11 xã được chọn nghiên cứu cắt ngang, chọn ngẫu nhiên số người đưa vào mẫu của từng xã.

Cộng tác viên tại các xã viết và gửi thư mời hoặc đến mời trực tiếp tại nhà đến các đối tượng được chọn vào danh sách theo lịch khám. Khám cho tất cả người dân đến khám tại địa điểm khám trong xã (không từ chối); chỉ đưa vào danh sách những đối tượng nghiên cứu đã chọn.

Tổ chức đoàn điều tra thu thập số liệu gồm 2 cán bộ tiếp nhận hồ sơ hướng dẫn quy trình khám, 2 cán bộ y tế đo huyết áp, 2 cán bộ đo chiều cao, cân nặng, 5 phòng

vấn viên phỏng vấn đối tượng, 2 bác sĩ khám và tư vấn về kiến thức, thái độ và thực hành dự phòng tăng huyết áp. Trang thiết bị được vận chuyển đến từng trạm y tế các phường, xã.

Điều tra viên: Nghiên cứu sinh; lực lượng quân y tỉnh đội, huyện đội; cán bộ y tế của trung tâm y tế huyện; cán bộ nhân viên trạm y tế và cộng tác viên y tế thôn bản của xã tại 4 tỉnh tham gia giám sát, điều tra phỏng vấn các đối tượng theo các bộ câu hỏi đã được chuẩn bị.

Có người phiên dịch tiếng Chăm.

Những người được phát hiện các bệnh lý khác được giới thiệu đến các cơ sở y tế, bệnh viện huyện để chữa bệnh.

Thực hiện điều tra

Phỏng vấn trực tiếp

Phỏng vấn trực tiếp để thu thập các số liệu về năm sinh, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, tiền sử bệnh và sử dụng thuốc, tiền sử bệnh của gia đình, thói quen tập thể dục, hút thuốc lá, uống rượu bia và kiến thức, thái độ, thực hành đối với phòng, chống bệnh tăng huyết áp.

Quan sát

Khám và phát hiện bệnh, số liệu được thu thập qua thăm khám được tiến hành do một nhóm cố định các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và đã được tập huấn nội dung, phương pháp cân đo, lấy số liệu, thu thập thông tin.

Khám và phát hiện bệnh

Đo chiều cao đứng

Dụng cụ: Thước dây treo tường đo chiều cao ADE MZ10017 (Đức)

Cách đo chiều cao đứng: Yêu cầu đối tượng đứng thẳng trên 2 chân chụm lại hình chữ V trên mặt phẳng, mắt nhìn thẳng, đứng tựa vào mặt phẳng đứng với 04 điểm chạm vào mặt phẳng (gót chân, mông, vai, cằm). Kéo thanh chắn hạ sát đỉnh đầu, chiều cao là khoảng cách từ gót chân đến đỉnh đầu. 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 cân nặng

Dụng cụ: Đo trọng lượng cơ thể bằng cân bàn Laica của Trung Quốc được chuẩn hóa trước khi sử dụng. Tư thế đo giống như khi đo chiều cao. Đơn vị tính bằng kg và sai số không quá 100gr. Cân chính xác đến 0,5kg.

Cách đo cân nặng: Người cân phải kiểm tra cân cho cân bằng, trở về mức 0. 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. Khi cân, mắt đối tượng nhìn thẳng về trước, hai tay thả lỏng hai bên. Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với 1 số lẻ phần thập phân.

Đo huyết áp

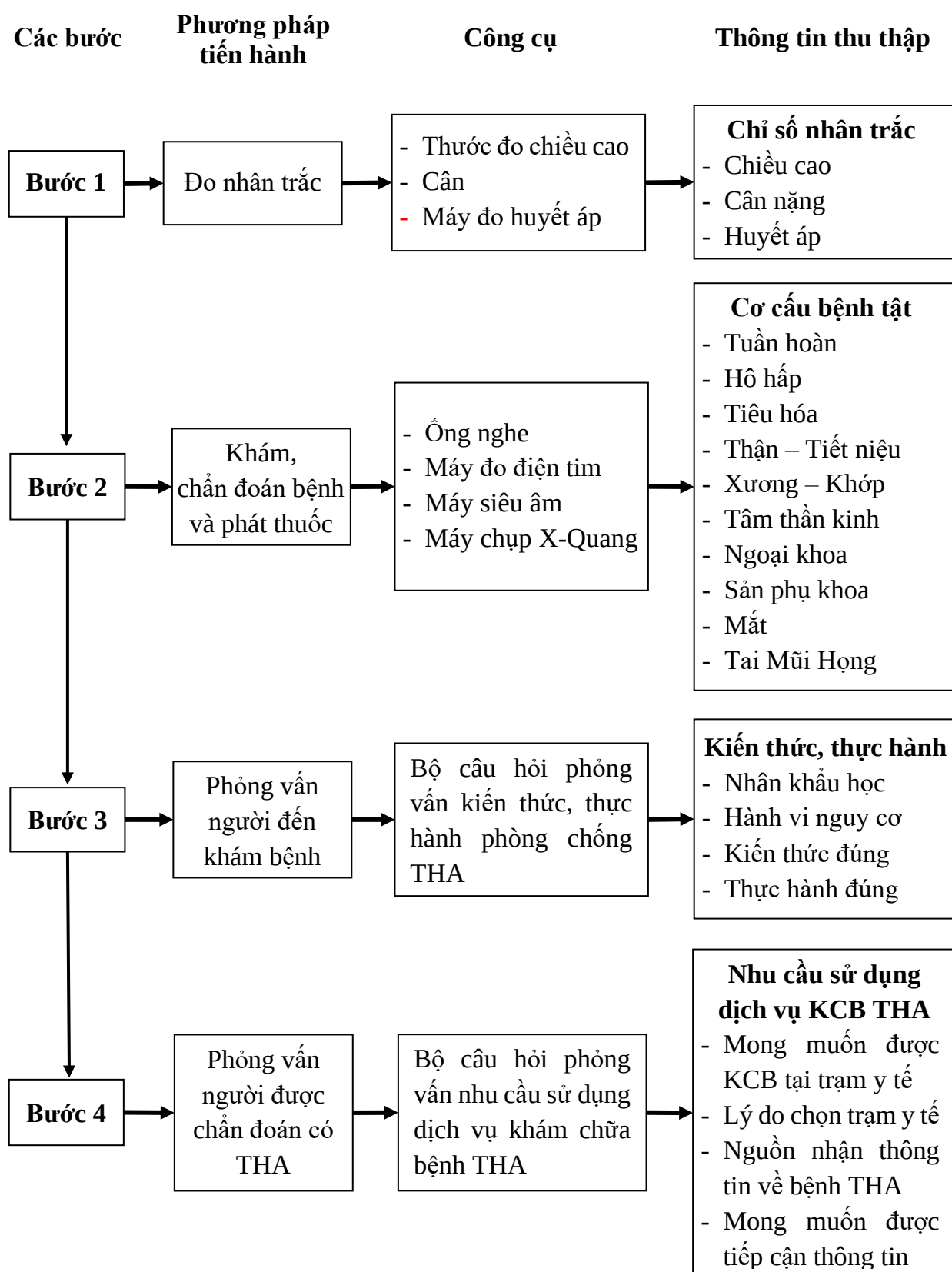
Dụng cụ: Máy đo HA kế đồng hồ, hiệu ALP K2 ADULT CUFF. Máy được kiểm tra và hiệu chỉnh trước khi sử dụng.

Cách đo huyết áp: Đối tượng điều tra được nghỉ ngơi trước khi đo ít nhất 15 phút. Đảm bảo không dùng chất kích thích (rượu, bia, cà phê, chè, thuốc lá) trước đó 2 giờ. Đối tượng được đo HA ở tư thế ngồi, không bắt chéo 2 chân, không nói chuyện, không được cử động tay, cánh tay để tựa trên bàn ở mức ngang tim, thả lỏng tay.

Phương pháp đo: Quấn băng HA vào phần cánh tay, cách nếp gấp khuỷu tay 3cm, quấn băng HA vừa chặt với cánh tay, đặt ngang với vị trí tim. Khóa van xả hơi lại, dùng bóng bóp nhịp nhàng để thổi hơi vào băng sao cho mức HA lên tối đa bình thường của người được đo cộng thêm 30 - 40mmHg. Đặt ống nghe lên đường đi của động mạch cánh tay, từ từ mở van xả hơi (không xả nhanh quá). HA tối đa là giá trị đo được khi nghe thấy tiếng đập đầu tiên. HA tối thiểu là giá trị đo được khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng. Sau khi đo xong, mở van xả hơi hết cỡ rồi tháo băng hơi khỏi tay người được đo. Đo lần 2, mỗi lần cách nhau từ 3 - 5 phút, sau đó tính trung bình cộng, ghi kết quả dưới dạng HATT/HATTr với đơn vị mmHg. Nếu sau 2 lần đo, huyết áp tâm thu chênh nhau > 10 mmHg, huyết áp tâm trương chênh nhau > 5mmHg thì đo lần 3 rồi tính trị số trung bình cộng.

Khám lâm sàng

Bác sỹ chuyên khoa Nội, Ngoại, Sản, Nhi, Da liễu, Mắt của Trung tâm Y tế huyện Ninh Phước, tỉnh Ninh Thuận, Trung tâm Y tế huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận và đoàn khám của bệnh viện Quân Y 13 Quân khu 5. Với sự hỗ trợ của cán bộ, nhân viên y tế của TYTX, thôn bản biết tiếng Chăm.



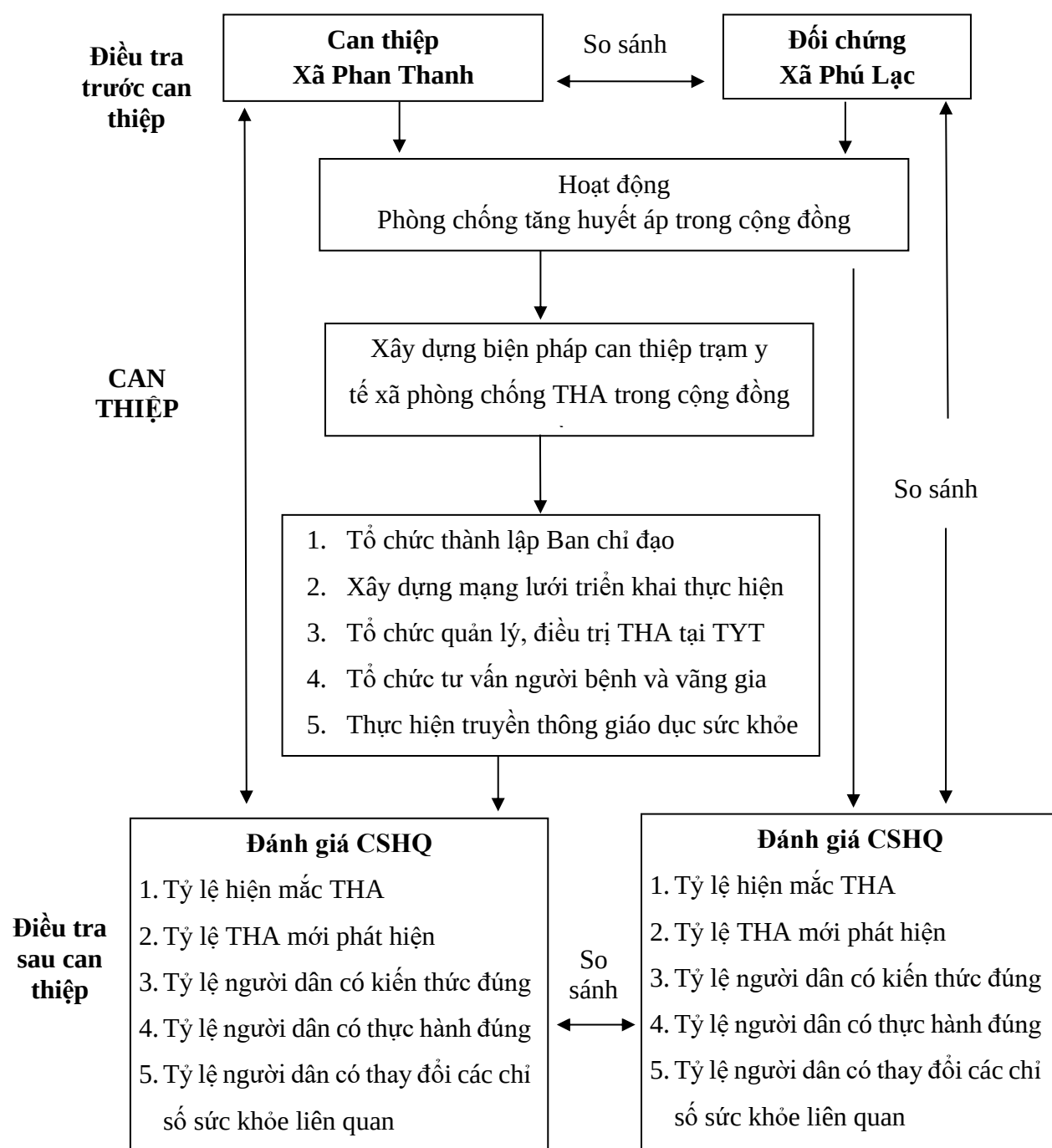
Sơ đồ 2.2. Quy trình thu thập số liệu

2.2.3. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng

2.2.3.1. Đối tượng can thiệp

Đồng bào dân tộc Chăm từ 18 tuổi trở lên đang sống tại địa bàn nghiên cứu.

2.2.3.2. Thiết kế nghiên cứu can thiệp



Sơ đồ 2.3. Sơ đồ can thiệp phòng chống tăng huyết áp trong cộng đồng

2.2.3.3. Chọn xã can thiệp và xã đối chứng

Để cho việc đánh giá hiệu quả các giải pháp can thiệp được đảm bảo khoa học và khách quan, chúng tôi tiến hành việc lựa chọn địa điểm và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu ở cả xã can thiệp và xã đối chứng được thực hiện như sau: chúng tôi tiến hành chọn chủ đích hai xã: xã Phan Thanh là xã can thiệp và xã Phú Lạc là xã đối chứng. Hai xã này có một số đặc điểm tương đồng: đều là các xã nông nghiệp, có điều kiện kinh tế - xã hội tương đồng; có phong tục tập quán chung của vùng Nam Trung Bộ.

2.2.3.4. Cỡ mẫu nghiên cứu đánh giá can thiệp tại cộng đồng

Cỡ mẫu: Đối với nghiên cứu can thiệp được dựa theo công thức ước tính sự khác biệt của hai tỷ lệ. Công thức này được khuyến nghị bởi TCYTTG như sau :

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm (can thiệp và chứng)

p_1 là tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp của nhóm can thiệp tại thời điểm trước can thiệp, ước tính 19,2% (dựa vào nghiên cứu của Trần Văn Tân (2014) tại Bình Định, tỷ lệ người dân có thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp là 19,2% [63]).

p_2 là tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp của nhóm can thiệp tại thời điểm sau can thiệp, ước tính 50%.

$\bar{p} = (p_1 + p_2)/2$, $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ (ứng với độ tin cậy 95%), $Z_{1-\beta}=0,84$ (ứng với lực mẫu 80%).

Mẫu được phân tầng theo giới (nam; nữ) và 5 nhóm tuổi (18 - 24 tuổi; 25 - 34 tuổi; 35 - 44 tuổi; 45 - 54 tuổi; ≥ 55 tuổi). Như vậy có 10 nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi xã trước và sau can thiệp là $n = 375$ người. Thực tế, khảo sát trên 400 người trước can thiệp và 400 người sau can thiệp ở mỗi xã.

Chọn mẫu đối tượng can thiệp quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế xã: tại xã Phan Thanh trong danh sách điều tra trước can thiệp là 319 người tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp (xã đối chứng: xã Phú Lạc không tiến hành can thiệp).

So sánh tỷ lệ tăng huyết áp trước và sau can thiệp.

Chọn mẫu đối tượng điều tra ngẫu nhiên cộng đồng đánh giá trước và sau can thiệp: Khảo sát trên 400 người trước can thiệp và 400 người sau can thiệp ở mỗi xã. Chọn mẫu tại mỗi xã can thiệp và xã chứng, đều chọn ngẫu nhiên theo danh sách thống kê dân số trong xã.

2.2.3.5. Cơ sở để xây dựng biện pháp can thiệp cộng đồng

Căn cứ Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30 tháng 6 năm 1989.

Căn cứ Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 3 năm 2015 về chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025.

Căn cứ Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21 tháng 06 năm 2018 về việc ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở.

Cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng và chưa có nghiên cứu chuyên sâu về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm. Thực trạng và khả năng thực hiện công tác phòng chống bệnh tăng huyết áp tại các huyện, xã còn hạn chế. Trong khi, nhu cầu xã hội cần nâng cao kiến thức của người dân để dự phòng bệnh tật.

2.2.3.6. Nguyên tắc thực hiện can thiệp

Hoạt động can thiệp với vai trò trách nhiệm trạm y tế (không làm thay).

Can thiệp theo hướng dự phòng: Các hoạt động đáp ứng được nhu cầu thực tế đặc trưng của người dân về quản lý, theo dõi giám sát và chủ động thực hiện tập luyện thể dục, thay đổi các thói quen có hại cho sức khỏe để phòng bệnh tại hộ gia đình.

Có đủ nguồn lực tối thiểu để thực hiện các hoạt động: Truyền thông tư vấn tại hộ gia đình, hướng dẫn tập luyện thể dục nâng cao sức khỏe tại thôn ấp, tại hộ gia đình. Phù hợp với năng lực và tinh thần trách nhiệm của cán bộ trạm y tế xã, nhân

viên y tế thôn, ấp và cộng tác viên. Cần có sự quan tâm của chính quyền, đoàn thể về xã hội hoá công tác y tế.

Các hoạt động can thiệp có tính khả thi và duy trì, nhân rộng cho các xã khác có cùng điều kiện.

2.2.3.7. Biện pháp can thiệp

Thực hiện biện pháp can thiệp gồm 5 hoạt động như sau:

1. Tổ chức thành lập Ban chỉ đạo phòng chống tăng huyết áp tại xã can thiệp.
2. Xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện hoạt động phòng ngừa và quản lý bệnh tăng huyết áp
3. Tổ chức quản lý, điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế.
4. Tổ chức tư vấn trực tiếp người bệnh và vãng gia.
5. Thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe gián tiếp qua đài phát thanh và đặt pano, áp phích bằng hai thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Chăm). Tổ chức thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp bằng nói chuyện chuyên đề tại chùa.

2.2.3.8. Thành lập ban chỉ đạo phòng chống tăng huyết áp tại xã can thiệp

Nội dung: tổ chức bộ máy của ngành y tế, xin công văn chỉ đạo của Sở y tế, cán bộ y tế, các cộng tác viên, thành viên ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe tại xã. Phối hợp với các vị chức sắc của các chùa là đồng bào dân tộc Chăm và xây dựng được mạng lưới cộng tác viên là đồng bào dân tộc Chăm tại xã can thiệp.

Đối tượng: gồm 10 người: 1 đại diện Ủy ban nhân dân xã làm trưởng ban, 1 cán bộ y tế xã làm phó ban và 08 cộng tác viên ấp.

Tổ chức: tổ chức buổi lễ ra mắt và thành lập ban chỉ đạo phòng chống tăng huyết áp tại hội trường Ủy ban nhân dân xã can thiệp.

Nguồn lực:

Hội trường Ủy ban nhân dân xã trang bị loa, máy chiếu.

Phòng họp định kỳ tại Trạm y tế xã

Nội dung hướng dẫn các biện pháp phòng chống tăng huyết áp, tờ rơi, pano.

Theo dõi giám sát:

Định kỳ mỗi tháng cộng tác viên và cán bộ y tế tại địa bàn nghiên cứu phỏng vấn, ghi nhận dữ liệu.

Cán bộ nghiên cứu giám sát các hoạt động can thiệp và thu thập số liệu, phân tích và điều chỉnh sai sót trong quá trình can thiệp.

Có sự giám sát hỗ trợ của Trung tâm Y tế dự phòng huyện và Bệnh viện huyện về khám điều trị tăng huyết áp.

Đánh giá:

Tất cả các ấp bố trí cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi chương trình

Số lần tập huấn về phòng chống tăng huyết áp

Số lần tập huấn về điều trị tăng huyết áp

Triển khai và duy trì mô hình tầm soát và quản lý tăng huyết áp tại xã can thiệp

2.2.3.9. Xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện hoạt động phòng ngừa và quản lý bệnh tăng huyết áp

Nội dung: xây dựng tổ chức mạng lưới triển khai thực hiện hoạt động phòng ngừa và quản lý bệnh tăng huyết áp.

Đối tượng: cộng tác viên, nhân viên y tế tại trạm, người dân tại xã

Tổ chức thu thập:

Tổ chức bộ máy của ngành y tế, xin công văn chỉ đạo của Sở y tế, cán bộ y tế, các cộng tác viên, thành viên ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe tại xã. Phối hợp với các vị chức sắc của các chùa là đồng bào dân tộc Chăm và xây dựng được mạng lưới cộng tác viên là đồng bào dân tộc Chăm tại xã can thiệp.

Tổ chức các buổi tập huấn cho đội ngũ cộng tác viên, nhân viên tại trạm y tế, người dân về hướng dẫn phòng chống và điều trị tăng huyết áp.

Tổ chức các buổi tập huấn cho đội ngũ cộng tác viên, nhân viên tại trạm y tế, người dân về cách thức thực hiện tư vấn giáo dục sức khỏe, hướng dẫn giao tiếp với người bệnh, hướng dẫn cách thức truyền thông bằng tờ rơi để đạt hiệu quả.

Nguồn lực:

Nhân lực do Nghiên cứu sinh và mời cán bộ y tế địa phương tham gia phối hợp giám sát, mời đội ngũ cộng tác viên tại trạm y tế.

Nghiên cứu sinh trực tiếp tập huấn cho đội ngũ cộng tác viên, nhân viên tại trạm y tế, người dân.

Theo dõi giám sát:

Thu thập hình ảnh, video thực hiện trong các buổi tập huấn.

Ghi nhận phản hồi của cộng tác viên, nhân viên tại trạm y tế, người dân sau các buổi tập huấn.

Thực hiện đánh giá sau các buổi tập huấn.

Đánh giá:

Tất cả các áp bố trí cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi chương trình

Trạm y tế xã có bố trí cán bộ y tế làm công tác truyền thông

Số lượng đối tượng tham gia các buổi tập huấn

Kết quả thu được sau các buổi tập huấn

Triển khai và duy trì mô hình tầm soát và quản lý tăng huyết áp tại xã

2.2.3.10. Tổ chức quản lý, điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế

Nội dung: Tuyên truyền vận động mọi người đến tại cơ sở y tế khám và chăm sóc điều trị đúng định kỳ để hạn chế tỷ lệ biến chứng và không chế không cho trở thành THA.

Đối tượng: đồng bào dân tộc Chăm mắc THA từ 18 tuổi trở lên tại xã can thiệp.

Nguồn lực: Cán bộ y tế và cộng tác viên chương trình.

Đánh giá:

Tỷ lệ người dân mắc bệnh THA giảm so với trước can thiệp

Tỷ lệ người dân mắc THA điều trị ổn định và giảm mức huyết áp.

Công thức tính chỉ số hiệu quả (CSHQ):

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

p1 là tỷ lệ chỉ số cần đánh giá ở thời điểm trước can thiệp.

p2 là tỷ lệ chỉ số cần đánh giá ở thời điểm sau can thiệp.

Công thức tính hiệu quả can thiệp (HQCT):

$$\text{HQCT} = \text{CSHQ}_{\text{can thiệp}} - \text{CSHQ}_{\text{đối chứng}}$$

2.2.3.11. Tổ chức tư vấn trực tiếp người bệnh và vãng gia

Nội dung: đối với những đối tượng đã phát hiện THA trong nghiên cứu cắt ngang, tiếp tục thực hiện theo dõi theo thời gian, sau 1 năm đánh giá các yếu tố nguy cơ của từng đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng: đồng bào dân tộc Chăm từ 18 tuổi trở lên bị THA tại xã can thiệp.

Tổ chức thu thập:

Tư vấn, hướng dẫn về thực hiện lối sống lành mạnh, hành vi có lợi tại trạm y tế xã và tại cộng đồng.

Công tác vãng gia thăm hộ gia đình, tư vấn trực tiếp cho đối tượng, phát tờ rơi mỗi tuần 1 lần. Nội dung tờ rơi, tham khảo theo Viện tim mạch học Việt Nam [9].

Nguồn lực: Cán bộ y tế và cộng tác viên y tế.

Theo dõi giám sát:

Nghiên cứu viên cùng nhóm nghiên cứu trực tiếp tham gia cùng cộng tác viên vãng gia 1 lần/ tháng

Giám sát và nhận báo cáo số lần vãng gia của cộng tác viên.

Thu thập hình ảnh, video thực hiện trong các lần tư vấn người bệnh.

Đánh giá:

Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về khám phát hiện bệnh THA

Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng bệnh THA

Tỷ lệ thay đổi về chế độ ăn mặn (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ thay đổi về chế độ ăn mỡ (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ có hoạt động thể lực (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ thay đổi hành vi lạm dụng rượu bia (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ thay đổi hành vi hút thuốc lá (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ thay đổi về chế độ ăn ít trái cây (trước - sau can thiệp)

Kết quả can thiệp nâng cao thực hành đúng về phòng chống THA qua đánh giá sự khác biệt DiD

2.2.3.12. Truyền thông giáo dục sức khỏe cộng đồng

Nội dung: nội dung can thiệp Truyền thông Giáo dục sức khỏe qua đài phát thanh bằng tiếng Chăm. Tổ chức thực hiện nói chuyện chuyên đề tại chùa với sự tham gia của Sư Cả các chùa: Chùa Châu Hanh, chùa Cảnh Diễn, chùa Thanh Khiết (Bà Ni), miếu Tịnh Mỹ, miếu Mai Lãnh và miếu Trí Thái (Bà La môn). Truyền thông bằng tờ rơi, đặt pano, áp phích bằng hai thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Chăm). Nội dung tờ rơi, pano, truyền thanh tham khảo theo Viện tim mạch học Việt Nam có dịch sang tiếng Chăm [9].

Đối tượng: toàn thể đồng bào dân tộc Chăm tại xã can thiệp.

Tổ chức thu thập: thực hiện truyền thông qua đài truyền thanh xã cho toàn bộ dân số xã can thiệp. Phát thanh toàn xã nội dung phòng chống tăng huyết áp 2 lần/tuần bằng 2 thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Chăm).

- Đặt pano bằng 2 thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Chăm) tại nơi tập trung đông đồng bào dân tộc Chăm như cổng chùa, đầu chợ xã, Ủy ban nhân dân xã, trạm y tế, trường học, trục đường chính, mỗi nơi 1 áp phích tiếng Việt Nam và 1 áp phích tiếng Chăm.

- Phát tờ rơi bằng 2 thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Chăm) cho người dân gồm: 500 tờ rơi và 500 cuốn tài liệu phòng chống tăng huyết áp được đặt tại Trạm y tế; 2.000 tờ rơi hỗ trợ sự cả nói chuyện chuyên đề tại chùa cho người dân tự do được nhận miễn phí.

- Nói chuyện chuyên đề về rối loạn lipid máu kết hợp với phát tờ rơi mỗi tháng vào ngày 15 và 30 âm lịch cho đối tượng đồng bào dân tộc Chăm đi chùa, nói vào lúc các nhà sư tụng kinh trưa và đọc kinh xong, thời gian 5 - 10 phút bằng tiếng Chăm, giải đáp thắc mắc cho người dân, hướng dẫn, tư vấn cách phòng chống rối tăng huyết áp có lợi cho người dân ra sao, tặng tờ rơi bằng 2 thứ tiếng (tiếng Việt Nam và tiếng Khmer).

Dự phòng nhằm từ bỏ hành vi có hại như: hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, ăn mặn, ăn nhiều mỡ và ít hoạt động thể lực.

Khuyến khích thực hiện hành vi đúng như: Tăng cường vận động, từ bỏ các hành vi có hại cho sức khỏe đặc biệt là ảnh hưởng đến sự phát triển tăng huyết áp.

Cán bộ y tế và cộng tác viên tuyên truyền vận động về lợi ích của tập thể dục thể thao, tư vấn cho từng đối tượng chọn phương pháp tập cho phù hợp.

Nguồn lực:

Cán bộ y tế, trạm y tế và các cộng tác viên của chương trình.

Tài liệu được biên soạn dựa theo nội dung của Bộ Y tế, chương trình mục tiêu Quốc gia [9], [159], [160]. Nghiên cứu thực hiện biên soạn các bản tin về bệnh và đăng trên bản tin của xã, tuyên truyền. Biên soạn, in ấn các tờ rơi, cẩm nang, pano tuyên truyền về phòng chống tăng huyết áp, lồng ghép, phối hợp với các hoạt động khác của trạm y tế. Nội dung các tờ rơi, pano...lấy từ chương trình y tế quốc gia, bằng 2 thứ tiếng Việt và Chăm, thông qua Sở Y tế. Nhóm nghiên cứu biên soạn các bài nói bằng tiếng Việt, được dịch lại và truyền đạt bằng tiếng Chăm do thành viên nhóm nghiên cứu và các vị chức sắc trong chùa thực hiện. Tư vấn, hướng dẫn về thực hiện lối sống lành mạnh, hành vi có lợi.

Theo dõi giám sát:

Theo dõi định kỳ số lượng tờ rơi được phát ra trong cộng đồng.

Thu thập hình ảnh, video các buổi nói chuyện chuyên đề tại chùa.

Chỉ số đánh giá:

Tỷ lệ có kiến thức đúng về chỉ số THA (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về triệu chứng của THA (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về yếu tố nguy cơ của THA (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về biến chứng của THA (trước - sau can thiệp)

Tỷ lệ có kiến thức đúng về biện pháp phòng chống THA (trước - sau can thiệp)

Kết quả can thiệp nâng cao kiến thức đúng về phòng chống THA qua đánh giá sự khác biệt DiD

2.2.3.13. Thu thập dữ liệu trước và sau can thiệp

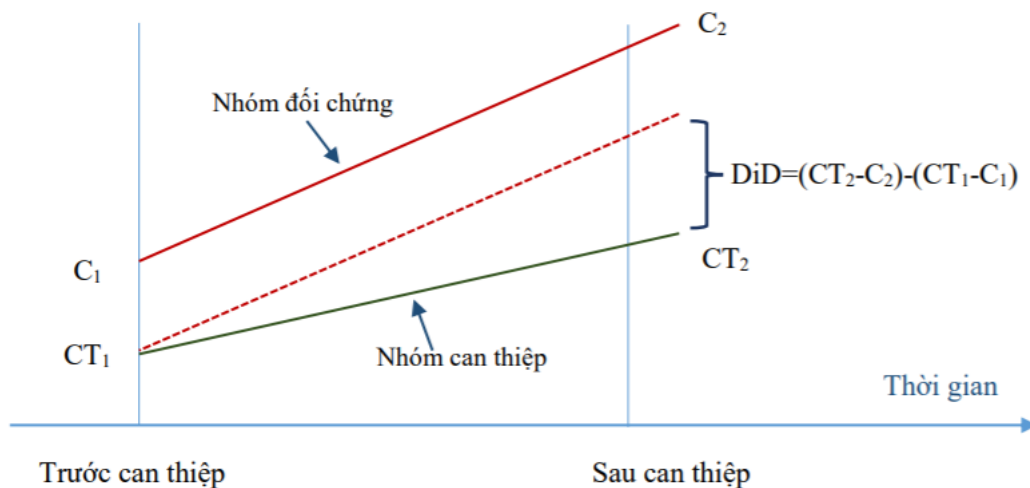
Tổ chức đoàn điều tra cắt ngang tại xã can thiệp và xã chứng.

Số đối tượng điều tra là những đối tượng can thiệp và chứng sau 1 năm can thiệp. Lập danh sách những đồng bào dân tộc Chăm từ 18 tuổi trở lên đã được chọn vào nhóm xã can thiệp và nhóm đối chứng.

Nội dung điều tra bao gồm: đo huyết áp, điều tra kiến thức và thực hành của đối tượng (thay đổi lối sống, thường xuyên tập luyện thể dục thể thao, chế độ ăn hợp lý).

2.2.3.14. Đo lường hiệu quả can thiệp

Phân tích hiệu số thay đổi (Difference-in-Difference) giúp ước tính tác động của can thiệp làm thay đổi kết quả trong nhóm can thiệp so với thay đổi kết quả trong nhóm đối chứng trong một khoảng thời gian [154]. Phương pháp này cho phép chúng ta có được sự khác biệt về kết quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng theo thời gian, chứ không chỉ xem xét sự khác biệt tại thời điểm ban đầu và kết thúc của từng nhóm. Hiệu số thay đổi thường được sử dụng cho các nghiên cứu đánh giá tác động bán thực nghiệm (quasiexperimental study) trong lĩnh vực y tế và phát triển.



Hình 2.4. Diễn giải phương pháp ước tính tác động can thiệp

Trong đó, nhóm can thiệp và nhóm đối chứng cùng được theo dõi trong một khoảng thời gian như nhau. Đo lường vấn đề sức khỏe được tiến hành vào 2 thời điểm: thời điểm trước và sau can thiệp. Đường nét đỏ đứt quãng minh họa giả định

rằng nếu không có can thiệp thì vấn đề sức khỏe của cả nhóm can thiệp và đối chứng sẽ có cùng xu hướng và song song với nhau. Hay nói cách khác, nếu không có can thiệp thì sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và đối chứng sẽ không thay đổi tại hai thời điểm đo lường trước và sau. Tuy nhiên, do có tác động can thiệp nên nhóm can thiệp cũng có xu hướng tăng (đường màu xanh lá cây) nhưng mà chậm hơn so với giả định. Sự khác biệt của vấn đề sức khỏe giữa sự thay đổi trước và sau can thiệp chính là hiệu số thay đổi, hay chính là tác động của can thiệp. Tác động can thiệp đối với tỷ lệ trong nghiên cứu này được ước tính dựa vào hiệu số thay đổi. Công thức để ước tính hiệu số thay đổi như sau:

1. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng chống tăng huyết áp
2. Tỷ lệ người dân có thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp
3. Tỷ lệ người dân có thay đổi các chỉ số sức khỏe liên quan
4. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp
5. Tỷ lệ tăng huyết áp mới phát hiện

Công thức để ước tính hiệu số thay đổi:

$$DiD = (CT_2 - C_2) - (CT_1 - C_1) (*)$$

Trong đó, DiD là hiệu số thay đổi của tỷ lệ các vấn đề có ảnh hưởng đến CVCS tác động có được từ can thiệp, CT_1 là tỷ lệ các vấn đề (1,2,3,4,5) của nhóm can thiệp ở thời điểm trước can thiệp, C_1 là tỷ lệ các vấn đề (1,2,3,4,5) của nhóm chứng ở thời điểm trước can thiệp, CT_2 là tỷ lệ các vấn đề (1,2,3,4,5) của nhóm can thiệp ở thời điểm sau can thiệp, C_2 là tỷ lệ các vấn đề (1,2,3,4,5) của nhóm chứng ở thời điểm sau can thiệp.

Nếu can thiệp có hiệu quả thì giá trị của DiD (*) sẽ mang giá trị (Dương) đối với các vấn đề (1,2,3). Riêng đối với vấn đề 4 và vấn đề 5, DiD sẽ mang giá trị (Âm) điều này có nghĩa là can thiệp đã giúp làm giảm tỷ lệ tăng huyết áp trong nhóm có can thiệp. Hơn thế nữa, DiD và sai số chuẩn đã được ước tính dựa trên kết quả phân tích hồi quy tuyến tính. Giá trị p cũng đã được ước tính để xác định ý nghĩa thống kê của giá trị DiD tìm được [153]. Trong trường hợp $p < 0,05$ có thể kết luận được rằng DiD có ý nghĩa thống kê, hay nói cách khác đó là can thiệp thực sự có hiệu quả.

Phương trình hồi quy: Kiến thức/Thực hành = $\beta_0 + \beta_1 * (\text{Thời gian}) + \beta_2 * (\text{Can thiệp}) + \beta_3 * (\text{Tương tác})$

Trong đó:

β_0 : Là hằng số;

β_1 : Là sự thay đổi kiến thức/thực hành trong quá trình can thiệp của nhóm chứng, nghĩa là nếu không có can thiệp thì có thể có hoặc không có sự thay đổi trước và sau can thiệp trong nhóm chứng;

β_2 : Hệ số hồi quy của biến can thiệp, nghĩa là sự khác biệt về kiến thức/thực hành của nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp;

β_3 : Chỉ số ước tính DID, cung cấp thông tin về sự khác biệt kiến thức/thực hành trước và sau can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm chứng là khác nhau sau khi hiệu chỉnh với các biến thời gian và can thiệp.

Can thiệp được xem là có hiệu quả khi kiểm định hệ số hồi quy β_3 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và kiểm định mô hình có ý nghĩa.

2.3. PHÂN TÍCH VÀ XỬ LÝ SỐ LIỆU

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

Thông kê mô tả: Tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến số định tính (nhóm biến số dân số học, nhóm biến số về các hành vi sức khỏe, biến số về kiến thức phòng chống tăng huyết áp, biến số về thực hành phòng chống tăng huyết áp và biến số tăng huyết áp). Biến định lượng nếu phân phối bình thường sử dụng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, nếu phân phối không bình thường thì mô tả là trung vị và khoảng tứ phân vị.

Thông kê phân tích: Xác định một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp bằng test χ^2 (phép kiểm chi bình phương) hoặc chính xác Fisher (khi có lớn hơn 20% các ô trong bảng vẽ có tần số mong đợi < 5). Xác định mối liên quan độc lập với tăng huyết áp của các biến số phơi nhiễm bằng phân tích đa biến với hồi quy logistic. Nguyên tắc để đưa vào hoặc loại ra một biến số trong mô hình là khi đưa vào mô hình với $p \leq 0,2$ của các biến số đơn biến.

Kết quả can thiệp: Đo lường phần trăm (%) hiệu quả can thiệp nhờ chênh lệch chỉ số hiệu quả giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

2.4. BIỆN PHÁP HẠN CHẾ SAI SỐ

Sai số do thu thập số liệu: tập huấn cho cán bộ về kỹ thuật thu thập số liệu (phương pháp khám, đo đạc các yếu tố nhân trắc học).

Tập huấn và cung cấp tài liệu cho tất cả các cán bộ về mục đích yêu cầu, nội dung kỹ thuật và kỹ năng nghiên cứu.

Bộ câu hỏi được tiến hành nghiên cứu thử, sau đó chỉnh sửa những sai sót và bất hợp lý trong bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức.

Tất cả những phương tiện nghiên cứu được bảo quản và sử dụng trong suốt thời gian nghiên cứu. Các máy đo được điều chỉnh về giá trị ban đầu, mỗi chỉ số được đo ba lần với hai người đo khác nhau. Số liệu được đo sẽ được chuẩn lại như nhau ở mỗi thông số cụ thể.

2.5. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương NCS Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 706/QĐ-PAS ngày 26 tháng 12 năm 2016 và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân Y 175 theo Quyết định số 17/2017/HĐĐĐ-BV ngày 12 tháng 04 năm 2017. Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp nhận phối hợp nghiên cứu, thu thập số liệu của các Sở Y tế, các phòng y tế hoặc trung tâm y tế dự phòng của 4 tỉnh, 4 huyện nghiên cứu, các trạm y tế xã và cán bộ y tế.

Đối tượng nghiên cứu được thông báo và giải thích về mục đích yêu cầu của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu qua phiếu thỏa thuận. Những thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu thu thập trong quá trình nghiên cứu được mã hoá và chỉ được nghiên cứu viên sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

Tất cả các dụng cụ để cân đo được đảm bảo an toàn chính xác. Cán bộ nghiên cứu sẵn sàng giúp đỡ, chăm sóc và giải thích cho đối tượng khi họ gặp vấn đề về sức khỏe trong quá trình tham gia nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM DÂN SỐ XÃ HỘI VÀ MỘT SỐ THÓI QUEN SINH HOẠT CỦA ĐỒNG BÀO CHĂM

3.1.1. Đặc điểm dân số xã hội của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số xã hội ở đồng bào dân tộc Chăm (n=5.482)

Đặc điểm dân số xã hội		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	1.601	29,2
	Nữ	3.881	70,8
Nhóm tuổi	18 - 24	633	11,6
	25 - 34	912	16,6
	35 - 44	965	17,6
	45 - 54	1.087	19,8
	55 - 97	1.885	34,4
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	1.053	19,2
	Tiểu học	1.169	21,3
	Trung học cơ sở	2.260	41,2
	Phổ thông trung học	534	9,8
	Trung cấp trở lên	466	8,5
Nghề nghiệp	Làm nông	3.126	57,0
	Cán bộ viên chức	475	8,7
	Kinh doanh, buôn bán	220	4,0
	Nội trợ	991	18,1
	Công nhân	494	9,0
	Khác	176	3,2

Đặc điểm dân số xã hội		Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ/chồng	4.045	73,8
	Góa/ Ly thân/ Ly dị	654	11,9
	Chưa lập gia đình	783	14,3
Tình trạng kinh tế	Nghèo	502	9,2
	Cận nghèo	1.140	20,8
	Trung bình	3.146	57,4
	Khá	694	12,6
Bảo hiểm y tế	Có	4.129	75,3
	Không	1.353	24,7
BMI (kg/m ²)	Nhẹ cân (<18,5)	372	6,8
	Bình thường (18,5-22,9)	3.041	55,5
	Thừa cân (23-24,9)	1.122	20,5
	Béo phì độ I (25-29,9)	834	15,2
	Béo phì độ II (≥30)	113	2,0

Khảo sát 5.482 đồng bào dân tộc Chăm tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nữ là 70,8% nhiều hơn so với nam. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao là từ 55 tuổi trở lên với 34,4%, nhóm tuổi có tỷ lệ thấp là từ 18 - 24 tuổi với 11,6%. Trình độ học vấn tập trung nhiều ở nhóm trung học cơ sở với 41,2% và có tỷ lệ thấp là ở nhóm trung cấp trở lên với 8,5%. Nhóm nghề nghiệp có tỷ lệ cao là nông nghiệp với 57,0%, kế đến là nội trợ với 18,1%. Đồng bào Chăm đã kết hôn sống cùng vợ/chồng có tỷ lệ cao với 73,8%. Tỷ lệ đồng bào Chăm có bảo hiểm y tế với 75,3%.

3.1.2. Một số thói quen sinh hoạt của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Bảng 3.2. Các hành vi sức khỏe ở đồng bào dân tộc Chăm

Các hành vi sức khỏe		Nam		Nữ		Chung	
		(n=1.601)		(n=3.881)		(n=5.482)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Hiện tại hút thuốc lá	Có	458	28,6	537	13,8	995	18,2
	Không	1.143	71,4	3.344	86,2	4.487	81,8
Sử dụng rượu bia/ 12 tháng qua	Có	566	35,4	1.159	29,9	1.725	31,5
	Không	1.035	64,6	2.722	70,1	3.757	68,5
Lạm dụng rượu bia	Có	497	31,0	57	1,5	554	10,1
	Không	1.104	69,0	3.824	98,5	4.928	89,9
Chế độ ăn mặn	Có	814	50,8	1.781	45,9	2.595	47,3
	Không	787	49,2	2.100	54,1	2.887	52,7
Chế độ ăn nhiều mỡ	Không	1.346	84,1	3.266	84,2	4.612	84,1
	Có	255	15,9	615	15,8	870	15,9
Chế độ ăn ít rau quả	Có	1.017	63,5	2.407	62,0	3.424	62,5
	Không	584	36,5	1.474	38,0	2.058	37,5
Hoạt động thể lực	Có	1.112	69,5	2.591	66,8	3.681	67,2
	Không	489	30,5	1.290	33,2	1.801	32,8

Tỷ lệ đồng bào Chăm có hút thuốc lá là 18,2%, có sử dụng rượu, bia trong 12 tháng qua là 31,5%, có lạm dụng rượu bia là 10,1%, ăn mặn là 47,3%, ăn nhiều mỡ là 15,9%, ăn ít rau quả là 62,5% và không hoạt động thể lực là 32,8%.

3.2. TỶ LỆ, CƠ CẤU BỆNH TẬT CỦA ĐỒNG BÀO CHĂM KHU VỰC NAM TRUNG BỘ

3.2.1. Cơ cấu bệnh tật theo 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm

Bảng 3.3. Cơ cấu bệnh tật phân theo 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm

Giới	Bệnh lây nhiễm		Bệnh không lây nhiễm		Tai nạn - Chấn thương - Ngộ độc		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	1.160	45,4	1.377	53,9	19	0,7	2.556	100
Nữ	2.939	40,2	4.352	59,5	21	0,3	7.312	100
Tổng	4.099	41,5	5.729	58,1	40	0,4	9.868	100

Tỷ lệ mắc 3 nhóm bệnh đồng bào Chăm gồm bệnh lây nhiễm với 41,5%, bệnh không lây nhiễm với 58,1% và tai nạn - chấn thương - ngộ độc với 0,4%. Ở nam, tỷ lệ mắc truyền nhiễm là 45,4%, bệnh không lây nhiễm là 53,9% và tai nạn - chấn thương - ngộ độc là 0,7%. Ở nữ, tỷ lệ mắc truyền nhiễm là 40,2%, bệnh không lây nhiễm là 59,5% và tai nạn - chấn thương - ngộ độc là 0,3%.

3.2.2. Cơ cấu bệnh tật theo chương bệnh (ICD 10) ở đồng bào Chăm

Năm chương bệnh có tỷ lệ mắc cao ở đồng bào Chăm gồm: chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (26,9%), chương VII - Bệnh mắt và phần phụ (18,9%), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (16,1%), chương IX - Bệnh hệ tuần hoàn (11,2%), chương VI - Bệnh hệ thần kinh (9,3%). (Bảng 3.4).

Ở nhóm bệnh lây nhiễm, 5 chương bệnh có tỷ lệ mắc cao gồm: chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (56,0%), chương VIII - Bệnh tai và xương chũm (15,9%), chương X - Bệnh hệ hô hấp (13,9%), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (4,5%), chương XII - Bệnh da và tổ chức dưới da (3,9%).

Ở nhóm bệnh không lây nhiễm, 5 chương bệnh có tỷ lệ mắc cao gồm: chương VII - Bệnh mắt và phần phụ (31,8%), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (24,2%), chương IX - hệ tuần hoàn (19,3%), chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (6,3%), chương IV - Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá (2,0%).

Bảng 3.4. Cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm theo 3 nhóm bệnh

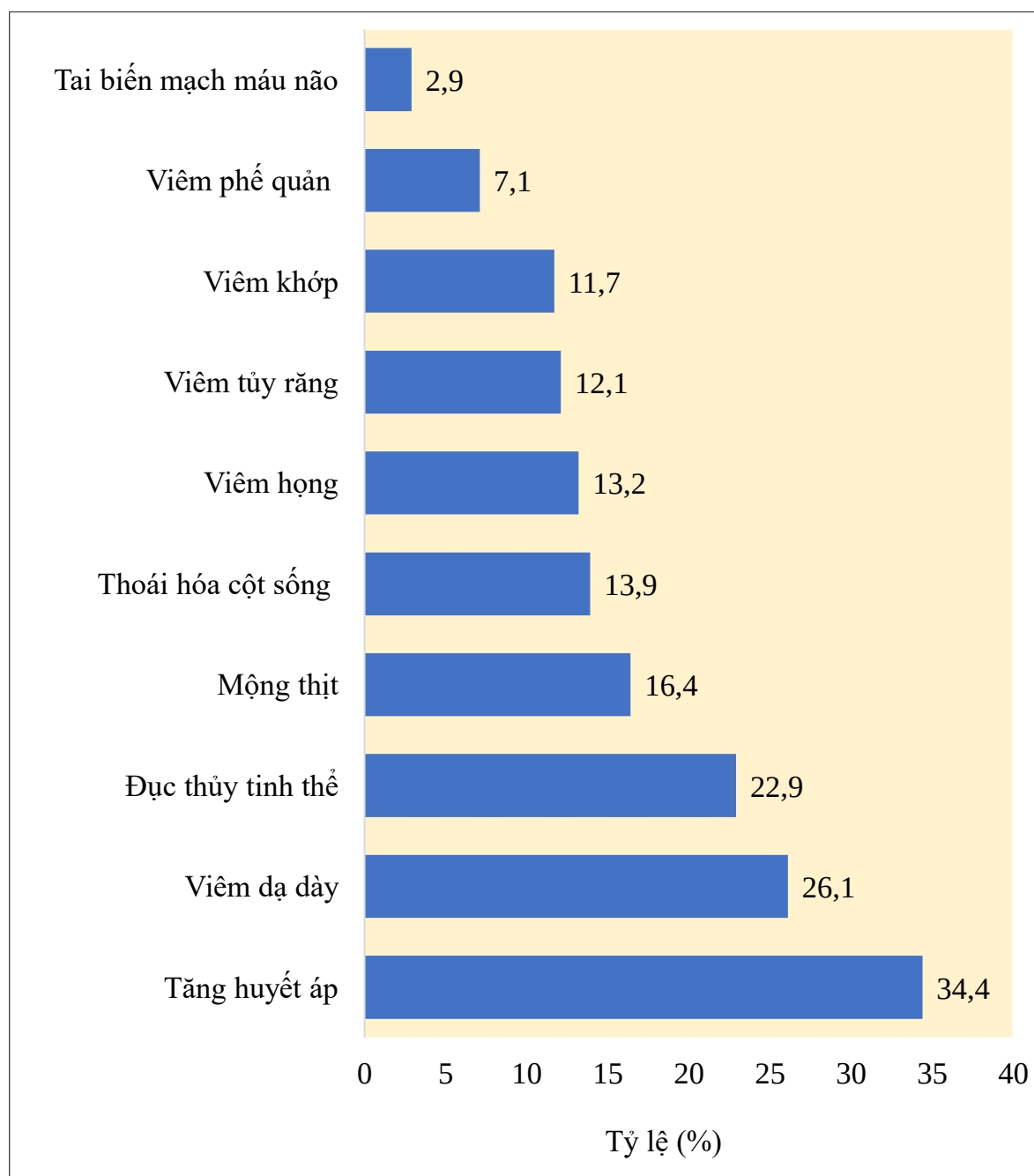
	Chương bệnh	Bệnh lây nhiễm		Bệnh không lây nhiễm		Tai nạn – Ngộ độc – Chấn thương		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá (E00-E90)	89	2,2	113	2,0			202	2,0
VI	Bệnh hệ thần kinh (G00-G99)	0	0,0	919	16,0			919	9,3
VII	Bệnh mắt và phần phụ (H00-H59)	45	1,1	1824	31,8			1869	18,9
VIII	Bệnh tai và xương chũm (H60-H95)	653	15,9	0	0,0			653	6,6
IX	Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	0	0,0	1104	19,3			1104	11,2
X	Bệnh hệ hô hấp (J00-J99)	571	13,9	0	0,0			571	5,8
XI	Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93)	2295	56,0	360	6,3			2655	26,9
XII	Bệnh da và tổ chức dưới da (L00-L99)	160	3,9	0	0,0			160	1,6
XIII	Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (M00-M99)	183	4,5	1388	24,2	16	40,0	1587	16,1
XV	Mang thai, sinh đẻ và hậu sản (O00-O99)	98	2,4	4	0,1			102	1,0
XIX	Vết thương, ngộ độc và một số nguyên nhân từ bên ngoài (S00-T98)	5	0,1	17	0,3	24	60,0	46	0,5
Tổng số bệnh		4.099		5.729		40		9.868	

Bảng 3.5. Cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm theo giới

	Chương bệnh	Nam		Nữ		p
		SL	%	SL	%	
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá (E00-E90)	56	27,7	146	72,3	0,637
VI	Bệnh hệ thần kinh (G00-G99)	187	20,3	732	79,7	<0,001
VII	Bệnh mắt và phần phụ (H00-H59)	522	27,9	1.347	72,1	0,135
VIII	Bệnh tai và xương chũm (H60-H95)	198	30,3	455	69,7	0,504
IX	Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	232	21,0	872	79,0	<0,001
X	Bệnh hệ hô hấp (J00-J99)	166	29,1	405	70,9	0,941
XI	Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93)	738	27,8	1.917	72,2	0,026
XII	Bệnh da và tổ chức dưới da (L00-L99)	58	36,3	102	63,8	0,047
XIII	Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (M00-M99)	371	23,4	1.216	76,6	<0,001
XV	Mang thai, sinh đẻ và hậu sản (O00-O99)			102		
XIX	Vết thương, ngộ độc và hậu quả một số nguyên nhân từ bên ngoài (S00-T98)	28	60,9	18	39,1	<0,001
Tổng số bệnh		2.556		7.312		
Tổng số người được khám		1.601		3.881		
Số bệnh/ số người được khám		1,6		1,9		

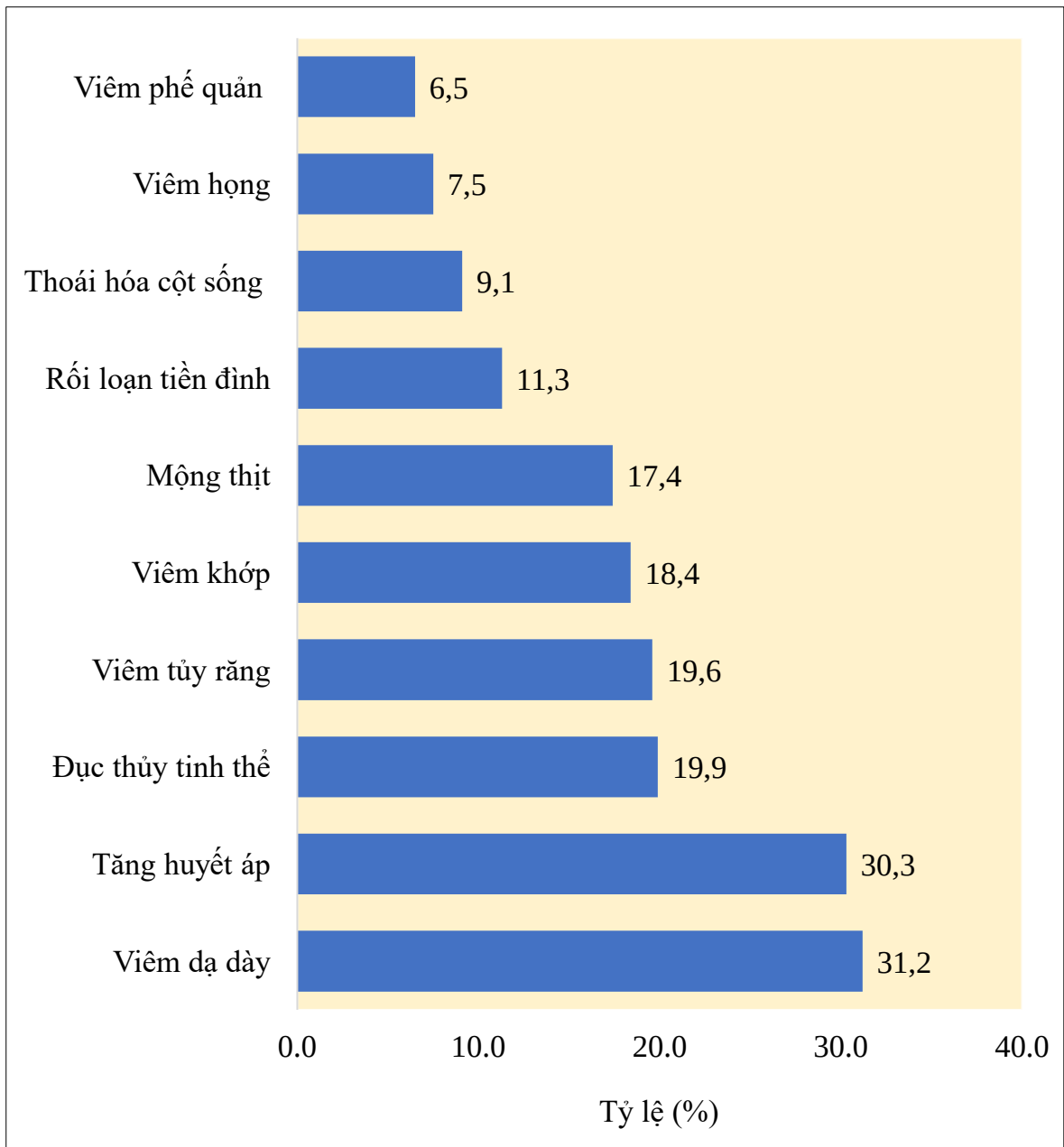
Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn so với nam ở các chương bệnh ($p < 0,05$): Chương VI - Bệnh hệ thần kinh (G00-G99), chương IX - Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99), chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93), chương XII - Bệnh da và tổ chức dưới da (L00-L99), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (M00-M99).

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn so với nữ ($p < 0,05$): chương XIX - Vết thương, ngộ độc và hậu quả một số nguyên nhân từ bên ngoài (S00-T98).



Biểu đồ 3.1. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nam giới đồng bào Chăm (n=1.601)

Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nam giới đồng bào Chăm gồm: tăng huyết áp (34,4%), viêm dạ dày (26,1%), đục thủy tinh thể (22,9%), mộng thị (16,4%), thoái hóa cột sống (13,9%), viêm họng (13,2%), viêm tủy răng (12,1%), viêm khớp (11,7%), viêm phế quản (7,1%), tai biến mạch máu não (2,9%).



Biểu đồ 3.2. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nữ giới đồng bào Chăm (n=3.881)

Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nữ giới đồng bào Chăm gồm: viêm dạ dày (31,2%), tăng huyết áp (30,3%), đục thủy tinh thể (19,9%), viêm tủy răng (19,6%), viêm khớp (18,4%), mộng thịt (17,4%), rối loạn tiền đình (11,3%), thoái hóa cột sống (9,1%), viêm họng (7,5%), viêm phế quản (6,5%).

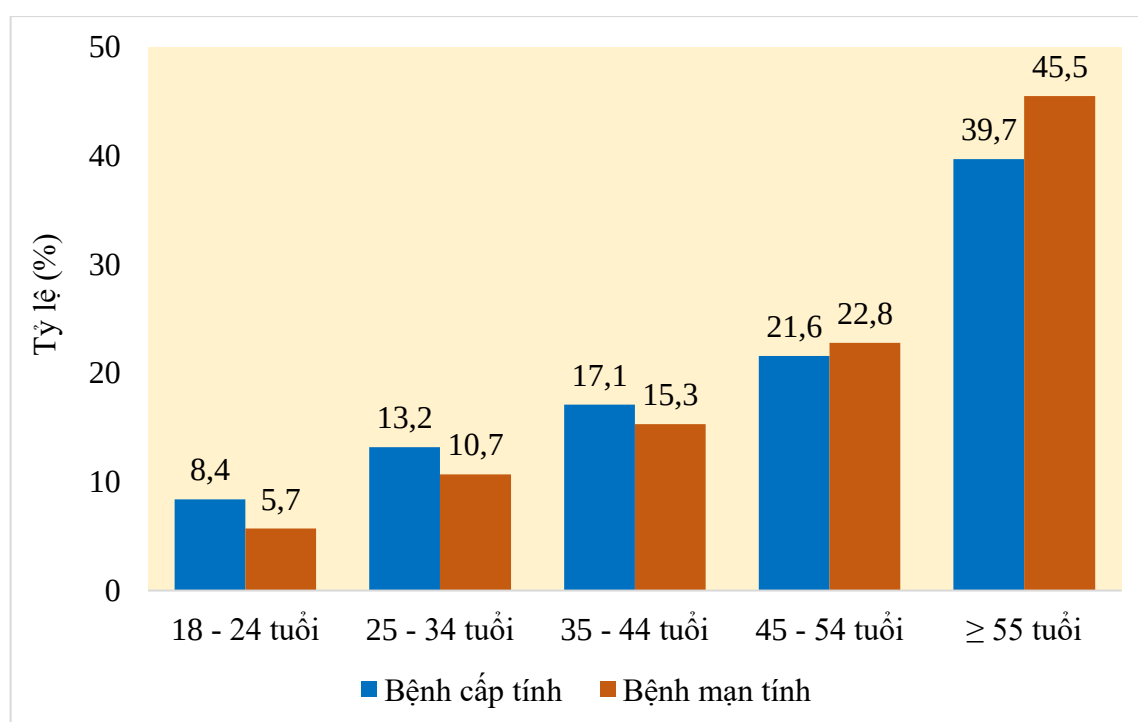
3.2.3. Thực trạng mắc bệnh mạn tính và bệnh cấp tính ở đồng bào Chăm

Bảng 3.6. Tình hình bệnh tật của đồng bào Chăm theo giới (n=5.482)

Tình trạng bệnh	Nam		Nữ		Chung		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Mắc bệnh cấp tính	495	30,9	1.246	32,1	1.741	31,8	>0,05
Mắc bệnh mạn tính	1.110	69,3	2.848	73,4	3.958	72,2	<0,05

Tỷ lệ đồng bào dân tộc Chăm mắc bệnh cấp tính trong 1 tháng qua là 31,8%. Trong đó, tỷ lệ nam giới đồng bào Chăm mắc bệnh là 30,9% và nữ giới đồng bào Chăm mắc bệnh là 32,1% ($p>0,05$).

Tỷ lệ đồng bào dân tộc Chăm mắc bệnh mạn tính là 72,2%. Trong đó, tỷ lệ nam giới đồng bào Chăm mắc bệnh là 69,3% và nữ giới đồng bào Chăm mắc bệnh là 73,4% ($p<0,05$).



Biểu đồ 3.3. Tình hình bệnh tật của đồng bào Chăm theo nhóm tuổi (n=5.482)

Tỷ lệ đồng bào Chăm mắc bệnh cấp tính tăng dần theo tuổi, gặp nhiều ở các nhóm tuổi: từ 35 - 44 tuổi (17,1%), từ 45 - 54 tuổi (21,6%) và từ 55 tuổi trở lên (39,7%). Tỷ lệ đồng bào Chăm mắc bệnh mạn tính tăng dần theo tuổi, gặp nhiều ở các nhóm tuổi: từ 35 - 44 tuổi (15,3%), từ 45 - 54 tuổi (22,8%) và từ 55 tuổi trở lên (45,5%).

3.3. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở ĐỒNG BÀO CHĂM KHU VỰC NAM TRUNG BỘ

3.3.1. Đặc điểm dịch tễ học tăng huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp

Bảng 3.7. Tình hình tăng huyết áp ở đồng bào Chăm Nam Trung Bộ (n=5.482)

Tình hình tăng huyết áp		Số lượng	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Tăng huyết áp cũ	Đáp ứng điều trị	43	0,8	0,6 - 1,1
	Không đáp ứng điều trị	540	9,9	9,1 - 10,7
Tăng huyết áp mới phát hiện		1.142	20,8	19,8 - 21,9
Tăng huyết áp chung (cũ và mới)		1.725	31,5	30,2 - 32,7

Sau khi điều tra tiền sử bệnh, kết quả có 1.725 người mắc tăng huyết áp tỷ lệ 31,5%; trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp cũ là 10,7%; tăng huyết áp mới mắc 20,8%.

Bảng 3.8. Đặc điểm dân số ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp (n=5.482)

Đặc điểm dân số		n	Tăng huyết áp		KTC 95%
			SL	Tỷ lệ (%)	
Giới	Nam	1.601	550	34,4	32,0 – 36,7
	Nữ	3.881	1.175	30,3	28,8 – 31,7
Khu vực sinh sống	Ninh Thuận	3.365	1.042	31,0	29,4 – 32,6
	Bình Thuận	1.829	615	33,6	31,5 – 35,8
	Bình Định	90	31	34,4	24,7 – 45,2
	Phú Yên	198	37	18,7	13,5 – 24,8
Nhóm tuổi	18 - 24	633	12	1,9	1,0 – 3,3
	25 - 34	912	20	2,2	1,3 – 3,4
	35 - 44	965	120	12,4	10,4 – 14,7
	45 - 54	1.087	380	35,0	32,1 – 37,9
	≥ 55	1.885	1.193	63,3	61,1 – 65,5
Tình trạng kinh tế	Nghèo	502	155	30,9	26,9 – 35,1
	Cận nghèo	1.140	314	27,5	25,0 – 30,2
	Trung bình	3.146	1.015	32,3	30,6 – 33,9
	Khá	694	241	34,7	31,2 – 38,4

Về giới tính, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở nam là 34,4% (KTC 95%: 32,0 – 36,7), ở nữ là 30,3% (KTC 95%: 28,8 – 31,7). Về khu vực sinh sống, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở Ninh Thuận là 31,0% (KTC 95%: 29,4 – 32,6), ở Bình Thuận là 33,6% (KTC 95%: 31,5 – 35,8), ở Bình Định là 34,4% (KTC 95%: 24,7 – 45,2) và ở Phú Yên là 18,7% (KTC 95%: 13,5 – 24,8).

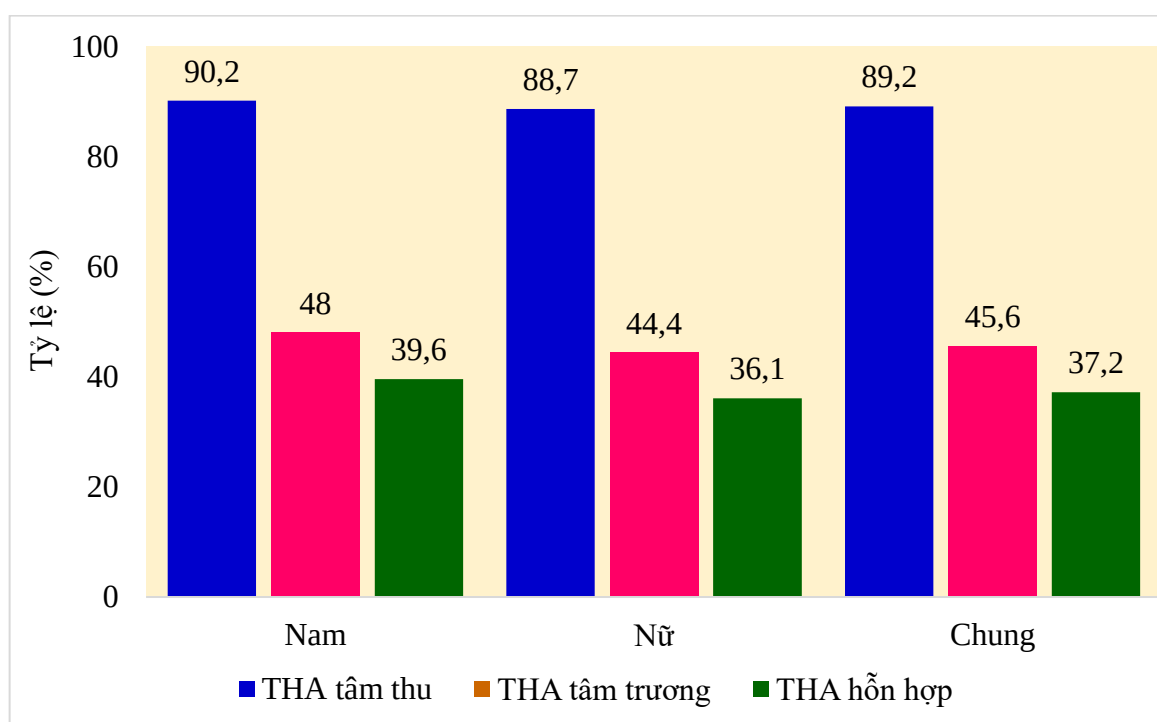
Về nhóm tuổi, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở nhóm tuổi từ 35 - 44 tuổi là 12,4% (KTC 95%: 10,4 – 14,7), ở nhóm tuổi từ 45 - 54 tuổi là 35,0% (KTC 95%: 32,1 – 37,9) và ở nhóm tuổi từ 55 tuổi trở lên là 63,3% (KTC 95%: 61,1 – 65,5).

Về kinh tế gia đình, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở nhóm nghèo là 30,9% (KTC 95%: 26,9 – 35,1), ở nhóm trung bình là 32,3% (KTC 95%: 30,6 – 33,9) và ở nhóm khá là 34,7% (KTC 95%: 31,2 – 38,4).

Bảng 3.9. Một số yếu tố nguy cơ ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp (n=5.482)

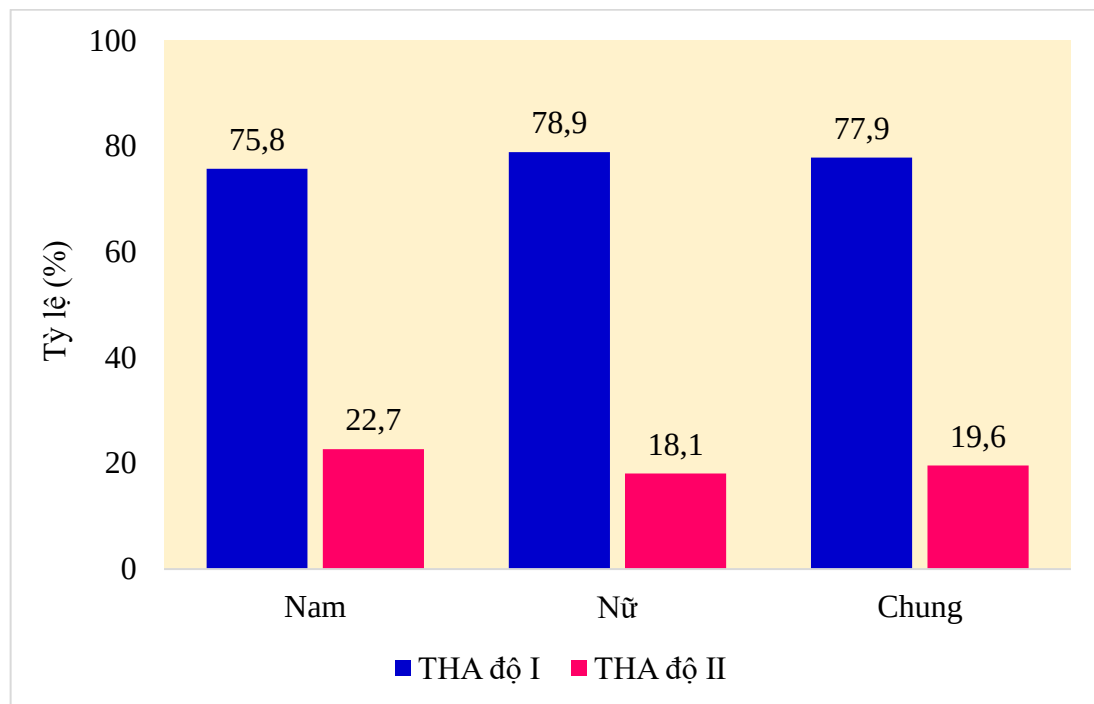
Yếu tố nguy cơ		n	Tăng huyết áp		KTC 95%
			SL	Tỷ lệ (%)	
Hút thuốc lá	Có	995	424	42,6	39,5 – 45,8
	Không	4.487	1.301	29,0	27,7 – 30,3
Lạm dụng rượu bia	Có	554	246	44,4	40,2 – 48,7
	Không	4.928	1.479	30,0	28,7 – 31,3
Thừa cân béo phì	Có	2.069	804	38,9	36,8 – 41,0
	Không	3.413	921	27,0	25,5 – 28,5
Chế độ ăn mặn	Có	2.595	960	37,0	35,1 – 38,9
	Không	2.887	765	26,5	24,9 – 28,1
Chế độ ăn nhiều mỡ	Có	870	418	48,1	44,7 – 51,4
	Không	4.612	1.307	28,3	27,0 – 29,7
Chế độ ăn ít rau quả	Có	3.424	1.255	36,7	35,0 – 38,3
	Không	2.058	470	22,8	21,0 – 24,7
Hoạt động thể lực	Không	1.801	744	41,3	39,0 – 43,6
	Có	3.681	981	26,7	25,2 – 28,1

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở những người có hút thuốc là 42,6% (KTC 95%: 39,5 – 45,8), ở những người có lạm dụng rượu bia là 44,4% (KTC 95%: 40,2 – 48,7), ở những người thừa cân béo phì là 38,9% (KTC 95%: 36,8 – 41,0) ở những người ăn mặn là 37,0% (KTC 95%: 35,1 – 38,9), ở những người ăn nhiều mỡ là 48,1% (KTC 95%: 44,7 – 51,4), ở những người ăn ít rau quả là 36,7% (KTC 95%: 35,0 – 38,3), ở những người không hoạt động thể lực là 41,3% (KTC 95%: 39,0 – 43,6).



Biểu đồ 3.4. Phân loại tăng huyết áp ở người bệnh (n=1.725)

Trong 3 loại tăng huyết áp, tăng huyết áp tâm thu có tỷ lệ cao: chung ở cả 2 giới 89,2%, ở nam 90,2%, ở nữ 88,7%. Tăng huyết áp hỗn hợp có tỷ lệ thấp: chung ở cả 2 giới 37,2%, ở nam 39,6%, ở nữ 36,1%.



Biểu đồ 3.5. Phân độ tăng huyết áp ở người bệnh (n=1.725)

Tăng huyết áp độ I có tỷ lệ cao: chung ở cả 2 giới 77,9%, ở nam 75,8%, ở nữ 78,9%. Tăng huyết áp độ II chiếm tỷ lệ thấp hơn: chung ở cả 2 giới 19,6%, ở nam 22,7%, ở nữ 18,1%.

3.3.2. Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Chăm

Bảng 3.10. Kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ (n=5.482)

Kiến thức về bệnh tăng huyết áp		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ số huyết áp khi tăng huyết áp	≥ 140 mmHg	3.201	58,4
	≥ 90 mmHg	2.961	54,0
	Kiến thức đúng	2.796	51,0
Triệu chứng bệnh tăng huyết áp	Nhức đầu	5.041	92,0
	Chóng mặt	4.667	85,1
	Ù tai	3.545	64,7
	Hoa mắt	3.684	67,2
	Kiến thức đúng	3.054	55,7
Biến chứng của bệnh tăng huyết áp	Yếu liệt	4.178	76,2
	Đột quỵ	4.683	85,4
	Tử vong	4.115	75,1
	Kiến thức đúng	3.104	56,6
Các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp	Ăn nhiều mỡ	3.485	63,6
	Ăn mặn	3.622	66,1
	Hút thuốc lá	3.497	63,8
	Rượu bia	3.399	62,0
	Ít vận động thể lực	2.729	49,8
	Ít ăn rau	2.474	45,1
	Kiến thức đúng	2.405	43,9

Kiến thức về bệnh tăng huyết áp		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biện pháp điều trị bệnh tăng huyết áp	Dùng thuốc	4.895	89,3
	Không ăn mặn	3.864	70,5
	Sử dụng dầu thực vật	3.113	56,8
	Hạn chế rượu bia	3.761	68,6
	Không hút thuốc	3.595	65,6
	Ăn nhiều rau trái cây	3.611	65,9
	Vận động thể lực	3.063	55,9
	Kiến thức đúng	2.639	48,1
Biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp	Không ăn mặn	4.252	77,6
	Sử dụng dầu thực vật	3.018	55,1
	Hạn chế rượu bia	4.010	73,2
	Không hút thuốc	3.711	67,7
	Ăn nhiều rau trái cây	3.954	72,1
	Vận động thể lực	3.579	65,3
	Kiến thức đúng	2.789	50,9
Kiến thức chung	Đúng	1.587	28,9
	Chưa đúng	3.895	71,1

Tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp là 28,9%. Trong đó, đồng bào Chăm có kiến thức đúng về: biến chứng của bệnh THA 56,6%, triệu chứng của bệnh THA 55,7%, chỉ số khi tăng huyết áp 51,0%, biện pháp phòng bệnh THA 50,9%, biện pháp điều trị THA 48,1% và các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp là 43,9%.

**Bảng 3.11. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến
kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm**

Đặc điểm dân số học		Kiến thức phòng chống THA				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=1.587)		Chưa đúng (n=3.895)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	1.126	29,0	2.755	71,0		1
	Nam	461	28,8	1.140	71,2	0,871	0,99 (0,87 - 1,13)
Nhóm tuổi	18 - 24	251	39,7	382	60,3		1
	25 - 34	334	36,6	578	63,4	0,227	0,88 (0,71 - 1,08)
	35 - 44	261	27,1	704	72,9	<0,001	0,56 (0,46 - 0,70)
	45 - 54	250	23,0	837	77,0	<0,001	0,45 (0,37 - 0,56)
	≥ 55	491	26,0	1.394	74,0	<0,001	0,54 (0,44 - 0,65)
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	206	19,6	847	80,4		1
	Tiểu học	235	20,1	934	79,9	0,750	1,03 (0,84 - 1,27)
	Trung học cơ sở	742	32,8	1.518	67,2	<0,001	2,01 (1,69 - 2,40)
	Phổ thông trung học	214	40,1	320	59,9	<0,001	2,75 (2,18 - 3,46)
	Trung cấp trở lên	190	40,8	276	59,2	<0,001	2,83 (2,23 - 3,60)
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	918	29,4	2.208	70,6		1
	Cán bộ viên chức	165	34,7	310	65,3	0,018	1,28 (1,04 - 1,57)
	Buôn bán	60	27,3	160	72,7	0,509	0,90 (0,66 - 1,23)
	Nội trợ	233	23,5	758	76,5	<0,001	0,74 (0,63 - 0,87)
	Công nhân	169	34,2	325	65,8	0,029	1,25 (1,02 - 1,53)
	Khác	42	23,9	134	76,1	0,119	0,75 (0,53 - 1,08)
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ cận nghèo	471	28,7	1.171	71,3		1
	Trung bình	912	29,0	2.234	71,0	0,825	1,01 (0,89 - 1,16)
	Khá giả	204	29,4	490	70,6	0,729	1,04 (0,85 - 1,26)
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình	276	35,3	507	64,7		1
	Sống cùng vợ/ chồng	1.168	28,9	2.877	71,1	<0,001	0,75 (0,63 - 0,88)
	Góa/Ly thân/Ly dị	143	21,9	511	78,1	<0,001	0,51 (0,41 - 0,65)
Bảo hiểm y tế	Có	1.189	28,8	2.940	71,2		1
	Không	398	29,4	955	70,6	0,663	1,03 (0,90 - 1,18)

Một số đặc điểm dân số liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ($p < 0,05$): Nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và hôn nhân.

Bảng 3.12. Phân tích đơn biến một số hành vi nguy cơ liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm

Hành vi nguy cơ		Kiến thức phòng chống THA				p	OR (KTC 95%)
		Đúng (n=1.587)		Chưa đúng (n=3.895)			
		SL	%	SL	%		
Tiền sử gia đình	Không	1.569	29,0	3.837	71,0		1
có người THA	Có	18	23,7	58	76,3	0,308	0,76 (0,45 - 1,29)
Béo phì	Không	1.319	29,1	3.216	70,9		1
	Có	268	28,3	679	71,7	0,628	0,96 (0,82 - 1,12)
Hiện đang hút	Không	1.352	30,1	3.135	69,9		1
thuốc lá	Có	235	23,6	760	76,4	<0,001	0,72 (0,61 - 0,84)
Sử dụng rượu	Không	1.152	30,7	2.605	69,3		1
bia/ 12 tháng qua	Có	435	25,2	1.290	74,8	<0,001	0,76 (0,67 - 0,87)
Lạm dụng	Không	1.455	29,5	3.473	70,5		1
rượu bia	Có	132	23,8	422	76,2	0,005	0,73 (0,60 - 0,89)
Chế độ ăn mặn	Không	1.002	34,7	1.885	65,3		1
	Có	585	22,5	2.010	77,5	<0,001	0,55 (0,49 - 0,62)
Chế độ ăn	Không	1.398	30,3	3.214	69,7		1
nhiều mỡ	Có	189	21,7	681	78,3	<0,001	0,64 (0,54 - 0,76)
Chế độ ăn	Không	847	41,2	1.211	58,8		1
ít rau quả	Có	740	21,6	2.684	78,4	<0,001	0,39 (0,35 - 0,44)
Hoạt động	Có	1.200	32,6	2.481	67,4		1
thể lực	Không	387	21,5	1.414	78,5	<0,001	0,57 (0,50 - 0,65)

Một số hành vi nguy cơ liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ($p < 0,05$): hút thuốc lá, sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua, lạm dụng rượu bia, ăn mặn, ăn nhiều mỡ, chế độ ăn rau quả và hoạt động thể lực.

Bảng 3.13. Mô hình hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Đặc điểm dân số học		p _{hc}	OR _{hc}	KTC _{hc} 95%
Nhóm tuổi	18 - 24		1	
	25 - 34	0,764	1,04	0,82 - 1,30
	35 - 44	0,916	1,01	0,79 - 1,30
	45 - 54	0,869	0,98	0,76 - 1,27
	≥ 55	0,050	1,28	1,00 - 1,63
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học		1	
	Tiểu học	0,066	1,24	0,99 - 1,56
	Trung học cơ sở	0,021	1,34	1,05 - 1,71
	Phổ thông trung học	<0,001	2,42	1,79 - 3,28
	Trung cấp trở lên	<0,001	2,77	2,02 - 3,79
Nghề nghiệp	Nông nghiệp		1	
	Cán bộ viên chức	0,114	1,23	0,95 - 1,58
	Buôn bán	0,674	1,07	0,77 - 1,50
	Nội trợ	0,103	0,86	0,71 - 1,03
	Công nhân	0,233	1,17	0,90 - 1,51
	Khác	0,914	0,98	0,67 - 1,43
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình		1	
	Sống cùng vợ/ chồng	0,992	1,00	0,80 - 1,25
	Góa/Ly thân/Ly dị	0,763	1,05	0,77 - 1,42
Hiện tại có hút thuốc lá		0,129	1,26	0,94 - 1,69
Có sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua		0,448	0,92	0,75 - 1,13
Có lạm dụng rượu bia		0,215	0,83	0,62 - 1,11
Có ăn mặn		0,171	0,84	0,65 - 1,08
Ăn nhiều mỡ		<0,001	0,40	0,31 - 0,51
Ăn ít rau quả		<0,001	0,33	0,26 - 0,43
Không có hoạt động thể lực		0,107	0,84	0,68 - 1,04

Sau khi kiểm soát các yếu tố bằng mô hình đa biến, một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm gồm: trình độ học vấn, ăn nhiều mỡ và ăn ít rau quả ($p < 0,05$).

3.3.3. Thực hành về phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Chăm

Bảng 3.14. Thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ (n=5.482)

Nội dung thực hành		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hiện đang hút thuốc lá	Không	4.487	81,8
	Có	995	18,2
Lạm dụng rượu bia	Không	4.928	89,9
	Có	554	10,1
Chế độ ăn mặn	Không	2.887	52,7
	Có	2.595	47,3
Chế độ ăn nhiều mỡ	Không	4.612	84,1
	Có	870	15,9
Chế độ ăn ít rau quả	Không	2.058	37,5
	Có	3.424	62,5
Hoạt động thể lực	Có	3.681	67,2
	Không	1.801	32,8
Thực hành chung	Đúng	1.295	23,6
	Chưa đúng	4.187	76,4

Tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp là 23,6%. Trong đó, tỷ lệ đồng bào Chăm không lạm dụng rượu bia là 89,9%, ăn ít mỡ là 84,1%, không hút thuốc lá là 81,8%, không ăn mặn là 52,7%, có hoạt động thể lực là 67,2% và ăn đủ rau quả là 37,5%.

Bảng 3.15. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm

Đặc điểm dân số học		Thực hành phòng chống THA				p	OR (KTC 95%)
		Đúng		Chưa đúng			
		(n=1.295)		(n=4.187)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	926	23,9	2.955	76,1		1
	Nam	369	23,1	1.232	76,9	0,520	0,96 (0,83 - 1,10)
Nhóm tuổi	18 - 24	325	51,3	308	48,7		1
	25 - 34	425	46,6	487	53,4	0,067	0,83 (0,68 - 1,01)
	35 - 44	185	19,2	780	80,8	<0,001	0,22 (0,18 - 0,28)
	45 - 54	146	13,4	941	86,6	<0,001	0,15 (0,12 - 0,19)
	≥ 55	214	11,4	1.671	88,6	<0,001	0,12 (0,10 - 0,15)
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	84	8,0	969	92,0		1
	Tiểu học	40	3,4	1.129	96,6	<0,001	0,41 (0,28 - 0,60)
	Trung học cơ sở	935	41,4	1.325	58,6	<0,001	8,14 (6,42 - 10,33)
	Phổ thông trung học	152	28,5	382	71,5	<0,001	4,59 (3,43 - 6,14)
	Trung cấp trở lên	84	18,0	382	82,0	<0,001	2,54 (1,83 - 3,51)
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	964	30,8	2.162	69,2		1
	Cán bộ viên chức	65	13,7	410	86,3	<0,001	0,36 (0,27 - 0,47)
	Buôn bán	34	15,5	186	84,5	<0,001	0,41 (0,28 - 0,60)
	Nội trợ	110	11,1	881	88,9	<0,001	0,28 (0,23 - 0,35)
	Công nhân	97	19,6	397	80,4	<0,001	0,55 (0,43 - 0,69)
	Khác	25	14,2	151	85,8	<0,001	0,37 (0,24 - 0,57)
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ cận nghèo	417	25,4	1.225	74,6		1
	Trung bình	786	25,0	2.360	75,0	0,755	0,98 (0,85 - 1,12)
	Khá giả	92	13,3	602	86,7	<0,001	0,45 (0,35 - 0,57)

Đặc điểm dân số học		Thực hành phòng chống THA				p	OR (KTC 95%)
		Đúng		Chưa đúng			
		(n=1.295)		(n=4.187)			
		SL	%	SL	%		
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình	175	22,4	608	77,6		1
	Sống cùng vợ/ chồng	1.078	26,7	2.967	73,3	0,012	1,26 (1,05 - 1,51)
	Góa/Ly thân/Ly dị	42	6,4	612	93,6	<0,001	0,24 (0,17 - 0,34)
Bảo hiểm y tế	Có	932	22,6	3.197	77,4		1
	Không	363	26,8	990	73,2	0,001	1,26 (1,09 - 1.45)
Béo phì	Không	1.123	24,8	3.412	75,2		1
	Có	172	18,2	775	81,8	<0,001	0,67 (0,56 - 0,81)
Kiến thức chung	Đúng	680	42,8	907	51,2		1
	Chưa đúng	615	15,8	3.280	84,2	<0,001	0,25 (0,22 - 0,28)

Qua kết quả phân tích đơn biến, một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm gồm ($p < 0,05$): nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân, bảo hiểm y tế, béo phì và kiến thức chung về phòng chống tăng huyết áp.

Bảng 3.16. Mô hình hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

	Đặc điểm dân số học	p_{hc}	OR_{hc}	KTC 95%
Nhóm tuổi	18 - 24		1	
	25 - 34	<0,001	0,57	0,43 - 0,75
	35 - 44	<0,001	0,11	0,08 - 0,15
	45 - 54	<0,001	0,07	0,05 - 0,10
	≥ 55	<0,001	0,08	0,06 - 0,11
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học		1	
	Tiểu học	<0,001	0,28	0,18 - 0,42
	Trung học cơ sở	<0,001	4,64	3,53 - 6,09
	Phổ thông trung học	<0,001	2,59	1,79 - 3,74
	Trung cấp trở lên	0,002	1,87	1,25 - 2,79
Nghề nghiệp	Nông nghiệp		1	
	Cán bộ viên chức	<0,001	0,29	0,20 - 0,42
	Buôn bán	0,567	0,88	0,56 - 1,37
	Nội trợ	<0,001	0,33	0,25 - 0,42
	Công nhân	<0,001	0,21	0,15 - 0,30
	Khác	0,005	0,48	0,29 - 0,80
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ cận nghèo			1
	Trung bình	0,882	1,02	0,81 - 1,28
	Khá giả	0,070	0,73	0,52 - 1,03
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình			1
	Sống cùng vợ/ chồng	<0,001	1,91	1,44 - 2,53
	Góa/Ly thân/Ly dị	0,134	1,42	0,90 - 2,24
Béo phì		0,917	1,01	0,81 - 1,26
Không có bảo hiểm y tế		0,567	1,07	0,85 - 1,36
Kiến thức chưa đúng		<0,001	0,24	0,21 - 0,28

Sau khi kiểm soát các yếu tố bằng mô hình hồi quy đa biến, một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm gồm: nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân và kiến thức phòng chống tăng huyết áp ($p < 0,05$).

3.3.4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Bảng 3.17. Phân tích đơn biến một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ (n=5.482)

Đặc điểm dân số học		Tăng huyết áp				p	OR (KTC 95%)
		Có		Không			
		(n=1.725)		(n=3.757)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	1.175	30,3	2.706	69,7		1
	Nam	550	34,3	1.051	65,7	0,003	1,21 (1,06 - 1,36)
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	513	48,7	540	51,3		1
	Tiểu học	439	37,6	730	62,4	<0,001	0,63 (0,53 - 0,75)
	Trung học cơ sở	581	25,7	1.679	74,3	<0,001	0,36 (0,31 - 0,42)
	Phổ thông trung học	102	19,1	432	80,9	<0,001	0,25 (0,19 - 0,32)
	Trung cấp trở lên	90	19,3	376	80,7	<0,001	0,25 (0,19 - 0,33)
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	959	30,7	2.167	69,3		1
	Cán bộ viên chức	157	33,1	318	66,9	0,297	1,12 (0,91 - 1,37)
	Buôn bán	74	33,6	146	66,4	0,359	1,15 (0,86 - 1,53)
	Nội trợ	332	33,5	659	66,5	0,095	1,14 (0,98 - 1,33)
	Công nhân	139	28,1	355	71,9	0,254	0,88 (0,72 - 1,09)
	Khác	64	36,4	112	63,6	0,113	1,29 (0,94 - 1,77)
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ cận nghèo	469	28,6	1.173	71,4		1
	Trung bình	1.015	32,3	2.131	67,7	0,009	1,19 (1,05 - 1,36)
	Khá giả	241	34,7	453	65,3	0,003	1,33 (1,10 - 1,61)
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình	126	16,1	657	83,9		1
	Sống cùng vợ/ chồng	1.275	31,5	2.770	68,5	<0,001	2,40 (1,96 - 2,94)
	Góa/Ly thân/Ly dị	324	49,5	330	50,5	<0,001	5,12 (4,01 - 6,54)

Một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ gồm ($p < 0,05$): giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và tình trạng hôn nhân.

Bảng 3.18. Phân tích đơn biến một số hành vi nguy cơ liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Hành vi nguy cơ		Tăng huyết áp				p	OR (KTC 95%)
		Có		Không			
		(n=1.725)	(n=3.757)	(n=1.725)	(n=3.757)		
		SL	%	SL	%		
Tiền sử gia đình	Không	1.693	31,3	3.713	68,7		1
có người THA	Có	32	42,1	44	57,9	0,044	1,60 (1,01 - 2,51)
Béo phì	Không	1.282	28,3	3.253	71,7		1
	Có	443	46,8	504	53,2	<0,001	2,23 (1,94 - 2,57)
Hiện đang hút	Không	1.301	29,0	3.186	71,0		1
thuốc lá	Có	424	42,6	571	57,4	<0,001	1,82 (1,58 - 2,09)
Sử dụng rượu	Không	1.107	29,5	2.650	70,5		1
bia/12 tháng qua	Có	618	35,8	1.107	64,2	<0,001	1,34 (1,18 - 1,51)
Lạm dụng	Không	1.479	30,0	3.449	70,0		1
rượu bia	Có	246	44,4	308	55,6	<0,001	1,86 (1,56 - 2,22)
Chế độ ăn mặn	Không	765	26,5	2.122	73,5		1
	Có	960	37,0	1.635	63,0	<0,001	1,63 (1,45 - 1,83)
Chế độ ăn	Không	1.307	28,3	3.305	71,7		1
nhiều mỡ	Có	418	48,1	452	51,9	<0,001	2,34 (2,02 - 2,70)
Chế độ ăn	Không	470	22,8	1.588	77,2		1
ít rau quả	Có	1.255	36,7	2.169	63,3	<0,001	1,95 (1,73 - 2,21)
Hoạt động	Có	981	26,6	2.700	73,4		1
thể lực	Không	744	41,3	1.057	58,7	0,015	1,94 (1,72 - 2,18)

Một số hành vi nguy cơ liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ gồm ($p < 0,05$): tiền sử gia đình, béo phì, hút thuốc lá, sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua, lạm dụng rượu bia, ăn mặn, ăn nhiều mỡ, ăn ít rau quả và không hoạt động thể lực.

Bảng 3.19. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Đặc điểm dân số học		p_{hc}	OR_{hc}	KTC 95%
Giới tính (Nam)		0,071	1,16	0,99 - 1,36
Tiền sử gia đình có người tăng huyết áp		0,108	1,52	0,91 - 2,55
Có béo phì		<0,001	2,09	1,79 - 2,45
Hiện tại có hút thuốc lá		<0,001	1,76	1,33 - 2,33
Có sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua		0,590	1,06	0,86 - 1,30
Có lạm dụng rượu bia		0,098	1,27	0,96 - 1,70
Ăn mặn		0,001	1,46	1,16 - 1,84
Ăn nhiều mỡ		<0,001	4,38	3,46 - 5,55
Ít ăn rau củ, trái cây		0,068	1,26	0,98 - 1,62
Không hoạt động thể lực		<0,001	1,47	1,20 - 1,80
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học			1
	Tiểu học	<0,001	0,53	0,44 - 0,64
	Trung học cơ sở	<0,001	0,33	0,26 - 0,41
	Phổ thông trung học	<0,001	0,32	0,23 - 0,43
	Trung cấp trở lên	<0,001	0,26	0,19 - 0,35
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình			1
	Sống cùng vợ/ chồng	<0,001	1,85	1,46 - 2,35
	Góa/Ly thân/Ly dị	<0,001	3,27	2,44 - 4,37
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ cận nghèo			1
	Trung bình	0,001	1,27	1,10 - 1,46
	Khá giả	<0,001	1,56	1,25 - 1,94

Qua phân tích hồi quy đa biến, một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm gồm: béo phì, hút thuốc lá, ăn mặn, ăn nhiều mỡ, không hoạt động thể lực, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế ($p < 0,05$).

Bảng 3.20. Tỷ lệ hiện mắc, kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Nội dung		Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tăng huyết áp	Có	550	34,4	1.175	30,3	1.725	31,5
	Không	1.051	65,6	2.706	69,7	3.757	68,5
Kiến thức phòng chống THA	Đúng	461	28,8	1.126	29,0	1.587	28,9
	Chưa đúng	1.140	71,2	2.755	71,0	3.895	71,1
Thực hành phòng chống THA	Đúng	369	23,1	926	23,9	1.295	23,6
	Chưa đúng	1.232	76,9	2.955	76,1	4.187	76,4

Qua những kết quả điều tra cho thấy, tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp là 31,5%. Kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ còn khá thấp. Những kết quả điều tra thực tế này góp phần phản ánh nhu cầu khám chữa bệnh, nâng cao kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ. Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp ở các tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ cần tăng cường những hoạt động giáo dục sức khỏe thay đổi lối sống cho đồng bào Chăm.

3.4. NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM BIỆN PHÁP ĐÁP ỨNG NHU CẦU TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC VỀ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở ĐỒNG BÀO CHĂM TẠI XÃ PHAN THANH

3.4.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp

Bảng 3.21. Nhu cầu khám chữa bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp (n=1.725)

Nội dung		Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Nhu cầu KCB tại trạm y tế (n=1.725)	Có	422	76,7	892	75,9	1.314	76,2
	Không	128	23,3	283	24,1	411	23,8
Lý do chọn trạm y tế khám chữa bệnh (n=1.314)	Gần nhà	161	38,2	375	42,0	536	40,8
	NVYT thân thiện	277	65,6	572	64,1	849	64,6
	Giỏi chuyên môn	287	68,0	598	67,0	885	67,4
	Miễn phí KCB	250	59,2	534	59,9	784	59,7

Khảo sát 1.725 đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp, kết quả cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp có nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm y tế là 76,2% (nam 76,7% và nữ 75,9%). Trong số đó, lý do có nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm y tế chủ yếu là nhân viên y tế giỏi chuyên môn 67,4%, nhân viên y tế thân thiện 64,6%, được khám chữa bệnh miễn phí 59,7% và gần nhà 40,8%.

3.4.2. Nhu cầu nâng cao kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp

Bảng 3.22. Nhu cầu nâng cao kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp (n=1.725)

Nội dung		Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
Được tiếp cận thông tin (n=1.725)	Có	448	81,5	914	77,8	1.362	79,0
	Không	102	18,5	261	22,2	363	21,0
Nguồn nhận thông tin (n=1.362)	Nhân viên y tế	357	79,7	714	78,1	1.071	78,6
	Truyền hình	361	80,6	757	82,8	1.118	82,1
	Loa phát thanh	234	52,2	484	53,0	718	52,7
	Sách, báo	97	21,7	189	20,7	286	21,0
	Tờ rơi	119	26,6	243	26,6	362	26,6
	Bạn bè, thân nhân	107	23,9	238	26,0	345	25,3
	Internet	76	17,0	148	16,2	224	16,5
Nhu cầu tiếp nhận thông tin (n=1.725)	Có	483	87,8	1.025	87,2	1.508	87,4
	Không	67	12,2	150	12,8	217	12,6

Khảo sát 1.725 đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp, kết quả cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm tiếp cận được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp là 79,0%% (nam 81,5% và nữ 77,8%). Trong số đó, tỷ lệ nhận được thông tin qua nhân viên y tế là 78,6%; qua truyền hình là 82,1% và qua loa phát thanh là 52,7%. Tỷ lệ đồng bào Chăm có nhu cầu được tiếp cận thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp là 87,4% (nam 87,8% và nữ 87,2%).

3.4.3. Đánh giá kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Để thực hiện can thiệp thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ở xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận, nghiên cứu có 05 hoạt động sau:

- (1) Thành lập ban chỉ đạo phòng chống bệnh tăng huyết áp tại xã Phan Thanh.
- (2) Thành lập mạng lưới phòng bệnh tăng huyết áp.
- (3) Tổ chức quản lý điều trị tại trạm y tế
- (4) Truyền thông giáo dục sức khỏe tư vấn người bệnh tại hộ gia đình
- (5) Truyền thông giáo dục sức khỏe gián tiếp qua đài phát thanh bằng tiếng Chăm, đặt pano, áp phích. Tổ chức thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp bằng nói chuyện chuyên đề tại chùa.

3.4.3.1. Hoạt động công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp

Bảng 3.23. Hoạt động triển khai thực hiện can thiệp

TT	Nội dung hoạt động	Xã can thiệp	Xã chứng
	Lập kế hoạch can thiệp		
1	Xin phê duyệt của Sở Y tế và ban ngành liên quan	Có	Không
2	Thành lập Ban chỉ đạo	- Ban chỉ đạo CSSKBD chung - Ban chỉ đạo phòng chống THA	- Ban chỉ đạo CSSKBD chung
3	Tập huấn cộng tác viên (CTV)	Có	Không
4	Vãng gia thăm khám người bệnh	Có	Không
5	Cung cấp tờ rơi về phòng chống tăng huyết áp	Có	Không
6	Đặt pano về phòng chống tăng huyết áp tại các nhà sinh hoạt cộng đồng thôn, nhà văn hóa xã, trạm y tế xã.	Có	Không
7	Phát thanh bằng tiếng Chăm hàng tuần	Có	Không
8	Nói chuyện chuyên đề mỗi tháng	Có	Không
9	Giám sát mỗi tháng	Có	Không
10	Thực hiện đánh giá sau 1 năm	Có	Không

Xây dựng tài liệu tập huấn cho thành viên trong chương trình can thiệp. Nghiên cứu sinh cùng ban chỉ đạo tổ chức tập huấn cho toàn bộ cộng tác viên, cung cấp tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh tăng huyết áp cho thành viên tham gia. Xây dựng và sản xuất tài liệu truyền thông gồm: 9 pano, 3.500 tờ rơi (do nhóm nghiên cứu thiết kế), 12 bản tin, 12 bài nói chuyện chuyên đề phục vụ công tác truyền thông.

3.4.3.2. Kết quả các hoạt động thử nghiệm các biện pháp can thiệp về đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục tại xã Phan Thanh

Bảng 3.24. Kết quả các hoạt động thử nghiệm các biện pháp can thiệp về đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục tại xã Phan Thanh

STT	Nội dung	Chỉ tiêu	Thực hiện	Tỷ lệ (%)
1.	Số lần tập huấn nhân viên y tế xã	4 lần	4 lần	100
2.	Số lần họp CTV	12 lần	12 lần	100
3.	Số CTV tham gia họp định kỳ	10 người	10 người	100
4.	Số lượt CTV thăm hộ gia đình	48 lần	48 lần	100
5.	Số tờ rơi về phòng chống tăng huyết áp đưa tới người dân	1.000 tờ	800 tờ	80
6.	Số tờ rơi về phòng chống tăng huyết áp được cung cấp tại trạm y tế	500 tờ	500 tờ	100
7.	Tài liệu phòng chống tăng huyết áp	500 cuốn	500 cuốn	100
8.	Hỗ trợ chuyên gia nói chuyện chuyên đề	2.000 tờ		
9.	Số pano được phát hành (7 cái ở 7 thôn, 1 cái ở nhà văn hóa xã, 1 trạm y tế xã)	9 cái	9 cái	100
10.	Tần suất phát thanh trên loa đài	96 lần (2 lần/ 1 tuần)	96 lần	100
11.	Tần suất nói chuyện chuyên đề tại chùa	12 lần	12 lần	100
12.	Số lượng người dân trung bình tại chùa vào mỗi buổi nói chuyện	100 người/lần		
13.	Số lần giám sát	12 lần	12 lần	100

Tỷ lệ 100% cộng tác viên thực hiện hoạt động trong chương trình can thiệp đạt chỉ tiêu. Trong đó, số lượt vãng gia thăm nhà người bệnh đạt 100%. Có 800 tờ rơi trong số ước tính 1.000 được đưa tới người dân. Trạm Y tế lưu giữ 500 tờ, sau

can thiệp, số tờ rơi được phát ra cộng đồng 500 tờ (100%). 100% số tờ rơi được chuyên gia cung cấp cho người dân vào các buổi nói chuyện. 100% số pano được đặt tại các trục đường chính.

100% các bài phát thanh trong chương trình can thiệp được phổ biến trên loa phóng thanh tại các ấp trong xã, mỗi tuần 2 lần. 100% các bài nói chuyện chuyên đề về bệnh tăng huyết áp được thực hiện tại chùa vào mỗi tháng. Số lần giám sát trực tiếp đạt 100%.

3.4.4. Tình hình tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp qua điều tra ngẫu nhiên trước và sau thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Bảng 3.25. So sánh đặc điểm dân số xã hội đồng bào dân tộc Chăm tại xã can thiệp và xã đối chứng

Chỉ số	Xã can thiệp				Xã đối chứng				p
	TCT		SCT		TCT		SCT		
	(n=400)		(n=400)		(n=400)		(n=400)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Giới tính									
Nam	200	50,0	200	50,0	200	50,0	200	50,0	>0,05
Nữ	200	50,0	200	50,0	200	50,0	200	50,0	
Nhóm tuổi									
18 - 24	80	20,0	80	20,0	80	20,0	80	20,0	>0,05
25 - 34	80	20,0	80	20,0	80	20,0	80	20,0	
35 - 44	80	20,0	80	20,0	80	20,0	80	20,0	
45 - 54	80	20,0	80	20,0	80	20,0	80	20,0	
≥ 55	80	20,0	80	20,0	80	20,0	80	20,0	

Chỉ số	Xã can thiệp				Xã đối chứng				p
	TCT		SCT		TCT		SCT		
	(n=400)		(n=400)		(n=400)		(n=400)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Học vấn									
Dưới tiểu học	39	9,7	47	11,7	24	6,0	36	9,0	>0,05
Tiểu học	51	12,8	58	14,5	38	9,5	56	14,0	
THCS	138	34,5	146	36,5	159	39,8	151	37,8	
THPT	61	15,2	68	17,0	72	18,0	71	17,7	
≥ Trung cấp	111	27,8	81	20,3	107	26,7	86	21,5	
Nghề nghiệp									
CBVC	39	9,7	23	5,7	46	11,5	26	6,5	>0,05
Nông nghiệp	207	51,8	221	55,3	199	49,8	214	53,5	
Buôn bán	50	12,5	41	10,3	45	11,2	47	11,8	
Công nhân	41	10,2	47	11,7	53	13,2	49	12,3	
Nội trợ	35	8,8	34	8,5	32	8,0	31	7,7	
Khác	28	7,0	34	8,5	25	6,3	33	8,2	
Tình trạng hôn nhân									
Đã lập gia đình	275	68,8	298	74,5	300	75,0	303	75,8	>0,05
Góa/ Ly dị	59	14,7	49	12,2	38	9,5	48	12,0	
Độc thân	66	16,5	53	13,3	62	15,5	49	12,2	
Tình trạng kinh tế									
Nghèo	41	10,3	31	7,8	41	10,3	28	7,0	>0,05
Cận nghèo	107	26,7	83	20,7	93	23,2	81	20,3	
Trung bình	53	13,3	56	14,0	34	8,5	52	13,0	
Khá giả	199	49,7	230	57,5	232	58,0	239	59,7	
Bảo hiểm y tế									
Có	275	68,8	291	72,8	282	70,5	284	71,0	>0,05
Không	125	31,2	109	27,2	118	29,5	116	29,0	

p: So sánh nhóm can thiệp với nhóm đối chứng trước can thiệp

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế và tình trạng có thể bảo hiểm y tế ở 2 nhóm can thiệp và đối chứng với $p > 0,05$.

3.4.5. Tình hình về người bệnh tăng huyết áp trước và sau thử nghiệm biện pháp can thiệp

Bảng 3.26. Tình hình người bệnh tăng huyết áp xã Phan Thanh và xã Phú Lạc trước và sau can thiệp

		Xã can thiệp (Phan Thanh)		Xã đối chứng (Phú Lạc)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
		TCT (n=400)	SCT (n=400)	TCT (n=400)	SCT (n=400)				
Chỉ số huyết áp (mmHg)	<140/90	295	350	289	283	<0,001	0,638	0,633	<0,001
		73,7%	87,5%	72,2%	70,7%				
	≥140/90	105	50	111	117				
		26,3%	12,5%	27,8%	29,3%				
Tăng huyết áp	Không	267	310	261	272	0,001	0,410	0,654	0,003
		66,7%	77,5%	65,2%	68,0%				
	Có	133	90	139	128				
		33,3%	22,5%	34,8%	32,0%				

p₁: So sánh nhóm can thiệp trước – sau can thiệp;

p₂: So sánh nhóm chứng trước – sau can thiệp;

p₃: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng trước can thiệp;

p₄: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng sau can thiệp

Ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh), tỷ lệ đồng bào Chăm có chỉ số huyết áp dưới <140/90 và không tăng huyết áp vào thời điểm sau can thiệp đều cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, những chỉ số này ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh) đều cao hơn nhóm đối chứng (xã Phú Lạc) vào thời điểm sau can thiệp. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.27. Thay đổi chỉ số huyết áp của người dân tại 2 xã tính theo chỉ số hiệu quả thử nghiệm biện pháp can thiệp

Chỉ số huyết áp	Xã can thiệp			Xã đối chứng		CSHQ	HQCT
	(Phan Thanh)		p	(Phú Lạc)			
	TCT	SCT		TCT	SCT		
	(n=400)	(n=400)		(n=400)	(n=400)		
<140/90 mmHg	295	350		289	283		
	73,7%	87,5%		72,2%	70,7%		
≥140/90 mmHg	105	50	52,4	111	117	5,4	8,7
	26,3%	12,5%	<0,05	27,8%	29,3%	>0,05	<0,05

Tỷ lệ chỉ số huyết áp đo được $\geq 140/90$ mmHg trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp giảm từ 26,3% xuống 12,5%, chỉ số hiệu quả 52,5%, ở nhóm chứng là 27,8% và 29,3%, chỉ số hiệu quả 5,4%. Hiệu quả can thiệp đạt 8,7% ($p < 0,05$).

Bảng 3.28. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân tại 2 xã tính theo chỉ số hiệu quả thử nghiệm biện pháp can thiệp

Tăng huyết áp	Xã can thiệp		CSHQ p	Xã đối chứng		CSHQ p	HQCT p
	(Phan Thanh)			(Phú Lạc)			
	TCT	SCT		TCT	SCT		
	(n=400)	(n=400)		(n=400)	(n=400)		
Không THA	267	310		261	272		
	66,7%	77,5%		65,2%	68,0%		
Có THA	133	90	32,3	139	128	7,9	3,1
	33,3%	22,5%	<0,05	34,8%	32,0%	>0,05	<0,05

Tỷ lệ tăng huyết áp trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp giảm từ 33,3% xuống 22,5%, chỉ số hiệu quả 32,4%, ở nhóm chứng là 34,8% và 32,0%, chỉ số hiệu quả 8,0%. Hiệu quả can thiệp 3,1% ($p < 0,05$).

3.4.6. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ở xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Bảng 3.29. Kết quả nâng cao kiến thức phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm tại xã Phan Thanh và xã Phú Lạc trước và sau can thiệp

Kiến thức			Xã can thiệp (Phan Thanh)		Xã đối chứng (Phú Lạc)		P ₁	P ₂	P ₃	P ₄
			TCT	SCT	TCT	SCT				
			(n=400)	(n=400)	(n=400)	(n=400)				
Chỉ số huyết áp khi tăng huyết áp	Đúng	n	226	275	208	243	<0,001	0,013	0,201	0,018
		%	56,5	68,8	52,0	60,8				
	Chưa đúng	n	174	125	192	157				
		%	43,5	31,2	48,0	39,2				
Triệu chứng	Đúng	n	241	285	211	265	0,001	<0,001	0,032	0,127
		%	60,3	71,3	52,8	66,3				
	Chưa đúng	n	159	115	189	135				
		%	39,7	28,7	47,2	33,7				
Biến chứng	Đúng	n	253	302	248	270	<0,001	0,104	0,715	0,012
		%	63,3	75,5	62,0	67,5				
	Chưa đúng	n	147	98	152	130				
		%	36,7	24,5	38,0	32,5				
Yếu tố nguy cơ	Đúng	n	170	231	176	210	<0,001	0,016	0,669	0,135
		%	42,5	57,8	44,0	52,5				
	Chưa đúng	n	230	169	224	190				
		%	57,5	42,2	56,0	47,5				
Biện pháp điều trị	Đúng	n	176	236	184	193	<0,001	0,524	0,570	0,002
		%	44,0	59,0	46,0	48,2				
	Chưa đúng	n	224	164	216	207				
		%	56,0	41,0	54,0	51,8				
Biện pháp phòng bệnh	Đúng	n	199	244	195	208	0,001	0,358	0,777	0,010
		%	49,7	61,0	48,7	52,0				
	Chưa đúng	n	201	156	205	192				
		%	50,3	39,0	51,3	48,0				
Kiến thức chung	Đúng	n	119	189	100	146	<0,001	<0,001	0,132	0,002
		%	29,7	47,3	25,0	36,5				
	Chưa đúng	n	281	211	300	254				
		%	70,3	52,7	75,0	63,5				

p_1 : So sánh nhóm can thiệp trước – sau can thiệp;

p_2 : So sánh nhóm chứng trước – sau can thiệp;

p_3 : So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng trước can thiệp;

p_4 : So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng sau can thiệp

Ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh), tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng về chỉ số huyết áp khi tăng huyết áp, biến chứng của bệnh tăng huyết áp, biện pháp điều trị tăng huyết áp, biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp và kiến thức chung đúng vào thời điểm sau can thiệp đều cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, những chỉ số này ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh) đều cao hơn nhóm đối chứng (xã Phú Lạc) vào thời điểm sau can thiệp. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.30. Phân tích đa biến sự khác biệt của các yếu tố tác động tới kiến thức chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	OR (KTC 95%)	P
Xã được can thiệp (Phan Thanh)	1,26 (0,92 - 1,73)	0,143
Thời điểm được can thiệp	1,74 (1,28 - 2,37)	<0,001
Xã*Thời điểm can thiệp	1,24 (0,81 - 1,89)	0,328
Giới tính nam	0,85 (0,69 - 1,06)	0,155
Nhóm tuổi: ≥ 60 tuổi	0,67 (0,50 - 0,90)	0,008
Có bảo hiểm y tế	0,85 (0,67 - 1,07)	0,170
Có nhu cầu được cung cấp thông tin THA	1,05 (0,76 - 1,46)	0,778
Trình độ học vấn tiểu học	1,08 (0,69 - 1,69)	0,746
Trình độ học vấn trung học cơ sở	0,87 (0,58 - 1,28)	0,469
Trình độ học vấn phổ thông trung học	1,12 (0,72 - 1,73)	0,624
Trình độ học vấn trung cấp trở lên	0,95 (0,63 - 1,43)	0,790

Phân tích đa biến sự khác biệt của các yếu tố tác động tới kiến thức chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm trước và sau can thiệp trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp, cho thấy không có mối liên quan giữa một số yếu tố về giới tính, bảo hiểm y tế, nhu cầu cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp và trình độ học vấn với kiến thức chung về phòng chống tăng huyết áp của đồng bào Chăm ($p>0,05$).

Tuy nhiên, phân tích đã tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên với kiến thức về phòng chống tăng huyết áp của đối tượng này. Cụ thể, những người từ 60 tuổi trở lên có số chênh kiến thức đúng về phòng chống tăng huyết áp chỉ bằng 0,10 lần so với nhóm dưới 60 tuổi.

3.4.7. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ở xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Bảng 3.31. Kết quả can thiệp nâng cao thực hành phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm xã Phan Thanh, xã Phú Lạc trước và sau can thiệp

Thực hành			Xã can thiệp (Phan Thanh)		Xã đối chứng (Phú Lạc)		P ₁	P ₂	P ₃	P ₄
			TCT	SCT	TCT	SCT				
			(n=400)	(n=400)	(n=400)	(n=400)				
Hút thuốc lá	Không	n	289	368	266	291	<0,001	0,055	0,078	<0,001
		%	72,2	92,0	66,5	72,7				
	Có	n	111	32	134	109				
		%	27,8	8,0	33,5	27,3				
Lạm dụng rượu bia	Không	n	357	375	361	354	0,022	0,422	0,641	0,009
		%	89,2	93,7	90,2	88,6				
	Có	n	43	25	39	46				
		%	10,8	6,3	9,8	11,5				
Ăn mặn	Không	n	297	368	336	355	<0,001	0,050	0,001	0,119
		%	74,2	92,0	84,0	88,7				
	Có	n	103	32	64	45				
		%	25,8	8,0	16,0	11,3				

Thực hành			Xã can thiệp (Phan Thanh)		Xã đối chứng (Phú Lạc)		p ₁	p ₂	p ₃	p ₄
			TCT	SCT	TCT	SCT				
			(n=400)	(n=400)	(n=400)	(n=400)				
Ăn nhiều mỡ	Không	n	301	365	305	313	<0,001	0,500	0,741	<0,001
		%	75,2	91,2	76,2	78,2				
	Có	n	99	35	95	87				
		%	24,8	8,8	23,8	21,8				
Ăn đủ rau quả	Có	n	187	247	122	141	<0,001	0,153	<0,001	<0,001
		%	46,7	61,8	30,5	35,2				
	Không	n	213	153	278	259				
		%	53,3	38,2	69,5	64,8				
Hoạt động thể lực	Có	n	191	309	173	187	<0,001	0,320	0,201	<0,001
		%	47,7	77,3	43,2	46,7				
	Không	n	209	91	227	213				
		%	52,3	22,7	56,8	53,3				
Thực hành chung	Đúng	n	99	232	87	91	<0,001	0,734	0,315	<0,001
		%	24,7	58,0	21,7	22,7				
	Chưa đúng	n	301	168	313	309				
		%	75,3	42,0	78,3	77,3				

p₁: So sánh nhóm can thiệp trước – sau can thiệp;

p₂: So sánh nhóm chứng trước – sau can thiệp;

p₃: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng trước can thiệp;

p₄: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng sau can thiệp

Ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh), tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành đúng về không hút thuốc lá, không lạm dụng rượu/bia, ăn ít dầu mỡ, ăn đủ rau quả, có hoạt động thể lực và thực hành chung đúng vào thời điểm sau can thiệp đều cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, những chỉ số này ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh) đều cao hơn nhóm đối chứng (xã Phú Lạc) vào thời điểm sau can thiệp. Sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ đồng bào Chăm không hút thuốc lá trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 72,2% lên 92,0% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng tăng từ 66,5% lên 72,7%

($p > 0,05$). Bên cạnh đó, tỷ lệ đồng bào Chăm không hút thuốc lá ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng vào thời điểm sau can thiệp.

Bảng 3.32. Phân tích đa biến sự khác biệt của các yếu tố tác động tới thực hành chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm trước và sau can thiệp

Biến đánh giá	OR (KTC 95%)	P
Xã được can thiệp (Phan Thanh)	1,17 (0,82 - 1,65)	0,382
Thời điểm được can thiệp	1,03 (0,72 - 1,46)	0,889
Xã*Thời điểm can thiệp	4,99 (3,08 - 8,08)	<0,001
Giới tính nam	0,28 (0,22 - 0,36)	<0,001
Nhóm tuổi: ≥ 60 tuổi	0,41 (0,29 - 0,58)	<0,001
Có bảo hiểm y tế	1,04 (0,79 - 1,35)	0,798
Có nhu cầu được cung cấp thông tin THA	3,54 (2,22 - 5,65)	<0,001
Trình độ học vấn tiểu học	0,54 (0,32 - 0,92)	0,022
Trình độ học vấn trung học cơ sở	0,83 (0,54 - 1,28)	0,397
Trình độ học vấn phổ thông trung học	1,10 (0,68 - 1,79)	0,700
Trình độ học vấn trung cấp trở lên	1,10 (0,70 - 1,72)	0,689

Phân tích sự khác biệt của các yếu tố tác động tới thực hành chung về tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm trước và sau can thiệp trong đánh giá nhằm kiểm soát tương tác của hai biến là biến có can thiệp hay không can thiệp (địa bàn) và biến thời điểm can thiệp (trước và sau can thiệp) tới hiệu quả của can thiệp, cho thấy một số yếu tố liên quan đến với thực hành chung về phòng chống tăng huyết áp của đồng

bào Chăm ($p < 0,05$): giới tính, nhóm tuổi, nhu cầu được cung cấp thông tin về tăng huyết áp và trình độ học vấn.

Cụ thể, nam giới đồng bào Chăm có số chênh lệch thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp bằng 0,28 lần so với nữ giới đồng bào Chăm. Những người từ 60 tuổi trở lên có số chênh lệch thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp chỉ bằng 0,41 lần so với nhóm dưới 60 tuổi. Những người có nhu cầu được cung cấp thông tin về tăng huyết áp có số chênh lệch thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp bằng 3,54 lần so với những người không có nhu cầu.

3.4.8. Kết quả đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh tăng huyết áp tại 2 xã, trước và sau can thiệp

Bảng 3.33. Kết quả sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người bệnh tăng huyết áp tại 2 xã, trước và sau can thiệp

Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh		Xã can thiệp (Phan Thanh)		Xã đối chứng (Phú Lạc)		P ₁	P ₂	P ₃	P ₄
		TCT	SCT	TCT	SCT				
		(n=400)	(n=400)	(n=400)	(n=400)				
Nơi khám chữa bệnh	Trạm y tế	260	291	247	266	0,018	0,161	0,340	0,055
		65,0%	72,8%	61,8%	66,5%				
	Nơi khác	140	109	153	134				
		35,0%	27,2%	38,2%	33,5%				
Nhu cầu cung cấp thông tin về THA	Có	348	368	327	357	0,021	0,003	0,041	0,182
		87,0%	92,0%	81,8%	89,3%				
	Không	52	32	73	43				
		13,0%	8,0%	18,2%	10,7%				

p₁: So sánh nhóm can thiệp trước – sau can thiệp;

p₂: So sánh nhóm chứng trước – sau can thiệp;

p₃: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng trước can thiệp;

p₄: So sánh nhóm can thiệp với nhóm chứng sau can thiệp

Ở nhóm can thiệp (xã Phan Thanh), tỷ lệ đồng bào Chăm khám chữa bệnh tại trạm y tế và có nhu cầu cần cung cấp thông tin về bệnh tăng huyết áp vào thời điểm

sau can thiệp đều cao hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa nhóm can thiệp (xã Phan Thanh) và nhóm đối chứng (xã Phú Lạc) về 2 chỉ số này vào thời điểm sau can thiệp ($p > 0,05$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM DÂN SỐ XÃ HỘI CỦA ĐỒNG BÀO CHĂM KHU VỰC NAM TRUNG BỘ

4.1.1. Đặc điểm dân số xã hội của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Đồng bào Chăm ở duyên hải Nam Trung Bộ, đông nhất là Ninh Thuận và Bình Thuận với trên 60% tổng số người Chăm cả nước, việc nghiên cứu thường về lịch sử, lễ hội và phong tục tập quán. Trong việc chăm sóc sức khỏe, đồng bào Chăm có thói quen sử dụng nước không đảm bảo vệ sinh, thói quen ăn mặn, lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá đã tạo ra những áp lực về tinh thần, kinh tế đối với các thành viên trong gia đình, quan trọng hơn, sức khỏe của họ cũng theo đó bị giảm sút. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng đồng bào dân tộc Chăm từ 18 tuổi trở lên sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ. Tổng cộng 5.482 đối tượng được đưa vào nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trình độ học vấn tập trung nhiều ở nhóm tiểu học và dưới tiểu học với 40,5%, trung học cơ sở với 41,2% và có tỷ lệ thấp là ở nhóm trung cấp trở lên với 8,5%. Trình độ học vấn cao hơn nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) ở đồng bào Jrai tại Gia Lai có tỷ lệ tiểu học cao là 50,9% [19], nghiên cứu của Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) ở đồng bào Khmer có tỷ lệ dưới tiểu học cao là 64% [70], nghiên cứu của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) ở đồng bào Chăm tại Ninh Thuận có tỷ lệ trình độ tiểu học cao chiếm 58,8% [66]. Nhìn chung, trình độ học vấn ở đồng bào Chăm vẫn còn thấp. Những người nghèo là những người có trình độ học vấn thấp, ít có cơ hội kiếm được việc làm tốt, ổn định, không có điều kiện để nâng cao trình độ để thoát nghèo.

Đồng bào Chăm là một trong những dân tộc có văn hóa lâu đời ở nước ta, sống tập trung chủ yếu ở các đồng bằng, ven sông rạch trải dài từ Bình Định trở vào. Trong đó, 70% dân số đồng bào Chăm tập trung ở đồng bằng Nam Trung Bộ. Với đặc điểm địa hình là miền đất hẹp, kéo dài và được cấu tạo bởi ba vùng: Núi - Đồng bằng - Biển cả. Khí hậu nơi đây khắc nghiệt, khô ẩm, nhiều nắng, ít mưa. Điều kiện tự nhiên,

địa lí môi sinh đó đã hình thành nên nền kinh tế của đồng bào dân tộc Chăm. Chăm là một dân tộc có nhiều ngành nghề truyền thống lâu đời như thêu, dệt, làm đồ gốm, làm gạch, chế tạo công cụ sản xuất, buôn bán, đóng thuyền, đánh cá, điêu khắc, đặc biệt là nghề trồng lúa nước được đồng bào dân tộc Chăm phát triển từ rất sớm. Bên cạnh đó đồng bào dân tộc Chăm còn là những người làm vườn giỏi. Họ trồng nhiều hoa màu và cây ăn trái như ngô, khoai lang, đậu xanh, đậu nành, chuối, dừa, hồ tiêu. Đến nay họ vẫn còn phát huy truyền thống làm lúa nước và chăn nuôi gia súc, gia cầm. Hoạt động nông nghiệp vẫn là nền kinh tế chủ đạo trong đời sống kinh tế của đồng bào dân tộc Chăm hiện nay [76]. Nhóm nghề nghiệp làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ 57,0%, kế đến là nội trợ với 18,1%. Ở dân tộc Jrai nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) cũng có tỷ lệ nông dân cao là 90,8% [19], nghiên cứu của Danh Thị Cẩm Xuyên (2017) về người Khmer tại Kiên Giang có tỷ lệ nông dân là 62,8% [7], nghiên cứu của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) có tỷ lệ lao động chân tay của người Chăm tại nghiên cứu ở Ninh Thuận là 87,3% [66].

Tỷ lệ hộ nghèo của nghiên cứu là 9,2% thấp hơn một số nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thân Thủy (2017) ở dân tộc Mường có tỷ lệ hộ nghèo là 15% [86]. Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn (2014) ở dân tộc Dao có tỷ lệ hộ nghèo là 67,4% [73]. Nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) ở dân tộc Jrai có tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo cao hơn lần lượt là 26,8% và 48,1% [19]. Theo báo cáo tổng quan thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số (2015), thu nhập bình quân đầu người/tháng ở đồng bào Chăm là 1.329.000 VNĐ. Tỷ lệ đồng bào Chăm thuộc diện hộ nghèo là 14,5% và cận nghèo là 8,5% [90]. Theo báo cáo Niên giám Thống kê (2020), tỷ lệ hộ nghèo tại khu vực Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung là 6,5% [68]. Trong đó, Ninh Thuận (9,0%), Bình Thuận (1,6%), Bình Định (4,1%), Phú Yên (5,5%) [68]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tình hình thực tế, tỷ lệ hộ nghèo ở đồng bào Chăm cao hơn so với tỷ lệ hộ nghèo chung của khu vực Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung. Nhìn chung, đời sống của đồng bào dân tộc thiểu số tuy đã được cải thiện song vẫn còn nhiều khó khăn. Mặc dù tăng trưởng kinh tế cao trong

hai thập kỷ qua, tỷ lệ đói nghèo vẫn còn cao ở vùng núi và vùng cao, nơi có nhiều dân tộc thiểu số.

Bảo hiểm y tế là một phần quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam. Chính sách Bảo hiểm Y tế của Đảng và Nhà nước mang ý nghĩa nhân đạo, có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện mục tiêu công bằng xã hội trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đồng bào Chăm có BHYT là 75,3% cao hơn so với báo cáo tổng quan thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số (2015), tỷ lệ đồng bào Chăm có bảo hiểm y tế là 65,4% [90]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Trùng Dương (2014) về đồng bào Chil và Chu ru có BHYT là 99,5% [20] và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thân Thủy (2017) về dân tộc Mường có BHYT là 94% [86].

Tỷ lệ thừa cân béo phì của nghiên cứu là 37,7%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) về đồng bào Khmer tại Trà Vinh với tỷ lệ thừa cân béo phì là 14% [70], cao hơn nghiên cứu của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) ở đồng bào Chăm tại Ninh Thuận có tỷ lệ thừa cân, béo phì là 35,4% [66], và nghiên cứu của Danh Thị Cẩm Xuyên (2017) về đồng bào Khmer tại Kiên Giang có tỷ lệ thừa cân béo phì là 35,7% [7], tuy nhiên kết quả thấp hơn nghiên cứu của Mã Thị Hồng (2017) ở đồng bào các dân tộc thiểu số tại Bình Phước có tỷ lệ thừa cân là 45% [38]. Qua kết quả tuy kết quả thấp hơn nghiên cứu đồng bào thiểu số tại tỉnh Bình Phước tuy nhiên ở hai nghiên cứu của người Chăm tại Ninh Thuận và khu vực Nam Trung Bộ thì tỷ lệ thừa cân béo phì khá cao. Đồng bào Chăm được biết đến với nhiều phong tục, tập quán, tín ngưỡng phong phú. Đặc biệt là lễ Ramadam (tháng chay niệm) kéo dài suốt một tháng. Trong suốt lễ hội diễn ra đồng bào Chăm nhịn ăn vào ban ngày và ăn bù lại vào buổi tối. Khi ăn vào buổi tối, cơ thể ít hoạt động, thức ăn cũng khó chuyển hóa hơn nên dẫn đến tỷ lệ thừa cân béo phì cao. Vì vậy, đồng bào Chăm cần thay đổi thói quen ăn uống tăng cường vận động để giảm tỷ lệ thừa cân béo phì.

4.1.2. Một số thói quen sinh hoạt của đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Hút thuốc lá: Tỷ lệ đồng bào Chăm của nghiên cứu có hút thuốc là 18,2% thấp hơn kết quả nghiên cứu của Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) là 23,0% [70], tỷ lệ có hút thuốc lá từ nghiên cứu của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) là 28,8% [66], tỷ lệ có hút thuốc lá từ nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) là 34,6% [19]. Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu còn lại có thể do sự chênh lệch tỷ lệ nữ của nghiên cứu nhiều hơn các nghiên cứu trước đây.

Uống rượu, bia: Tỷ lệ có sử dụng rượu, bia trong 12 tháng qua là 31,5%, kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) là 68,2% [19], tỷ lệ sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua từ nghiên cứu của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) là 40% [66] và kết quả nghiên cứu của Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) có tỷ lệ sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua là 39% [70]. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu trên đồng bào S' Tiêng của tỉnh Bình Phước của Mã Thị Hồng (2017) là 67% [38]. Tỷ lệ có lạm dụng rượu bia là 10,1% thấp hơn kết quả của nghiên cứu Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) là 26% [70] và nghiên cứu Mã Thị Hồng (2015) có tỷ lệ lạm dụng rượu bia là 29% [38] và tỷ lệ lạm dụng rượu bia tại nghiên cứu của Danh Thị Cẩm Xuyên (2017) là 33,9%.

Ăn mặn: Tỷ lệ ăn mặn là 47,3% cao hơn tỷ lệ ăn mặn của nghiên cứu Từ Huỳnh Hoàng Tú là 39% [70]. Kết quả của nghiên cứu Rmah Duyn (2017) cho thấy tỷ lệ ăn mặn của đồng bào thỉnh thoảng ăn thực phẩm đã chế biến có lượng muối cao là 62,5% [19]. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Danh Thị Cẩm Xuyên (2017) ở người đồng bào Khmer có ăn mặn là 41,8% [7] và Mã Thị Hồng (2017) là 52% [38]. Như vậy, tỷ lệ ăn mặn ở đồng bào dân tộc thiểu số cao hơn so với người Kinh. Chế độ ăn mặn phụ thuộc nhiều vào phong tục tập quán và vị trí địa lý.

Ăn nhiều mỡ: Tỷ lệ ăn nhiều mỡ ở đồng bào Chăm là 15,9%, thấp hơn tỷ lệ sử dụng mỡ động vật của nghiên cứu Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015) là 30,0% [70] và cao hơn tỷ lệ của nghiên cứu người Chăm của Đồng Thị Thủy Tiên (2015) là 6,6% [66].

Ăn ít rau quả: Tỷ lệ ăn ít rau quả là 62,5% nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) có tỷ lệ ăn rau quả ít hơn 5 suất 1 tuần là 2,9% [19]. Trong khi nghiên cứu của Danh Thị Cẩm Xuyên (2017) ở người đồng bào Khmer có ăn đủ lượng rau quả (8,7%) [7].

Đồng bào Chăm ăn cơm, gạo được nấu trong những nồi đất nung lớn, nhỏ. Thức ăn gồm cá, thịt, rau củ, do săn bắt, hái lượm và chăn nuôi, trồng trọt đem lại. Thức uống có rượu cần và rượu gạo. Do nguồn nguyên liệu tự cung cấp ảnh hưởng đến khẩu phần của đồng bào sinh sống tại đây. Ngoài ra thức uống phổ biến là rượu cần và rượu gạo nên tỷ lệ sử dụng rượu bia cao. Tỷ lệ lạm dụng rượu bia, ăn mặn, ăn nhiều dầu mỡ, ăn ít rau quả của các nghiên cứu thay đổi ở các nghiên cứu do các nghiên cứu được thực hiện trên nhiều đồng bào khác nhau sẽ có các thói quen sinh hoạt, phong tục tập quán khác nhau. Cũng như các đồng bào khác nhau sẽ có số lượng lễ hội khác nhau nên tần suất sử dụng rượu bia cũng khác nhau.

Hoạt động thể lực: Tỷ lệ không hoạt động thể lực là 32,8%. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Rmah Duyn (2018) ở đồng Jrai có tỷ lệ vận động thể lực là 63,3% [19]. Tỷ lệ không hoạt động thể lực còn cao có thể do phần lớn người đồng bào Chăm thu nhập chủ yếu bằng các công việc tay chân nên ban ngày họ đã làm việc nhiều khi về nhà hạn chế việc hoạt động thể lực để nghỉ ngơi, hồi phục sức lực cho ngày làm việc tiếp theo.

4.2. TỶ LỆ, CƠ CẤU BỆNH TẬT CỦA ĐỒNG BÀO CHĂM KHU VỰC NAM TRUNG BỘ

4.2.1. Cơ cấu bệnh tật theo 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm

Tỷ lệ mắc 3 nhóm bệnh đồng bào Chăm gồm bệnh lây nhiễm với 41,5%, bệnh không lây nhiễm với 58,1% và tai nạn - chấn thương - ngộ độc với 0,4%. Nghiên cứu của Ngô Thị Hải Vân và cộng sự (2017) ở Châu Mạ, Ê Đê, M' Nông của tỉnh Đắk Nông, nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 3 dân tộc là bệnh không lây nhiễm (Ê Đê: 90,45%; Châu Mạ: 83,07%; M'Nông: 76,49%), nhóm bệnh lây nhiễm ở cả 3 dân tộc (M' Nông: 15,21%; Châu Mạ: 9,56%; Ê Đê: 2,71%), nhóm tai nạn - ngộ độc - chấn thương ở cả 3 dân tộc (M' Nông: 8,3%; Châu Mạ: 7,36%; Ê Đê: 6,84%) [91]. Kết quả này phù hợp với cơ cấu bệnh tật ở Việt Nam hiện nay đan xen giữa các bệnh lây nhiễm và các bệnh không lây nhiễm, tai nạn, ngộ độc và chấn thương, bệnh không lây nhiễm đang có xu hướng gia tăng nhanh [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 5 chương bệnh luôn có tỷ lệ cao trong 21 chương bệnh ở đồng bào Chăm gồm chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (26,9%), chương VII - Bệnh mắt và phần phụ (18,9%), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (16,1%), chương IX - Bệnh hệ tuần hoàn (11,2%), chương VI - Bệnh hệ thần kinh (9,3%). Một số vùng, địa điểm và dân tộc nghiên cứu khác cũng ghi nhận các bệnh lý về hô hấp và tiêu hóa là chính. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hưng (2015), điều tra một số đặc điểm cơ cấu bệnh của cộng đồng dân cư 28 xã biên giới Tây Nguyên, các bệnh có tỷ lệ mắc cao là bệnh hô hấp 31,96% và các bệnh tiêu hoá chiếm 28,04%, chấn thương – xương khớp 9,64%, bệnh về tim mạch 8,33% [40]. Nghiên cứu của Ngô Thị Hải Vân và cộng sự (2017) ở các dân tộc Châu Mạ, Ê Đê, M' Nông của tỉnh Đắk Nông, có 5 chương bệnh luôn chiếm tỷ lệ cao trong 21 chương bệnh ở cả 3 nhóm dân tộc, lần lượt là: Chương X - Bệnh hệ hô hấp, Chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá, Chương XVIII - Các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng, Chương XIX - Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài và Chương I - Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng. Trong đó cao nhất là Chương X - Bệnh của hệ hô hấp, đặc biệt là ở người M'Nông, nhóm bệnh này chiếm

tỷ lệ rất cao (2012: 93,06%; 2013: 94,96%; 2014: 93,38%), thấp hơn là người Châu Mạ (2012: 79,27%; 2013: 87,93%; 2014: 83,01%) [91].

Một số nghiên cứu thực hiện ở đồng bào Khmer cho thấy các bệnh có tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng gồm: tăng huyết áp (33,5%) [4], rối loạn chuyển hóa lipid máu (43,3%) [3], viêm âm đạo (55,04%) [88], nhiễm vi rút viêm gan B (14,1%) [8]. Theo Vũ Thị Minh Thục (2020), nghiên cứu trên 4.360 hộ gia đình tại 8 khu vực kinh tế đặc thù ven biển miền Bắc, kết quả ghi nhận các bệnh cấp tính hay mắc chủ yếu là cảm cúm 5,8%, viêm phổi - viêm phế quản 5,5% và tiêu chảy 4,7%. Các bệnh mạn tính phải điều trị tại cộng đồng có tỷ lệ cao nhất là bệnh dạ dày 6,3% và các bệnh xương khớp 6,1%. Tỷ lệ phải điều trị thấp hơn là các bệnh tim mạch và thần kinh 2,5% và 2,4% [84]; có tỷ lệ mắc thấp hơn so với ở đồng bào Chăm chúng tôi nghiên cứu. Nhìn chung, cơ cấu bệnh tật chủ yếu hiện nay là các bệnh về đường hô hấp và các bệnh không lây nhiễm, tỷ lệ các bệnh này cao hay thấp còn phụ thuộc vào thời gian điều tra và tình hình dịch của địa phương, cũng như sự khác biệt về nhóm dân cư mà các kết quả có sự chênh lệch.

Nhìn chung các nghiên cứu qua các năm thì xu hướng bệnh không lây nhiễm hay bệnh mạn tính ngày càng tăng, tập trung ở người lớn tuổi. Tình hình bệnh tật phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như: điều kiện môi trường, kinh tế, văn hoá - xã hội, chính trị, phong tục tập quán. Ngành y tế nói chung và các bệnh viện nói riêng định hướng và chủ động trong công tác xây dựng dự án, đầu tư công tác phòng chống bệnh tật hiệu quả có chiều sâu nhằm đưa ra các chiến lược, giải pháp chăm sóc bảo vệ sức khỏe cho nhân dân ngày một hiệu quả.

4.2.2. Thực trạng mắc bệnh mạn tính và bệnh cấp tính ở đồng bào Chăm

Tỷ lệ đồng bào dân tộc Chăm mắc bệnh cấp tính là 31,8% và mắc bệnh mạn tính là 72,2%. Nghiên cứu cho thấy đồng bào Chăm có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao hơn bệnh cấp tính và nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Hải Vân và cộng sự (2017) ở Châu Mạ, Ê Đê, M'Nông của tỉnh Đắk Nông, cơ cấu bệnh tật theo giới tính cho thấy đa số các bệnh thường gặp nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới [91]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh

Hung (2015), tỷ lệ bệnh tật của nữ giới 53,20% cao hơn nam giới 46,80%. Số người mắc bệnh tập trung nhiều ở cộng đồng dân tộc Kinh 26,47%, Jrai 26,21% và Ba Na 25,06% [40]. Nghiên cứu của Vũ Thị Minh Thục và cộng sự (2020), tỷ lệ mắc bệnh của nữ giới cao hơn nam giới 55,0% và 45,0% [84]. Nữ giới dễ mắc bệnh hơn nam giới có thể do phụ nữ có đặc điểm sinh học của cơ thể yếu hơn nhưng lại phải lao động vất vả, không có điều kiện nghỉ dưỡng nên dễ mắc bệnh hơn. Ngoài ra, phụ nữ là người nhạy cảm hơn, hay lo lắng nên bệnh nhiều hơn.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hưng và cộng sự (2013) về một số đặc điểm cơ cấu bệnh tật tại cộng đồng các dân tộc Tây Nguyên, bằng phương pháp điều tra mô tả cắt ngang hộ gia đình về cơ cấu bệnh tật tại 5 tỉnh Tây Nguyên (Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai, Kon Tum và Lâm Đồng) với tổng số 459.600 khẩu trong 98.268 hộ gia đình người dân tộc, tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người mắc bệnh trong vòng 2 tuần qua từ 24 - 29,1%; chung trong 5 tỉnh là 26,7%. Tỷ lệ hộ gia đình có người mắc bệnh mạn tính từ 9,1 - 25,0%; chung cả 5 tỉnh là 16,2% [39].

Nhìn chung cơ cấu bệnh tật ở mỗi nghiên cứu có sự khác nhau ít, do sự khác nhau về đối tượng, thời gian cũng như vị trí nghiên cứu, song hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy bệnh không lây nhiễm chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng, phù hợp với xu hướng bệnh tật hiện nay tại Việt Nam. Đồng bào các dân tộc thiểu số tại Việt Nam nói chung và đồng bào Chăm nói riêng, về việc tiếp cận dịch vụ y tế ngày càng nâng cao, đồng thời nâng cao hiểu biết về sức khỏe cá nhân của người đồng bào, nhưng qua nghiên cứu ở nhóm đồng bào Chăm có sự khác biệt lớn về cơ cấu bệnh tật cấp tính so với nhóm đồng bào khác nên chúng ta cần nghiên cứu thêm, chuyên sâu hơn đồng thời tập trung nâng cao nhận thức về sức khỏe đối với nhóm bệnh có tỉ lệ cao trong cộng đồng người Chăm, các nhà y tế cần định hướng, xây dựng kế hoạch phù hợp với cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm để nâng cao chất lượng chăm sóc y tế phù hợp.

4.3. DỊCH TỄ HỌC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở ĐỒNG BÀO CHĂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

4.3.1. Dịch tễ học tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Bảng 4.1. Tỷ lệ tăng huyết áp ở cộng đồng đồng bào các dân tộc

Tác giả	Năm	Địa điểm	Dân tộc	Tuổi	Tỷ lệ (%)
Lê Quang Minh [54]	2009	Bắc Kạn	Tày	30 - 64	15,0
Văn Hữu Tài [63]	2009	Đắk Lắk	M'Nông	≥ 18	17,5
Y Bieu Mlo [56]	2014	Buôn Hồ	Ê đê	≥ 25	26,7
Trần Minh Hậu [28]	2014	Nghệ An	Thái	≥ 18	19,2
Nguyễn Thanh Bình [4]	2015	Trà Vinh	Khmer	25 - 64	33,5
Danh Thị Cẩm Xuyên [7]	2017	Kiên Giang	Khmer	25 - 64	32,7
Hà Thị Phương Châu [17]	2017	Bến Tre	Kinh, Hoa	≥ 18	30,0
Rmah Duyn [19]	2018	Gia Lai	Jrai	18 - 69	20,8
Chu Thị Thu Hà [22]	2012	Hà Nội	Kinh	25 - 64	11,7
Lục Duy Lạc [48]	2012	Bình Dương	Kinh	25 - 64	23,9
Mai Thị Thanh Hằng [27]	2016	Vĩnh Long	Kinh	≥ 40	45,1
Trần Quốc Cường [16]	2019	TP.HCM	Kinh	18 - 69	33,5
Nguyễn Ngọc Huy	2017	Nam Trung Bộ	Chăm	≥ 18	31,5

Tỷ lệ tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu trên đồng bào Tày ở Bắc Kạn, đồng bào M'Nông ở Đắk Lắk, đồng bào Ê Đê ở Buôn Hồ, đồng bào Thái ở Nghệ An và đồng bào Jrai ở Gia Lai. Tuy nhiên, so với nghiên cứu trên đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh, Kiên Giang thì tỷ lệ này thấp hơn. Sự khác biệt về tỷ lệ tăng huyết áp giữa các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu, khu vực sinh sống, thói quen ăn uống, sinh hoạt và phong tục, tập quán của từng vùng khác nhau. Nghiên cứu của Ingrid S. K. Krishnadath và cộng sự (2016) ở Suriname, cũng cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tăng huyết áp giữa các dân tộc (tỷ lệ tăng huyết áp ở người Creole, Hindustani, and Javanese cao hơn so với người Mỹ, Mixed và Maroons) [122]. Môi trường sống, thời tiết, khí hậu, công việc,

thu nhập đều ảnh hưởng đến sức khỏe và bệnh tật nói chung và tăng huyết áp nói riêng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng huyết áp chung là 31,5%, ở nam giới: 34,4%, nữ giới: 30,3%. Tuy nhiên, tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu là 70,8%, điều này có liên quan đến tập quán mẫu hệ ở đồng bào Chăm (phụ nữ là chủ gia đình, nam giới thường đi làm xa). Vì vậy, tỷ lệ tăng huyết áp thực tế ở cộng đồng có thể còn cao hơn.

4.3.2. Kiến thức về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Bảng 4.2. Kiến thức đúng của người dân qua một số nghiên cứu

Tác giả	Năm	Chỉ số huyết áp	Triệu chứng	Biến chứng	Yếu tố nguy cơ	Biện pháp điều trị	Biện pháp dự phòng
Nguyễn Tuấn Khanh [45]	2011	-	-	66,8%	78,1%	87,2%	-
Hoàng Đức Hạnh [24]	2013	-	-	-	41,3%	-	-
Nguyễn Thanh Bình [6]	2017	-	55,6%	27,9%	24,5%	36,1%	23,9%
Nguyễn Thanh Mai	2018	8,79%	2,17%	0,11%	0,68%	4,57%	0,23%
Nguyễn Ngọc Huy	2017	51,0%	55,7%	56,6%	43,9%	48,1%	50,9%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp là 28,9%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (2012) tại Hà Nội, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về bệnh tăng huyết áp là 55,7% [22], nghiên cứu của Trần Văn Tân (2014) tại Quy Nhơn, tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về tăng huyết áp là 34,3% [64]. Nghiên cứu của Đỗ Thái Hòa cũng cho thấy kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu về bệnh tăng huyết áp chưa tốt: chỉ có 0,8% đối tượng đạt cả 6 câu, 61,4% đối tượng đạt từ 3 - 5 câu, còn lại 37,7% đối tượng chỉ đạt dưới 3 câu [33]. Nghiên cứu của Thái Thanh Trúc lại cho thấy một tỷ lệ cao hơn về kiến thức chung tốt về tăng huyết áp 45%. Sự khác biệt này có thể do cách định nghĩa biến số khác nhau. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người dân có trình độ học vấn ở mức dưới trung học cơ sở, trong nghiên cứu của Thái Thanh Trúc gần 50% người dân đã hoàn thành

cấp 2. Trình độ học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức của người dân. Nhìn chung, kiến thức đúng của đồng bào Chăm về phòng chống tăng huyết áp còn thấp, đòi hỏi ngành y tế các tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ cần đẩy mạnh công tác truyền thông để nâng cao nhận thức của người dân về phòng chống tăng huyết áp.

Trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người có trình độ học vấn càng cao thì có kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp càng cao. Tương tự, nghiên cứu của Hoàng Đức Hạnh (2013) tại Hà Nội, kết quả cho thấy người có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên có số chênh kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp gấp 1,46 lần người có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông ($p < 0,05$) [24]. Nghiên cứu của Trần Văn Tân (2014) tại Quy Nhơn, những người có trình độ học vấn trên trung học thì có số chênh kiến thức đúng gấp 3,7 lần so với những người có trình độ học vấn trung học [64]. Nghiên cứu của Chimberengwa P.T. và cộng sự (2017) tại Zimbabwe, kết quả cho thấy số chênh kiến thức đúng về phòng chống tăng huyết áp ở những người có trình độ học vấn trung học cơ sở là 3,68 (KTC 95%: 1,61 - 8,41) và ở những người có trình độ học vấn phổ thông trung học trở lên là 7,52 (KTC 95%: 2,76 - 20,46) so những người có trình độ học vấn dưới tiểu học [100]. Trình độ học vấn phản ánh một phần khả năng nhận thức của người dân đối với sự chăm sóc sức khỏe, qua đó ảnh hưởng tốt đối với kiến thức phòng chống tăng huyết áp. Vì vậy, để nâng cao tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống bệnh tăng huyết áp cho đồng bào Chăm cần chú trọng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng ngôn ngữ Chăm, tạo điều kiện cho đồng bào Chăm có trình độ học vấn thấp được tiếp cận với các thông tin y tế cần thiết. Từ đó thực hành thay đổi hành vi, đem lại hiệu quả phòng bệnh cao hơn.

Một số hành vi nguy cơ liên quan đến kiến thức phòng chống tăng huyết áp: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người ăn nhiều mỡ động vật có kiến thức đúng về tăng huyết áp thấp so với người ăn ít mỡ. Những người ăn ít rau quả có kiến thức đúng về tăng huyết áp thấp hơn so với người ăn đủ rau quả.

Nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố gồm nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, hiện tại có hút thuốc lá, có sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua, có lạm dụng rượu bia, có ăn mặn, không có hoạt động thể lực, có liên quan với kiến thức về phòng chống tăng huyết áp. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Thái Thanh Trúc [89].

Nhìn chung, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp còn thấp. Để nâng cao tỷ lệ kiến thức đúng về phòng chống bệnh tăng huyết áp cho đồng bào Chăm cần chú trọng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng ngôn ngữ Chăm.

4.3.3. Thực hành về phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp là 23,6%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Văn Tân (2014) tại Bình Định, tỷ lệ người dân có thực hành đúng về tăng huyết áp là 19,2% [64], tuy nhiên thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2015) tại Trà Vinh, đồng bào Khmer có thực hành chung đúng là 54,7% [6], có thể do cách tính điểm thực hành chung đúng khác nhau. Thực hành chung đúng phòng chống tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi khi người dân thực hiện đúng 6 nội dung gồm không hút thuốc lá, không lạm dụng rượu bia, không ăn mặn, không ăn nhiều mỡ, ăn đủ rau quả và có hoạt động thể lực. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2015) tại Trà Vinh, thực hành chung đúng khi người dân thực hiện đúng 3 nội dung không ăn nhiều mỡ, không lạm dụng rượu bia và có hoạt động thể lực [6]. Bên cạnh đó, thực hành đúng còn phụ thuộc vào thói quen, phong tục tập quán cũng như khả năng tiếp cận kiến thức phòng ngừa tăng huyết áp.

Tỷ lệ đồng bào Chăm ăn rau quả cao hơn so với các nghiên cứu trước. Với khí hậu khu vực Nam Trung Bộ khắc nghiệt, nóng và gió, có tháng nhiệt độ lên đến 35°C đến 36°C, đồng bào Chăm thường thích ăn rau để lấy lại sự thăng bằng thân nhiệt, giữ thân nhiệt được điều hòa để tránh bệnh tật. Đồng bào Chăm có nhiều nét đặc trưng về văn hoá, tần suất lễ hội diễn ra quanh năm. Vì vậy, tỷ lệ cao đồng bào Chăm có tình trạng lạm dụng rượu bia 10,1%.

Bên cạnh đó, với vị trí địa lý giáp biển kèm theo lối sống đặc trưng khu vực Nam Trung Bộ, tỷ lệ đồng bào Chăm ăn mặn là 47,3%. Tỷ lệ ăn mặn trên đồng bào Khmer là 89,4% [6] và trên đồng bào Nùng tại Thái Nguyên là 50,0% [81]. Nhìn chung, tỷ lệ ăn mặn ở đồng bào dân tộc thiểu số khá cao. Chế độ ăn mặn phụ thuộc nhiều vào phong tục tập quán và vị trí địa lý, đồng bào Chăm rất chú trọng gia vị dù đơn giản như ớt, hành, sả, mắm muối trong chế biến món ăn. Gia vị làm cho món ăn đậm đà, hợp khẩu vị.

Nhóm tuổi liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp ở những người lớn tuổi thấp hơn so với nhóm tuổi từ 18 - 24 tuổi. Tương tự, nghiên cứu của Trần Văn Tân (2015) tại Bình Định, nhóm tuổi càng cao thì thực hành đúng càng thấp, nhóm tuổi từ 18 - 24 tuổi thì khả năng tiếp cận thông tin, kiến thức phòng bệnh tật dễ dàng hơn so với nhóm tuổi khác [64]. Vì vậy, cần tập trung nâng cao kiến thức và thực hành phòng chống tăng huyết áp ở nhóm người lớn tuổi.

Trình độ học vấn liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp ở những người có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên cao hơn so với những người có trình độ học vấn dưới tiểu học. Tương tự, nghiên cứu của Trần Văn Tân (2015) tại Bình Định, những người có học vấn trên trung học có số chênh lệch thực hành đúng bằng 2,8 lần so với những người học trung học ($p < 0,05$) [64]. Trình độ học vấn càng cao khả năng tiếp thu kiến thức, thực hành phòng ngừa bệnh tật càng tốt, cũng như sự hiểu biết và quan tâm vấn đề sức khỏe bản thân nhiều hơn người có học vấn thấp.

Nghề nghiệp liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp ở cán bộ viên chức thấp hơn so với người làm nghề nông. Nhiều nghiên cứu về phía cạnh khác của bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng cho thấy người lao động trí óc thường hay bận rộn, quan tâm công việc và kinh tế hơn người lao động chân tay, cũng như đặt thù công việc, nên họ ít có thời gian quan tâm đến sức khỏe bản thân [58].

Tình trạng hôn nhân liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp: Những người sống chung với vợ chồng có số chênh lệch thực hành tăng huyết áp đúng bằng 1,91 lần so với người chưa lập gia đình. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc kết hôn đem lại sự hài lòng và hỗ trợ giữa vợ và chồng, các cặp vợ chồng thường kiểm soát hành vi sức khỏe, quan tâm và chăm sóc lẫn nhau. Từ đó nhận thức được hành vi nguy cơ sức khỏe cho bản thân dẫn đến giảm các hành vi sức khỏe nguy cơ, đặc biệt là uống rượu và hút thuốc, chế độ dinh dưỡng, tăng thực hành hành vi có lợi sức khỏe cá nhân và gia đình [94]. Để nâng cao hành vi thực hành đúng phòng chống tăng huyết áp chúng ta cần quan tâm tới đối tượng độc thân ở tuổi trung niên trở lên nhiều hơn và có chiến lược can thiệp phù hợp trên đối tượng này.

Kiến thức liên quan đến thực hành phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp ở những người có kiến thức đúng cao hơn so với những người có kiến thức chưa đúng. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Tân (2015) tại Bình Định, những người có kiến thức đúng thì có số chênh lệch thực hành đúng bằng 1,8 lần so với người có kiến thức chưa đúng ($p < 0,05$) [64]. Nhìn chung, để nâng cao tỷ lệ thực hành đúng thì cần nâng cao kiến thức bảo vệ sức khỏe cho người dân nói chung và kiến thức về tăng huyết áp nói riêng.

Nhìn chung, tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp còn thấp. Để góp phần hạn chế tỷ lệ tăng huyết áp ở đồng bào Chăm cần tăng cường công tác truyền thông, nâng cao kiến thức tạo điều kiện cho đồng bào Chăm tiếp cận thông tin y tế cần thiết.

4.3.4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Béo phì liên quan đến tăng huyết áp: Kết quả nghiên cứu cho thấy ở những người béo phì có số chênh lệch tăng huyết áp bằng 2,09 lần so với những người không có béo phì. Tương tự, kết quả nghiên cứu trên đồng bào Khmer ở Trà Vinh ($OR=2,3$; $p < 0,05$) [6], đồng bào Khmer ở Kiên Giang ($PR=2,09$; $p < 0,05$) [7]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa cân nặng cơ thể và huyết áp động mạch.

Với những người có cân nặng cao, nếu giảm bớt cân nặng, huyết áp động mạch cũng giảm.

Hút thuốc lá liên quan đến tăng huyết áp: Những người hiện tại có hút thuốc lá thì có số chênh tăng huyết áp bằng 1,76 lần so với những người hiện tại không hút thuốc lá. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trên đồng bào M'Nông ở Đắk Lắk (PR=2,1; $p<0,01$) [63], đồng bào Thái ở Nghệ An (PR=2,66; $p<0,05$) [28], đồng bào Khmer ở Kiên Giang (PR=1,68; $p<0,001$) [7]. Trong thuốc lá có nhiều chất kích thích, đặc biệt có chất nicotin kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch và tăng huyết áp. Việc hút thuốc lá lặp lại không chỉ làm tăng huyết áp mà còn biến đổi huyết áp. Do đó, thời gian hút thuốc càng lâu càng gia tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp.

Ăn mặn liên quan đến tăng huyết áp: Những người ăn mặn có số chênh tăng huyết áp bằng 1,46 lần so với những người không ăn mặn. Tương tự kết quả nghiên cứu trên đồng bào Khmer ở Trà Vinh (OR=1,4; $p<0,05$) [4] và đồng bào Khmer ở Kiên Giang (PR=1,68; $p<0,001$) [7]. Nhiều nghiên cứu dịch tễ và thử nghiệm lâm sàng đã cho thấy có mối liên quan giữa chế độ ăn giảm muối và chỉ số huyết áp. Với chế độ ăn nhiều muối, nước sẽ giữ lại trong lòng mạch làm tăng thể tích máu lưu thông, làm tăng áp lực máu trong lòng mạch dẫn đến tăng huyết áp [17]. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, người bình thường chỉ nên tiêu thụ dưới 5g muối/người/ngày [163].

Chế độ ăn nhiều mỡ động vật có liên quan đến tăng huyết áp: Những người ăn nhiều mỡ có số chênh tăng huyết áp bằng 4,38 lần so với người ăn ít mỡ. Tương tự kết quả nghiên cứu trên đồng bào Thái ở Nghệ An [28]. Chế độ ăn nhiều mỡ động vật là nguy cơ trực tiếp của các bệnh tim mạch.

Ít hoạt động thể lực có liên quan đến tăng huyết áp: Những người không hoạt động thể lực có số chênh tăng huyết áp bằng 1,47 lần so với những người có hoạt động thể lực. Tương tự kết quả nghiên cứu trên đồng bào M'Nông ở Đắk Lắk ($p<0,01$), đồng bào Thái ở Nghệ An ($p<0,05$) [28] và đồng bào Kinh ở Vĩnh Long ($p<0,001$) [17]. Hoạt động thể lực bao gồm các hoạt động thường ngày và luyện tập thể dục thể thao. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, hoạt động đều đặn 30

phút/ngày với cường độ trung bình, ít nhất 5 ngày/tuần, tức 150 phút/tuần hoặc với cường độ cao ít nhất 75 phút/tuần [158]. Kinh tế phát triển, cuộc sống có đầy đủ điều kiện vật chất hơn làm cho con người dễ sa vào lối sống ít vận động thể lực, bên cạnh đó một chế độ ăn uống không hợp lý (quá nhiều calo, nhiều mỡ động vật, nhiều chất ngọt) tạo điều kiện cho tăng huyết áp gia tăng.

Trình độ học vấn có liên quan đến tăng huyết áp: Tỷ lệ tăng huyết áp ở những người có trình độ học vấn cao thấp hơn so với những người có trình độ học vấn thấp ($p < 0,05$). Tương tự kết quả nghiên cứu trên đồng bào Jrai ở Gia Lai [19], đồng bào Khmer ở Kiên Giang [7] và đồng bào Kinh ở Vĩnh Long [27] cũng cho thấy trình độ học vấn càng cao thì tình trạng tăng huyết áp càng giảm. Những người có trình độ học vấn cao sẽ có ý thức tự chăm sóc sức khỏe của mình tốt hơn. Người có trình độ học vấn thấp, đặc biệt ở vùng nông thôn miền núi, đồng bào các dân tộc thiểu số gặp rất nhiều khó khăn trong việc tiếp nhận thông tin, nhất là các thông tin chăm sóc sức khỏe nói chung và phòng chống tăng huyết áp nói riêng.

Tình trạng hôn nhân có liên quan đến tăng huyết áp: Những người góa/ ly thân/ ly dị có số chênh tăng huyết áp cao hơn 3,27 lần so với những người chưa lập gia đình. Những người sống cùng vợ/ chồng có số chênh tăng huyết áp cao hơn 1,85 lần so với những người chưa lập gia đình. Theo nghiên cứu của Trần Kim Trang (2011), tình trạng hôn nhân có ảnh hưởng rõ đến stress, hôn nhân bất ổn ảnh hưởng sức khỏe tinh thần làm gia tăng nguy cơ tăng huyết áp [87].

Tình trạng kinh tế có liên quan đến tăng huyết áp: Những người có điều kiện kinh tế gia đình ở mức đủ ăn và khá giả có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn những người có kinh tế khó khăn. Gia tăng về kinh tế gia đình thì thường kèm theo mức sống cao hơn, làm tăng nguy cơ dẫn đến tăng huyết áp hơn.

Nhìn chung, tỷ lệ tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại khu vực Nam Trung Bộ ở mức cao (31,5%). Đã xác định 8 yếu tố nguy cơ liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm: béo phì, hút thuốc lá, ăn mặn, ăn nhiều mỡ, không hoạt động thể lực, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế ($p < 0,05$). Kết quả này cung cấp bằng chứng quan trọng cho các chương trình sàng lọc và can thiệp phòng chống tăng

huyết áp ở đồng bào Chăm, cần xây dựng các giải pháp can thiệp cộng đồng để làm giảm tỷ lệ mắc những yếu tố nguy cơ trên đây nhằm hạ thấp tỷ lệ mắc tăng huyết áp trong cộng đồng.

4.4. NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ KẾT QUẢ THỬ NGHIỆM BIỆN PHÁP ĐÁP ỨNG NHU CẦU TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC VỀ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở ĐỒNG BÀO CHĂM TẠI XÃ PHAN THANH

4.4.1. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ

Tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống tăng huyết áp còn thấp. Hiểu biết hạn chế về bệnh tật dẫn đến việc chậm trễ trong quyết định tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Để nâng cao kiến thức phòng chống tăng huyết áp cho đồng bào Chăm cần chú trọng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe bằng ngôn ngữ Chăm, tạo điều kiện cho đồng bào Chăm có trình độ học vấn thấp được tiếp cận với các thông tin y tế cần thiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp có nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm y tế là 76,2%. Trong số đó, lý do có nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm y tế chủ yếu là nhân viên y tế giỏi chuyên môn 67,4%, nhân viên y tế thân thiện 64,6%, được khám chữa bệnh miễn phí 59,7% và gần nhà 40,8%. Tỷ lệ đồng bào Chăm có nhu cầu tiếp cận được thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp là 87,4%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại tỉnh Đồng Nai của Nguyễn Văn Tập (2009), người dân chọn trạm y tế để khám, chữa bệnh do gần nhà 43,7%, chất lượng và phục vụ tốt 15,0% và giá cả hợp lý 2,7%. Trong số 1.063 ý kiến không chọn khám, chữa bệnh tại trạm là do: chất lượng chưa tốt 71,59%, do chưa có dịch vụ bảo hiểm y tế 15,94%, thái độ phục vụ chưa tốt 6,67%, lý do khác 5,8%; người bệnh có bảo hiểm y tế đến trạm y tế phường xã với lý do có thể tỷ lệ 64,7%, đối tượng tự chi trả chủ yếu là do gần nhà 46,7% [65]. Theo nghiên cứu của Phạm Trần Thanh Lịch (2011), tại Long An, tỷ lệ hài lòng về thời gian làm việc của nhân viên y tế là 61%,

thái độ của bác sĩ là 66%, tỷ lệ hài lòng về thái độ của các nhân viên y tế khác thấp hơn so với bác sĩ (58%) [51].

Nhìn chung, giữa nhu cầu và sử dụng dịch vụ y tế có mối liên hệ biện chứng. Thông thường khi nhu cầu cao thì sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn; cả hai yếu tố cần được tăng cường đồng thời; khi giảm được các yếu tố cản trở người có nhu cầu đến sử dụng dịch vụ y tế. Có những yếu tố về phía người sử dụng (thái độ ứng xử, kinh tế, thiếu hiểu biết), cũng có những yếu tố về phía người cung cấp dịch vụ, y tế (thiếu năng lực, quản lý yếu, chất lượng thấp, tổ chức không thuận tiện, thái độ) và có cả trách nhiệm của người làm chính sách.

4.4.2. Đánh giá kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức và thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

4.4.2.1. Hoạt động công tác tổ chức quản lý thực hiện can thiệp

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy những cải thiện đáng kể trong công tác phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp sau khi được can thiệp. Ở thời điểm sau can thiệp, xã Phan Thanh (nhóm can thiệp) có một số cải thiện hiệu quả hơn xã Phú Lạc (nhóm chứng). Mô hình chăm sóc sức khỏe THA toàn diện dựa vào cộng đồng cho thấy vai trò quan trọng của chính quyền địa phương và mạng lưới phòng chống tăng huyết áp, khuyến khích tất cả mọi người tham gia đã cho thấy tính khả thi, ứng dụng và tiềm năng trong tương lai khi triển khai chương trình quản lý tăng huyết áp ở đồng bào Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ.

Các can thiệp phòng chống THA và các biến chứng do THA có thể chia thành 2 nhóm: (1) Các can thiệp tập trung vào việc giảm nguy cơ phát triển THA trong cả cộng đồng; (2) Các can thiệp tập trung vào điều trị cho nhóm đối tượng mắc THA. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã áp dụng các biện pháp: Truyền thông - Giáo dục sức khỏe; Sàng lọc phát hiện sớm THA; Tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ y tế xã và thôn, bản; Thành lập Ban chỉ đạo Chương trình can thiệp phòng, chống tăng huyết áp tại xã Phan Thanh; Thiết lập mạng lưới quản lý, theo dõi người bệnh tăng huyết áp. Sau 1 năm thực hiện các biện pháp can thiệp tại xã can thiệp

(Phan Thanh) đã cho thấy hiệu quả có cải thiện rõ rệt so với xã đối chứng không có can thiệp bổ sung (Phú Lạc). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao phát hiện tăng huyết áp trong đợt khám sàng lọc 31,5% tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ, 33,3% tại xã Phan Thanh (xã can thiệp) và 34,8% tại xã Phú Lạc (xã đối chứng). Tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, tỷ lệ phát hiện tăng huyết áp trong đợt khám sàng lọc là 33,5%, 36,5% tại xã An Quảng Hữu (xã can thiệp) và 36,0% tại xã Hòa Ân (xã đối chứng) [6]. Nhìn chung, nhân viên y tế thôn bản đóng vai trò quan trọng trong quy trình quản lý bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng. Trong mô hình quản lý này, nhân viên y tế thôn bản là những người làm việc hoàn toàn tự nguyện dưới sự chỉ đạo của trạm y tế xã, trong khi chế độ chính sách đối với họ còn thấp.

4.4.2.2. Kết quả các hoạt động thử nghiệm các biện pháp can thiệp về đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục tại xã Phan Thanh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau can thiệp, xã Phan Thanh đã có cải thiện đáng kể trong việc quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp. Mức độ THA ở đồng bào Chăm được can thiệp đã có sự dịch chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ hơn. Cụ thể, tỷ lệ người tiền tăng huyết áp về mức huyết áp bình thường là 28,1%, những người tăng huyết áp độ I về mức huyết áp bình thường là 14,2% và những người tăng huyết áp độ II về mức bình thường là 2,6%. Tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, tỷ lệ người tiền tăng huyết áp về mức huyết áp bình thường là 29,8%, những người tăng huyết áp độ I về mức huyết áp bình thường là 12,8% và những người tăng huyết áp độ II về mức bình thường là 6,7% [6].

Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế và cộng sự (2013), xây dựng mô hình kiểm soát THA dựa vào cộng đồng, đặc biệt là hội người cao tuổi, mức độ THA ở người cao tuổi được can thiệp đã có sự dịch chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ hơn, 38% người cao tuổi đã duy trì huyết áp ở mức ổn định, THA giai đoạn I giảm từ 58,7% xuống còn 26,0%, THA giai đoạn II giảm từ 32,7% xuống còn 30,7% ($p < 0,05$) [43]. Nghiên cứu của Đinh Văn Thành và cộng sự (2015), kết quả cho thấy công tác quản

lý người THA ở xã can thiệp tốt hơn hẳn so với địa điểm đối chứng. Tỷ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu ở xã can thiệp tăng từ 7,3% lên 68,5% ($p < 0,05$), ở xã đối chứng tăng nhẹ từ 12,3% lên 14,0% ($p > 0,05$) [79]. Nhìn chung, các mô hình can thiệp kiểm soát tình trạng huyết áp chủ yếu tập trung vào việc thay đổi lối sống, giáo dục sức khỏe, quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế.

Nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thái và cộng sự (2018), sự cải thiện về năng lực của cán bộ y tế và Y tế thôn về bệnh tăng huyết áp có liên quan tới thời gian can thiệp và tình trạng có được can thiệp hay không ($p < 0,05$) [77]. Tương tự, nghiên cứu của Gaziano T.A. và cộng sự (2014) tại Nam Phi, kết quả cũng cho thấy việc tập huấn cho các nhân viên sức khỏe cộng đồng về bệnh tăng huyết áp nhằm nâng cao mức độ tuân thủ điều trị là một can thiệp hiệu quả [111]. Một trong số những giải pháp phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam là tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ và chuyên môn kỹ thuật y tế, trong đó nhấn mạnh đầu tiên là cần tổ chức dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý các bệnh không lây nhiễm từ Trung ương đến cấp xã trong cả nước [83]. Vì vậy, kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ cung cấp thêm những bằng chứng hoặc là một nội dung tham khảo để thực hiện mở rộng ra những địa phương khác, tiến tới đạt mục tiêu đặt ra trong việc phòng chống bệnh không lây nhiễm.

4.4.3. Kết quả thử nghiệm can thiệp về bệnh tăng huyết áp qua điều tra ngẫu nhiên cộng đồng trước và sau can thiệp

Tỷ lệ đồng bào Chăm có chỉ số huyết áp đo được $\geq 140/90$ mmHg trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp giảm từ 26,3% xuống 12,5% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng là 27,8% và 29,3% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có chỉ số huyết áp đo được $\geq 140/90$ mmHg trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp giảm từ 27,0% xuống 17,1% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng là 26,0% và 26,7% ($p > 0,05$) [6]. Điều này cho thấy hiệu quả can thiệp giảm tỷ lệ bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng đã phát huy hiệu quả qua các nghiên cứu.

4.4.4. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ở xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Đa số đồng bào Chăm trong nghiên cứu có trình độ học vấn thấp và làm nghề nông, ít có điều kiện được tiếp cận với các thông tin về sức khỏe, phòng ngừa bệnh tăng huyết áp vì vậy tỷ lệ kiến thức chung đúng trước can thiệp ở xã Phan Thanh và xã Phú Lạc đều khá thấp. Bằng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe, đã nâng cao tỷ lệ kiến thức của đồng bào Chăm về phòng chống tăng huyết áp.

Hiệu quả can thiệp kiến thức đúng về chỉ số tăng huyết áp: Sau can thiệp, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng về chỉ số tăng huyết áp ở xã Phan Thanh tăng từ 56,5% lên 68,8% ($p < 0,05$), ở xã Phú Lạc tăng từ 52,0% lên 60,8% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức đúng về chỉ số tăng huyết áp tăng từ 60,3% lên 68,8% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 48,5% lên 51,9% ($p > 0,05$) [5].

Nghiên cứu của Beigi M.A.B. và cộng sự (2014), cho thấy có sự thay đổi về kiến thức nhận biết được các triệu chứng của bệnh tăng huyết áp từ 15,0% lên 89,0% sau can thiệp, từ đó tỷ lệ người dân có thể kiểm soát huyết áp tăng từ 24,0% lên 89,0%, theo dõi huyết áp tăng từ 11,0% lên 81,0%, đo huyết áp tăng từ 13,0% lên 97,0% [96]. Việc kiểm tra và theo dõi chỉ số huyết áp thường xuyên là một trong những yếu tố quan trọng trong công tác phát hiện sớm bệnh, từ đó góp phần hạn chế được biến chứng.

Hiệu quả can thiệp kiến thức đúng về biến chứng của tăng huyết áp: Sau can thiệp, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng về biến chứng của tăng huyết áp ở xã Phan Thanh tăng từ 63,3% lên 75,5% ($p < 0,05$), ở xã Phú Lạc tăng từ 62,0% lên 67,5% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức đúng về biến chứng của tăng huyết áp tăng từ 32,2% lên 52,9% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 24,5% lên 37,1% ($p < 0,05$) [5].

Hiệu quả can thiệp kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp:

Sau can thiệp, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở xã Phan Thanh tăng từ 42,5% lên 57,8% ($p < 0,05$), ở xã Phú Lạc tăng từ 44,0% lên 52,5% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp tăng từ 30,2% lên 47,5% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 26,0% lên 30,0% ($p > 0,05$) [5]. Kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ tăng, từ đó giúp hạn chế các yếu tố nguy cơ, làm giảm tỷ lệ mắc tăng huyết áp.

Hiệu quả can thiệp kiến thức đúng về các biện pháp điều trị tăng huyết áp:

Sau can thiệp, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức đúng về các biện pháp điều trị tăng huyết áp ở xã Phan Thanh tăng từ 44,0% lên 59,0% ($p < 0,05$), ở xã Phú Lạc tăng từ 46,0% lên 48,2% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức đúng về các biện pháp điều trị tăng huyết áp tăng từ 41,7% lên 53,3% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 32,5% lên 39,2% ($p > 0,05$) [5].

Hiệu quả can thiệp về kiến thức chung đúng phòng chống tăng huyết áp: Sau can thiệp, tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp ở xã Phan Thanh tăng từ 29,7% lên 47,3% ($p < 0,05$), ở xã Phú Lạc tăng từ 25,0% lên 36,5% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có kiến thức chung đúng tăng từ 21,0% lên 40,4% ở nhóm can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 16,0% lên 21,3% ($p < 0,05$) [5]. Nghiên cứu của Woojung Lee và cộng sự (2017), cho thấy giáo dục sức khỏe đóng một vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ sự tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp [124]. Các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe là có hiệu quả trong việc nâng cao kiến thức, nâng cao khả năng tự kiểm soát sức khỏe của bản thân, và kiểm soát các thói quen hành vi, lối sống của bệnh nhân tăng huyết áp [96].

4.4.5. Kết quả thử nghiệm biện pháp đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm ở xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận

Hiệu quả can thiệp về không hút thuốc lá: Thuốc lá có chất nicotin kích thích thần kinh giao cảm kích thích co mạch gây tăng huyết áp. Tỷ lệ đồng bào Chăm không hút thuốc lá trước và sau can thiệp ở xã can thiệp tăng từ 72,2% lên 92,0% ($p < 0,05$), ở xã đối chứng tăng từ 66,5% lên 72,7% ($p > 0,05$). Bên cạnh đó, tỷ lệ đồng bào Chăm không hút thuốc lá ở xã can thiệp cao hơn xã đối chứng vào thời điểm sau can thiệp ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer không hút thuốc lá tăng từ 70,5% lên 79,6% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng giảm 72,0% xuống 70,8% ($p > 0,05$) [6]. Việc tác động thay đổi thói quen hút thuốc lá, làm giảm tỷ lệ hút thuốc là một trong những mục tiêu quan trọng cần can thiệp nhằm làm giảm tỷ lệ mắc tăng huyết áp. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế và Trần Văn Long đều cho kết quả là sau can thiệp tình trạng hút thuốc lá có giảm, tuy nhiên sự thay đổi là chưa rõ ràng và không có ý nghĩa thống kê [43], [53].

Hiệu quả can thiệp về giảm ăn mặn: Hạn chế muối trong khẩu phần ăn hàng ngày là một trong những biện pháp để phòng ngừa tăng huyết áp và là cách điều trị mà không cần dùng thuốc. Mặc dù can thiệp mới chỉ thực hiện trong thời gian 12 tháng và chỉ tác động tuyên truyền về tác hại của ăn mặn (chưa có điều kiện để quan sát trực tiếp hoặc đo lường, định lượng), nghiên cứu cũng đã thu được kết quả ước tính ban đầu cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm không ăn mặn trước và sau can thiệp ở xã can thiệp tăng từ 74,2% lên 92,0% ($p < 0,05$), ở xã đối chứng tăng từ 84,0% lên 88,7% ($p > 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm vào thời điểm SCT ($p > 0,05$). Như vậy, có thể giải thích rằng do thời gian can thiệp ngắn nên những sự thay đổi này chưa dẫn đến sự thay đổi về tình trạng ăn mặn trong cộng đồng. Nếu các nỗ lực này cứ tiếp tục được thực hiện có thể sẽ có sự thay đổi trong tương lai.

Hiệu quả can thiệp về hoạt động thể lực: Phần lớn đồng bào Chăm sinh sống chủ yếu bằng nghề nông nghiệp đòi hỏi phải vận động nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đồng bào Chăm có hoạt động thể lực trước và sau can thiệp ở xã can thiệp tăng từ 47,7% lên 77,3% ($p < 0,05$), ở xã đối chứng tăng từ 43,2% lên 46,7% ($p > 0,05$). Bên cạnh đó, tỷ lệ đồng bào Chăm có hoạt động thể lực ở xã can thiệp cao hơn xã đối chứng vào thời điểm sau can thiệp ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Trần Văn Long và cộng sự (2011), cho thấy có sự thay đổi về thói quen tập thể dục sau can thiệp. Tỷ lệ người tham gia tập thể dục ở xã đối chứng tăng từ 44,6% lên 48,6% ($p > 0,05$), ở xã can thiệp là tăng từ 50,3% lên 58,7% ($p < 0,05$) [53]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Ké và cộng sự (2013), đánh giá hiệu quả mô hình kiểm soát tăng huyết áp cho người cao tuổi tại phường Quang Trung và xã Bảo Khê thị xã Hưng Yên sau hai năm can thiệp, kết quả cho thấy một số hành vi nguy cơ THA có sự thay đổi rõ rệt so với trước can thiệp là giảm cân (tăng 23,3%) và tập thể dục đều (tăng 26%) [43].

Hiệu quả can thiệp về thực hành chung đúng phòng chống tăng huyết áp: Tỷ lệ đồng bào Chăm có thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp trước và sau can thiệp ở xã can thiệp tăng từ 24,7% lên 58,0% ($p < 0,05$), ở xã đối chứng tăng từ 21,7% lên 22,7% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh, kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ đồng bào Khmer có thực hành chung tăng từ 78,0% lên 82,1% ở xã can thiệp ($p < 0,05$), trong khi ở xã đối chứng 89,0% lên 89,2% ($p > 0,05$) [6]. Kết quả cho thấy biện pháp quản lý và dự phòng, nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp cho đồng bào Chăm, tăng tỷ lệ thực hành đúng về giảm ăn mặn, giảm ăn mỡ, hạn chế rượu bia. Do đó, tỷ lệ người mắc tăng huyết áp mới giảm. Bên cạnh đó, người có huyết áp bình thường hiểu và thực hiện được các biện pháp dự phòng cho bản thân làm giảm tỷ lệ mắc mới bệnh tăng huyết áp.

4.4.6. Một số đóng góp và hạn chế của đề tài

4.4.6.1. Tính khoa học và thực tiễn

Xác định được tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ, xác định được các yếu tố nguy cơ bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm bằng phương pháp truyền thông tư vấn cộng đồng.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp có xu hướng gia tăng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe người bệnh càng cao, cần có những biện pháp quản lý và điều trị thích hợp. Quy trình nghiên cứu được tuân thủ từ việc xác định những yếu tố liên quan bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ, sau đó phân tích và đưa ra bốn biện pháp can thiệp chính. Kết quả cho thấy các biện pháp can thiệp đơn giản và dễ thực hiện. Hiệu quả can thiệp thể hiện trong việc quản lý người bệnh, tỷ lệ mắc tăng huyết áp trong cộng đồng, nâng cao kiến thức nhằm thay đổi nhận thức và thói quen cuộc sống là yếu tố nguy cơ gây nên bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng đồng bào dân tộc Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ.

Mô hình can thiệp được đồng bào Chăm, cán bộ y tế và người quản lý chấp nhận tham gia, có tính khả thi khi nhân rộng và bền vững, đáp ứng được mục tiêu của Chính phủ về chương trình phòng chống bệnh tăng huyết áp. Phát huy được chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản thực hiện công tác phát hiện bệnh tại cộng đồng, công tác truyền thông phòng chống tăng huyết áp.

4.4.6.2. Điểm mới của đề tài

Xác định được cơ cấu bệnh tật ở đồng bào dân tộc Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ.

Xác định được tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm sinh sống tại khu vực Nam Trung Bộ, xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ đối với bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm.

Đánh giá được hiệu quả can thiệp bằng phương pháp truyền thông phòng chống bệnh tăng huyết áp, quản lý người tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm tại trạm y tế xã.

4.4.6.3. Hạn chế của đề tài

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong cộng đồng với số lượng lớn, di chuyển nhiều nơi trên địa bàn 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên) do đó không tránh khỏi những hạn chế:

Đầu tiên, nghiên cứu chỉ mới được thực hiện ở đồng bào Chăm sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ, kết quả nghiên cứu chưa thể đại diện cho đồng bào Chăm sinh sống tại các vùng khác ở Việt Nam. Đối tượng nghiên cứu là đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên, trong đó những người bệnh đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà không chọn vào mẫu nghiên cứu. Hơn nữa, nghiên cứu mới chỉ dừng lại ở việc mô tả cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm, chưa đi sâu vào nghiên cứu để tìm hiểu nguyên nhân. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn, đầy đủ hơn (bao gồm cả những đối tượng đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà, công cụ nghiên cứu được thiết kế có nhiều hơn các biến số để đo lường bệnh tật, nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh) để có thể giảm thiểu được những mặt hạn chế đã nêu trên của nghiên cứu này.

Nữ giới tham gia vào nghiên cứu nhiều hơn nam giới do điều kiện thực tế, điều tra sức khỏe bệnh tật đồng bào Chăm, số lượng nữ cao hơn nam, dân số quần thể nữ trong thực tế cao hơn và thực tế có nhiều nam giới đi lao động xa nhà.

Thu thập thông tin trong nghiên cứu qua phỏng vấn nên có thể dẫn đến sai lệch thông tin so với kỳ vọng xã hội (người tham gia nghiên cứu che giấu các hành vi không an toàn, nguy cơ). Bên cạnh đó, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu cộng đồng, phương pháp phân tích phù hợp là hiệu chỉnh theo trọng số. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chưa thể hiện được cách phân tích này.

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp; cần có những nghiên cứu tiếp theo đánh giá hiệu quả của từng biện pháp can thiệp. Vì lý do nguồn lực hạn chế, đề tài chỉ can thiệp ở phạm vi một xã, quy mô nhỏ, cần có nghiên cứu can thiệp ở phạm vi lớn hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu về cơ cấu bệnh tật, dịch tễ học bệnh tăng huyết áp và nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở đồng bào Chăm tại 4 tỉnh Nam Trung Bộ, kết quả là:

1. Tỷ lệ, cơ cấu bệnh tật của đồng bào Chăm

Tỷ lệ mắc 3 nhóm bệnh ở đồng bào Chăm gồm: bệnh lây nhiễm 41,5%, bệnh không lây nhiễm 58,1% và tai nạn - chấn thương - ngộ độc 0,4%.

05 chương bệnh có tỷ lệ mắc cao ở đồng bào Chăm gồm: chương XI - Bệnh hệ tiêu hoá (26,9%), chương VII - Bệnh mắt và phần phụ (18,9%), chương XIII - Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết (16,1%), chương IX - Bệnh hệ tuần hoàn (11,2%), chương VI - Bệnh hệ thần kinh (9,3%).

05 bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nam giới: tăng huyết áp (34,4%), viêm dạ dày (26,1%), đục thủy tinh thể (22,9%), mộng thịt (16,4%), thoái hóa cột sống (13,9%). 05 bệnh có tỷ lệ mắc cao ở nữ giới: viêm dạ dày (31,2%), tăng huyết áp (30,3%), đục thủy tinh thể (19,9%), viêm tủy răng (19,6%), viêm khớp (18,4%).

Tỷ lệ đồng bào Chăm mắc bệnh cấp tính 31,8% (nam 30,9% và nữ 32,1%) ($p>0,05$). Tỷ lệ đồng bào Chăm mắc bệnh mạn tính 72,2% (nam 69,3% và nữ 73,4%) ($p<0,05$).

2. Dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở đồng bào Chăm và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ đồng bào Chăm mắc tăng huyết áp là 31,5%: nam 34,4% và nữ 30,3%. Tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp mới phát hiện 20,8%. Một số hành vi nguy cơ ở người bệnh tăng huyết áp có tỷ lệ mắc ở nam cao hơn so với nữ ($p<0,05$) gồm: hút thuốc lá (nam 33,1%; nữ 20,6%), lạm dụng rượu bia (nam 40,6%; nữ 2,0%) và ăn mặn (nam 60,6%; nữ 53,4%). Tỷ lệ đồng bào Chăm có kiến thức chung đúng 28,9% và tỷ lệ thực hành chung đúng về phòng, chống tăng huyết áp 23,6%.

Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào Chăm gồm: béo phì, hút thuốc lá, ăn mặn, ăn nhiều mỡ, không hoạt động thể lực, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế ($p<0,05$).

3. Nhu cầu khám chữa bệnh tăng huyết áp và kết quả thử nghiệm đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp

Nhu cầu khám chữa bệnh tăng huyết áp: Tỷ lệ đồng bào Chăm có nhu cầu khám chữa bệnh tại trạm y tế 76,2%. Nhu cầu nhân viên y tế giỏi chuyên môn 67,4%, nhân viên y tế thân thiện 64,6%, được khám chữa bệnh miễn phí 59,7% và gần nhà 40,8%. Tỷ lệ đồng bào Chăm có nhu cầu tiếp cận thông tin y tế về bệnh tăng huyết áp 87,4%.

Kết quả thử nghiệm đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục về thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở xã Phan Thanh: Công tác tổ chức quản lý Trạm y tế xã có khả năng thực hiện phòng chống tăng huyết áp về quản lý người bệnh, khám phát hiện bệnh sớm, tư vấn và truyền thông giáo dục sức khỏe với nhiều hình thức và huy động sự tham gia của cộng đồng, của các chùa, có kết quả tốt.

Quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế xã Phan Thanh: Tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp về mức huyết áp bình thường 28,1%. Trong số mắc tăng huyết áp độ I có 51,5% về mức tiền tăng huyết áp và 14,2% về mức huyết áp bình thường. Trong số mắc tăng huyết áp độ II có 5,1% về mức tiền tăng huyết áp và 2,6% về mức bình thường.

Điều tra ngẫu nhiên cộng đồng ở đồng bào Chăm trước và sau can thiệp: Tỷ lệ có chỉ số huyết áp đo được $\geq 140/90$ mmHg ở nhóm can thiệp giảm từ 26,3% xuống 12,5% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng là 27,8% và 29,3% ($p > 0,05$).

Tỷ lệ kiến thức chung đúng về phòng chống tăng huyết áp trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 29,7% lên 47,3% ($p < 0,05$). Tỷ lệ thực hành chung đúng về phòng chống tăng huyết áp trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 24,7% lên 58,0% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng tăng từ 21,7% lên 22,7% ($p > 0,05$).

Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm: Tỷ lệ đến trạm y tế xã khám chữa bệnh, kiểm tra huyết áp trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp tăng từ 65,0% lên 72,8% ($p < 0,05$), ở nhóm đối chứng tăng từ 61,8% lên 66,5% ($p > 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau:

- Phối hợp tuyến y tế cơ sở trong quản lý khám chữa bệnh và phòng chống các bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm ở cộng đồng.
- Tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe về các hành vi nguy cơ liên quan đến bệnh không lây nhiễm và tăng huyết áp trong đó chú ý đến những người có trình độ học vấn thấp và nam giới.
- Nâng cao năng lực xử trí bệnh tăng huyết áp cho cán bộ y tế cơ sở đem lại hiệu quả cao ở tuyến y tế cơ sở. Các cơ quan chức năng có thể áp dụng những biện pháp thiết thực nhằm nhân rộng giải pháp can thiệp này ở các địa bàn tương tự, qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ y tế cho người dân trong cộng đồng.
- Tiến hành nghiên cứu áp dụng mô hình này cho việc phòng chống các bệnh khác tại cộng đồng.
- Cần có những nghiên cứu về các mô hình khuyến khích người dân tự theo dõi huyết áp tại nhà.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ

1. Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Văn Tập, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thanh Bình (2021), "Thực hành phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Chăm khu vực Nam Trung Bộ", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 501, Số 1, tr.173-178.
2. Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Văn Tập, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thanh Bình (2021), "Kiến thức phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Chăm khu vực Nam Trung Bộ", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 501, Số 1, tr.248-253.
3. Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Ngọc Huy, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thanh Bình, Lê Thị Ngọc (2021), "Kết quả truyền thông giáo dục phòng chống tăng huyết áp ở đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận", Tạp chí Y học Cộng đồng, Tập 62, Số 4, tr.196-201.
4. Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Văn Tập, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thanh Bình, Lê Thị Ngọc (2021), "Hiệu quả can thiệp thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm tại xã Phan Thanh, huyện Bắc Bình, tỉnh Bình Thuận", Tạp chí Y học Cộng đồng, Tập 62, Số 4, tr.67-72.
5. Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Văn Tập, Trần Phúc Hậu, Nguyễn Thanh Bình (2021), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Chăm khu vực Nam Trung Bộ", Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 31, Số 6, tr.96-104.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hoàng Đức Thuận Anh, Hoàng Đình Tuyên, Nguyễn Thanh Nga, Nguyễn Văn Tập (2013), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 7 (876), tr.135-138.
2. Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng, Phan Trọng Lân, Nguyễn Văn Tập (2016), "Sự hài lòng của người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại phòng khám bác sĩ gia đình thuộc phòng khám đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương, 2015 - 2016". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 26, Số 13, tr.159-166.
3. Huỳnh Hải Bằng, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập (2017), "Khảo sát bước đầu về rối loạn chuyển hóa lipid máu và một số yếu tố liên quan ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi, tại 3 xã tỉnh Trà Vinh". *Tạp chí Y học cộng đồng*, Số 37, tr.170-174.
4. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Văn Cường, Trần Văn Hưởng (2016), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 26, Số 13, tr.173-180.
5. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Văn Cường, Trần Văn Hưởng (2016), "Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức phòng chống bệnh tăng huyết áp ở đồng bào dân tộc Khmer tại xã An Quảng Hữu và Hòa Ân, tỉnh Trà Vinh". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 26, Số 13, tr.181-186.
6. Nguyễn Thanh Bình (2017), *Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, tr.70-115.
7. Nguyễn Thanh Bình, Lê Thị Diễm Trinh, Danh Thị Cẩm Xuyên (2020), "Tỉ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer xã Bàn Thạch, huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang". *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Tập 59, Số 6, tr.1-7.
8. Nguyễn Thanh Bình, Trần Thị Tuyết Mai, Nguyễn Thị Hồng Tuyền, và cộng sự (2021), "Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và một số yếu tố liên quan ở đồng bào

Khmer đến khám tầm soát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2019". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 31, Số 6, tr.50-57.

9. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 3192 /QĐ-BYT hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*, Hà Nội
10. Bộ Y tế (2015), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2014 tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Hà Nội, tr.19 -159.
11. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 03 năm 2015 Phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025*, Hà Nội
12. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2015*, Hà Nội, tr.101-163.
13. Bộ Y tế (2016), *Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, năm 2015*, Hà Nội
14. Bộ Y tế (2020), *Dự phòng tiên phát bệnh tim mạch (Ban hành kèm theo Quyết định số 5333/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020)*, Hà Nội
15. Lâm Chi Cường, Lâm Chi Quốc (2019), "Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người 40 tuổi trở lên tại thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh Hòa giai đoạn 2012 - 2018". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 29, Số 6, tr.100-105.
16. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bào, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Văn Chức (2020), "Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người từ 18 - 69 tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 - 2019". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 30, Số 6, tr.17-26.
17. Hà Thị Phương Châu, Nguyễn Đỗ Nguyên (2017), "Tỷ lệ tăng huyết áp và những hành vi nguy cơ của người 18 tuổi trở lên tại thành phố Bến Tre, năm 2016". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 21, Số 1, tr.199-207.
18. Võ Thị Dề, Đặng Vạn Phước (2007), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở tỉnh Long An năm 2005". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 11, Số 1, tr.122-127.

19. Rmah Duyn (2018), *Tỉ lệ hiện mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và mối liên quan với các hành vi nguy cơ ở người dân tộc Jrai tại xã H'bon, huyện Chư Sê, tỉnh Gia Lai năm 2018*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y học Dự phòng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.40-52.
20. Hoàng Trùng Dương (2014), *Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người dân tộc thiểu số và các yếu tố liên quan tại huyện Đức Trọng, tỉnh Lâm Đồng năm 2014*, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công Cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.20-28.
21. Lê Quang Đạo, Nguyễn Đỗ Nguyên (2011), "Tăng huyết áp và các chỉ số nhân trắc ở người 25 - 64 tuổi tại Lâm Đồng năm 2010". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, Số 3, tr.158-166.
22. Chu Thị Thu Hà (2014), "Nghiên cứu tỷ lệ hiểu biết đúng của người dân về bệnh tăng huyết áp". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 1 (903), tr.9-11.
23. Phạm Hồng Hải (2011), "Thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của phụ nữ người Dao tại một số xã miền núi thuộc huyện Bạch Thông, Bắc Kạn". *Tạp chí Khoa học & Công nghệ*, 89(01/2), tr.221-224.
24. Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà (2015), "Kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại ba xã/phường Hà Nội năm 2013". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.410-416.
25. Trần Thị Mỹ Hạnh (2015), "Xây dựng biểu đồ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh và đánh giá hiệu quả ban đầu trong tăng cường theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 25, Số 5, tr.391-400.
26. Võ Thị Xuân Hạnh, Cao Nguyễn Hoài Thương, Phan Thị Kim Hoàng và cộng sự (2017), "Tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 8, tr.79-87.
27. Mai Thị Thanh Hằng (2016), *Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người từ 40 tuổi trở lên tại thị trấn Long Hồ, huyện Long Hồ, tỉnh Vĩnh Long*

năm 2016, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y học Dự phòng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.25-31.

28. Trần Minh Hậu, Vũ Minh Hải, Lang Văn Thái (2014), "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người dân tộc Thái tại tỉnh Nghệ An năm 2014". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 433 (Số 2), tr.114-118.
29. Châu Ngọc Hoa (2012), *Bệnh học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại học Y Dược TP.HCM*, NXB Y học, TP.HCM, tr.49-62.
30. Châu Ngọc Hoa (2012) *Điều trị học Nội khoa - Bộ môn Nội Đại học Y Dược TP.HCM*, NXB Y học, TP.HCM, tr.126-139.
31. Đỗ Thái Hòa, Trương Việt Dũng, Nguyễn Thanh Long (2015), "Hiệu quả của một số biện pháp dự phòng, quản lý người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên tại huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa". *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Số 22, tr.4-8.
32. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lân (2015), "Tình trạng hiện mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 25, Số 8, tr.381-390.
33. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Dương Thị Hồng, Phan Trọng Lân (2016), "Thực trạng kiến thức và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở nhóm tuổi trung niên (40-59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 26, Số 4, tr.30-38.
34. Nguyễn Thái Hoàng, Trần Thái Thanh Tâm, Nguyễn Thị Lệ (2012), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, Số 1, tr.154-160.
35. Lường Văn Hom, Đàm Khải Hoàn và cộng sự (2010), "Thực trạng bệnh tật của người Mông ở hai huyện Mù Cang Chải, Trạm Tấu tỉnh Yên Bái và các yếu tố liên quan". *Tạp chí khoa học và công nghệ*, 89(01/2), tr.239-245.

36. Lường Văn Hom, Đàm Khải Hoàn (2011), "Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe và bệnh tật của người Mông ở hai huyện Mù Cang Chải, Trạm tấu, tỉnh Yên Bái". *Tạp chí Y học Thực hành*, 9 (782), tr.29-33.
37. Hội tim mạch học Quốc Gia Việt Nam (2018), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018*, tr.7-8.
38. Mã Thị Hồng (2017), *Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc thiểu số tại xã Tân Tiến, huyện Bù Đốp, tỉnh Bình Phước*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y học Dự phòng, Đại Học Y Dược thành Phố Hồ Chí Minh, tr.40-41.
39. Nguyễn Minh Hưng, Trịnh Thanh Hùng, Nguyễn Văn Ba (2013), "Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật tại cộng đồng các dân tộc Tây Nguyên ". *Tạp chí Y dược học quân sự*, Số 3, tr.3-6.
40. Nguyễn Minh Hưng (2019), *Nghiên cứu một số đặc điểm cơ cấu bệnh, khả năng đáp ứng hoạt động chăm sóc sức khỏe của các trạm y tế xã biên giới Tây Nguyên và giải pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, tr.92-95.
41. Trần Văn Hương, Nguyễn Đỗ Nguyên (2014), "Tỷ lệ tăng huyết áp và những hành vi nguy cơ ở người 25 - 64 tuổi tại huyện Ninh Hải, tỉnh Ninh Thuận năm 2012". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, Số 6, tr.708-716.
42. Lê Thị Hương, Trần Thị Mai Hoa, Lê Thị Thanh Xuân, Đoàn Thu Huyền, Nguyễn Thế Quân Lê Thị Tài (2015), "Tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã thuộc huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.77-86.
43. Nguyễn Kim Ké, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi (2013), "Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 1 (857), tr.128-131.
44. Nguyễn Xuân Kiên (2017), "Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng ở Kon Tum, giai đoạn 2009 - 2013". *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, tr.622-630.

45. Nguyễn Tuấn Khanh, Nguyễn Minh Đức, Tạ Văn Trâm (2012), "Kiến thức, thực hành về phòng ngừa, điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho năm 2011". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, Số 4, tr.230-235.
46. Trần Đăng Khoa (2011), "Đánh giá tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa năm 2010". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 1 (748), tr.14-17.
47. Trần Đăng Khoa (2014), "Kết quả can thiệp tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập của người dân huyện Như Xuân tỉnh Thanh Hóa năm 2011". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 10 (881), tr.3-7.
48. Lục Duy Lạc (2013), *Tăng huyết áp ở người 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương 2012. Tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan*, Luận án Chuyên khoa cấp II Chuyên ngành Quản lý Y tế, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.41-59.
49. Phạm Thị Kim Lan (2011), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của người tăng huyết áp tại bệnh viện E Hà Nội và hiệu quả can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội,
50. Trần Thị Lành, Hoàng Văn Lương, Trần Thị Thanh Hương (2016), "Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở dân tộc Thái 35 - 64 tuổi tại 2 huyện của tỉnh Điện Biên năm 2014". *Tạp chí Y dược học quân sự*, Số 5, tr.41-46.
51. Phạm Trần Thanh Lịch (2011), *Mức độ hài lòng của bệnh nhân khi đến khám và điều trị tại các trạm y tế xã Huyện Cần Giuộc, tỉnh Long An, năm 2010-2011*, Luận án chuyên khoa II chuyên ngành Quản lý y tế, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.55-64.
52. Trần Thúy Liễu, Lê Văn Tuấn (2010), "Nghiên cứu thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại xã Thanh Xuân, huyện Sóc Sơn, thành phố Hà Nội năm 2009". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 10 (739), tr.44-46.
53. Trần Văn Long (2015), *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 sĩ Y học, Đại học Y tế công cộng, tr.93-98.

54. Lê Quang Minh (2009), *Nghiên cứu rối loạn glucose máu và yếu tố liên quan ở một số dân tộc tỉnh Bắc Kạn*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr.62.
55. Trương Tấn Minh (2010), "Tình hình tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tỉnh Khánh Hòa năm 2008". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 3 (709), tr.99-102.
56. Y Biều Mlô (2014), *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của người Ê Đê từ 25 tuổi trở lên tại thị xã Buôn Hồ, tỉnh Đắk Lắk, năm 2014*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y tế Công cộng, tr.106.
57. Bùi Quang Nghĩa (2020), *Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong của trẻ em tỉnh Vĩnh Long*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.14-15.
58. Bùi Thị Nhi (2015) *Tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phước Lợi, huyện Bến Lức, tỉnh Long An năm 2015*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.76.
59. Phạm Thị Oanh (2009), *Nghiên cứu tình hình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa khám bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định năm 2007-2008*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế,
60. Nguyễn Văn Phát, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Văn Sơn (2012), "Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi ở xã Du Tiên huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan". *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 89 (1), pp.65-69.
61. Trần Ngọc Quang, Nguyễn Hồng Quang (2014), "Tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người từ 40 tuổi trở lên tại xã Quang trung, huyện Thống Nhất, tỉnh Đồng nai năm 2012". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, Số 6, tr.677-681.
62. Quốc Hội (2007), *Luật số 03/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về Phòng, chống bệnh truyền nhiễm*, Hà Nội

63. Văn Hữu Tài (2012), *Tăng huyết áp ở người M'Nông trưởng thành tại xã Yang Tao, Lắc, Đắk Lắk năm 2009: Tỷ lệ hiện mắc và một số yếu tố liên quan*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.109-112.
64. Trần Văn Tân, Trương Quang Đạt (2015), "Kiến thức và thực hành về phòng chống tăng huyết áp của người dân ở các xã đảo của thành phố Quy Nhơn". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 25, Số 9, tr.128-133.
65. Nguyễn Văn Tập (2009), "Nghiên cứu tình hình bệnh tật và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân thành phố Biên Hòa, Đồng Nai năm 2007". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 359, Số 2/7, tr.40-45.
66. Đồng Thị Thủy Tiên (2015), *Tỷ lệ tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người dân tộc Chăm trong độ tuổi 25 - 64 tuổi tại tỉnh Ninh Thuận, năm 2015*, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế Công cộng, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.30-38.
67. Tổng cục Thống kê (2009), *Tổng điều tra dân số và nhà ở việt nam năm 2009 - giáo dục ở việt nam: phân tích các chỉ số chủ yếu*, Hà Nội
68. Tổng cục Thống kê (2020), *Niên giám thống kê 2020*, NXB. Thống kê,
69. Trần Thanh Tú, Phạm Thị Lan Liên (2014) "Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị trấn Trâu Quỳ, huyện Gia Lâm, Hà Nội, năm 2011". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 4 (914), tr.94-97.
70. Từ Huỳnh Hoàng Tú (2015), *Tỉ lệ tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở người dân tộc Khmer từ 25 tuổi trở lên tại Xã Kim Sơn, Huyện Trà Cú, Tỉnh Trà Vinh*, Khóa luận Tốt nghiệp cử nhân Y tế Công cộng, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, tr.32-67.
71. Lê Thanh Tuấn, Vũ Duy Kiên, Hoàng Văn Minh, Vũ Hồng Cương (2013), "Thực trạng bệnh tật tự khai báo của người dân ở một số khu vực đô thị thuộc 4 quận nội thành Hà Nội năm 2013 và một số yếu tố liên quan". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 25, Số 6, tr.29-38.

72. Đỗ Minh Tuấn, Vũ Đức Long, Nguyễn Văn Mùi (2013), "Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở độ tuổi lao động tại huyện Bá Thước tỉnh Thanh Hóa". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 12 (899), tr.5-7.
73. Hoàng Anh Tuấn, Đàm Khải Hoàn, Nguyễn Văn Hiến (2014), "Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh môi trường của người Dao tại một số xã đặc biệt khó khăn tỉnh Thái Nguyên". *Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên*, 123 (9), tr.3-10.
74. Vũ Phong Túc, Trần Đình Thoan (2012), "Đánh giá thực trạng tăng huyết áp ở người 40 - 60 tuổi tại 5 xã thuộc huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 2 (807), tr.136-138.
75. Đàm Thị Tuyết, Nguyễn Thu Hiền, Mai Anh Tuấn, Trần Thị Hằng, Tạ Ngọc Thạch (2013) "Thực trạng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại xã Lâu Thượng, huyện Võ Nhai, tỉnh Thái Nguyên". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 4 (866), tr.52-55.
76. Nguyễn Văn Tý, Nguyễn Thịnh Văn, Trịnh Thị Lệ Quyên và cộng sự (2013), *Văn hóa Chăm và những điều cần biết*, Trường Đại học Nông lâm thành phố Hồ Chí Minh, tr.4-18.
77. Bùi Thị Minh Thái, Hoàng Đức Hạnh, Nguyễn Thị Thi Thơ (2020), "Hiệu quả can thiệp cải thiện công tác phát hiện, quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại các trạm y tế xã ở huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội năm 2018 - 2019". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 30, Số 3, tr.95-103.
78. Đinh Văn Thành, Lương Ngọc Khuê (2011), "Thực trạng quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 6 (768), tr.88-90.
79. Đinh Văn Thành, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Tiến Dũng (2014), "Thực trạng và hiệu quả mô hình cải thiện tăng huyết áp tại tỉnh Bắc Giang". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 1 (423), tr.30-35.

80. Chu Hồng Thắng (2008), *Nghiên cứu thực trạng bệnh tăng huyết áp và rối loạn chuyển hoá ở người tăng huyết áp tại xã Hoá Thượng, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr.54-73.
81. Chu Hồng Thắng (2017), *Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả một số giải pháp can thiệp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, tr.121.
82. Thủ tướng Chính phủ (2015), *Quyết định số 59/2015/QĐTTg ngày 19 tháng 11 năm 2015 về việc ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020*, Hà Nội
83. Thủ tướng Chính phủ (2015), *Quyết định số 376/QĐ-TTg ngày 20 tháng 3 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ về việc "Phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 - 2025"*, Hà Nội
84. Vũ Thị Minh Thục, Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Văn Chuyên (2020), "Một số đặc điểm bệnh tật cộng đồng dân cư 5 tỉnh ven biển miền Bắc". *Tạp chí Y học cộng đồng*, 56 (3), tr.24-31.
85. Đoàn Phước Thuộc, Nguyễn Thị Hương, Trần Thị Thanh Nhàn và cộng sự (2019), "Nghiên cứu thực trạng nhận biết một số bệnh không lây nhiễm và hành vi điều trị, dự phòng ở người dân tỉnh Thừa Thiên Huế". *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, Tập 9, Số 1, tr.80-86.
86. Nguyễn Thị Thân Thủy, Hoàng Thị Xuân (2017), "Ảnh hưởng của phong tục tập quán người Mường đến hiệu quả xây dựng nông thôn mới khu vực miền núi phía Bắc". *Tạp chí Nghiên cứu Dân tộc*, Số 18, tr.87-90.
87. Trần Kim Trang (2012), "Stress và tăng huyết áp". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, Số 1, tr.186-193.
88. Lâm Hồng Trang, Bùi Chí Thương (2018), "Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ Khmer trong độ tuổi sinh sản tại huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 22, Số 1, tr.179-183.

89. Thái Thanh Trúc, Nguyễn Thị Mỹ Dung, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh (2019), "Kiến thức, thái độ và thực hành về tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại bệnh viện quận 2, thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 23 (5), tr.224-232.
90. Ủy ban Dân tộc (2017), *Tổng quan thực trạng kinh tế - xã hội của 53 dân tộc thiểu số*, Hà Nội, tr.98-99.
91. Ngô Thị Hải Vân, Đặng Tuấn Đạt (2017), "Cơ cấu bệnh tật của người dân tộc thiểu số sống lâu đời tại vùng khó khăn của tỉnh Đắk Nông, năm 2012-2014". *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 8, tr.409-414.
92. Xaly S. (2014), *Thực trạng và một số giải pháp góp phần cải thiện hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện Chăm Pa Sắc - Nam Lào*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.3.

Tiếng Anh

93. Abdul-Razak S., Daher A.M., Ramli A.S., et al. (2016), "Prevalence, awareness, treatment, control and socio demographic determinants of hypertension in Malaysian adults". *BMC Public Health*, 16, pp.1-10.
94. Ali M.M., Ajilore O. (2011), "Can Marriage Reduce Risky Health Behavior for African-Americans?". *Journal of Family and Economic*, 32, pp.191-203.
95. American Heart Association (2015) *Asian & Pacific Islanders and Cardiovascular Diseases*, pp.1.
96. Beigi M.A.B., Zibaeenezhad M.J., Aghasadeghi K., et al. (2014), "The effect of educational programs on hypertension management". *International Cardiovascular Research Journal*, 8 (3), pp.94-98.
97. Bhandari G.P., Angdembe M.R., Dhimal M., et al. (2014), "State of non-communicable diseases in Nepal". *BMC Public Health*, 14 (23), pp.1-9.
98. Cullmann M., Hilding A., Ostenson C.G. (2012), "Alcohol consumption and risk of pre-diabetes and type 2 diabetes development in a Swedish population". *Diabet Med*, 29 (4), pp.441-452.

99. Chijioke C., Anakwue R., Okolo T., et al. (2016), "Awareness, treatment, and control of hypertension in primary health care and secondary referral medical outpatient clinic settings at Enugu, Southeast Nigeria". *International Journal of Hypertension*, pp.1-5.
100. ChimberengwaI P.T., Naidoo M., et al. (2019), "Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe". *PLoS One*, 14 (6), pp.1-16.
101. Chobanian A.V., Bakris G., Black H.R., et al. (2003), "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report". *Journal of the American Medical Association*, 289 (19), pp.2560-2572.
102. Díaz A., Ferrante D. (2015), "Trends in prevalence of hypertension in Argentina in the last 25 years: a systematic review of observational studies". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (6), pp.496-503.
103. Du X., Fang L., Xu J., et al. (2019), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and sodium intake in Zhejiang Province, China: A cross-sectional survey in 2017". *PLoS ONE*, 14 (12), pp.1-13.
104. Dye C. (2014), *After 2015: infectious diseases in a new era of health and development*, pp.3.
105. Eghbali M., Khosravi A., Feizi A., et al. (2018), "Prevalence, awareness, treatment, control, and risk factors of hypertension among adults: a cross-sectional study in Iran". *Epidemiology and Health*, 40, pp.1-9.
106. Esteghamati A., Etemad K., Koochpayehzadeh J., et al. (2016), "Awareness, Treatment and Control of Pre-hypertension and Hypertension among Adults in Iran". *Archives of Iranian Medicine*, 19 (7), pp.456-464.
107. Ezekwesili C.N., Ononamadu C.J., Onyeukwu O.F., Mefoh N.C. (2016), "Epidemiological survey of hypertension in Anambra state, Nigeria". *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 19 (5), pp.659-667.

108. Fryar C.D., Ostchega Y., Hales C.M., et al. (2017), "Hypertension Prevalence and Control Among Adults: United States, 2015-2016". *NCHS Data Brief*, 289, pp.1-8.
109. Galson S.W., Staton C.A., Karia F., et al. (2017), "Epidemiology of hypertension in Northern Tanzania: a community-based mixed-methods study". *BMJ Open*, 7 (11), pp.1-10.
110. Garies S., Hao S., McBrien K., et al. (2019), "Prevalence of Hypertension, Treatment, and Blood Pressure Targets in Canada Associated With the 2017 American College of Cardiology and American Heart Association Blood Pressure Guidelines". *JAMA Netw Open*, 2 (3), pp.1-11.
111. Gaziano T.A., Bertram M., Tollman S.M., et al. (2014), "Hypertension education and adherence in South Africa: a cost-effectiveness analysis of community health workers". *BMC Public Health*, 14 (240), pp.1-9.
112. Gebrihet T.A., Mesгна K.H., Gebregiorgis Y.S., et al. (2017), "Awareness, treatment, and control of hypertension is low among adults in Aksum town, northern Ethiopia: A sequential quantitative-qualitative study". *PLoS One*, 12 (5), pp.1-16.
113. Ghorbani Z., Shamshirgaran S.M., Ghaffari S., et al. (2018), "Hypertension prevalence, awareness, treatment and its correlates among people 35 years and older: Result from pilot phase of the Azar cohort study". *Journal of Education and Health Promotion*, 7 (45), pp.1-23.
114. Htet A.S., Bjertness M.B., Oo W.M., et al. (2017), "Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension from 2004 to 2014 among 25-74-year-old citizens in the Yangon Region, Myanmar". *BMC Public Health*, 17 (1), pp.1-34.
115. Hu L., Huang X., You C., et al. (2017), "Prevalence and Risk Factors of Prehypertension and Hypertension in Southern China". *PLoS One*, 12 (1)

116. Huang G., Xu J.B., Liu Y., et al. (2017), "Temporal trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension from 2000 to 2010 in Chengdu, China". *Scientific Reports*, 7 (1), pp.1-7.
117. Hussain M.A., Mamun A.A., Reid C., et al. (2016), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Indonesian adults aged ≥ 40 years: findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS)". *PLoS One*, 11 (8), pp.1-31.
118. Irazola V.E., Gutierrez L., Bloomfield G., et al. (2016), "Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in selected LMIC communities: results from the NHLBI/UHG network of Centers of Excellence for Chronic Diseases". *Global Heart*, 11 (1), pp.47-59.
119. Islam S.M., Mainuddin A., Islam M.S., et al. (2015), "Prevalence of risk factors for hypertension: A cross-sectional study in an urban area of Bangladesh". *Global Cardiology Science and Practice*, 43, pp.1-9.
120. Karmacharya B.M., Koju R.P., LoGerfo J.P., et al. (2017), "Awareness, treatment and control of hypertension in Nepal: findings from the Dhulikhel Heart Study". *Heart Asia*, 9 (1), pp.1-8.
121. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K., et al. (2005), "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data". *Lancet*, 365 (9455), pp.217-223.
122. Krishnadath I.S.K., Jaddoe V.W.V., Venrooij L.M.N., et al. (2016), "Ethnic differences in prevalence and risk factors for hypertension in the Suriname Health Study: a cross sectional population study". *Population Health Metrics*, 14 (33), pp.1-11.
123. Khanal M.K., Dhungana R.R., Bhandari P., et al. (2017), "Prevalence, associated factors, awareness, treatment, and control of hypertension: Findings from a cross sectional study conducted as a part of a community based intervention trial in Surkhet, Mid-western region of Nepal". *PLoS One*, 12 (10), pp.1-20.
124. Lee W., Noh Y., Kang H., et al. (2017), "The mediatory role of medication adherence in improving patients' medication experience through patient-

- physician communication among older hypertensive patients". *Patient Preference and Adherence*, 11, pp.1119-1126.
125. Lei X., Yin N., Zhao Y. (2012), "Socioeconomic status and chronic diseases: The case of hypertension in China". *China Economic Review*, 23 (1), pp.105-121.
 126. Li G., Wang H., Wang K., et al. (2016), "Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors related to hypertension among urban adults in Inner Mongolia 2014: differences between Mongolian and Han populations". *BMC Public Health*, 16, pp.1-10.
 127. Lu Y., Wang P., Zhou T., et al. (2018), "Comparison of prevalence, awareness, treatment, and control of cardiovascular risk factors in China and the United States". *Journal of the American Heart Association*, 7 (3), pp.1-36.
 128. Mawji K. (2008), *Calculating portion size for an active day*, University of Regina Press, pp.124.
 129. Mills K.T., Stefanescu A., He J. (2020), "The global epidemiology of hypertension". *Nature Reviews Nephrology*, 16 (4), pp.223-237.
 130. Minelli C., Borin L.A., Trovo Mde C., et al. (2016) "Hypertension prevalence, awareness and blood pressure control in Matao, Brazil: a pilot study in Partnership with the Brazilian Family Health Strategy Program". *Journal of Clinical Medicine Research*, 8 (7), pp.524-530.
 131. Mirzaei M., Bagheri B., Dehghani A., et al. (2020), "Awareness, treatment, and control of hypertension and related factors in adult Iranian population". *BMC Public Health*, 20 (667), pp.1-10.
 132. Modesti P.A., Calabrese M., Marzotti I., et al. (2017), "Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Chinese First-Generation Migrants and Italians in Prato, Italy: The CHIP Study". *International Journal of Hypertension*, pp.1-25.
 133. Mouhtadi B.B., Kanaan R.M.N., Iskandarani M., et al. (2018), "Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors associated with hypertension in

- Lebanese adults: A cross sectional study". *Global Cardiology Science and Practice*, 1 (6), pp.1-20.
134. Muhamedhussein M.S., Nagri Z.I., Manji K.P. (2016), "Prevalence, risk factors, awareness, and treatment and control of hypertension in Mafia Island, Tanzania". *International Journal of Hypertension*, pp.1-6.
 135. Naing C., Yeoh P.N., Wai V.N., et al. (2016), "Hypertension in Malaysia: an analysis of trends from the national surveys 1996 to 2011". *Medicine (Baltimore)*, 95 (2), pp.1-24.
 136. Nyuyki C.K., Ngufor G., Mbeh G., et al. (2017), "Epidemiology of hypertension in Fulani indigenous populations-age, gender and drivers". *Journal of Health, Population and Nutrition*, 31 (6), pp.1-12.
 137. Odili A.N., Chori B.S., Danladi B., et al. (2020), "Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Nigeria: Data from a Nationwide Survey 2017". *Global Heart*, 15 (1), pp.1-13.
 138. Oum S., Prak P., Khuon E., et al. (2010), *Prevalence of non-communicable disease risk factor in Cambodia*, pp.66.
 139. Pedro J.M., Brito M., Barros H. (2018), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension, diabetes and hypercholesterolaemia among adults in Dande municipality, Angola". *Cardiovascular Journal of Africa* 29 (2), pp.73-81.
 140. Pengpid S., Vonglokharn M., Kounnavong S., et al. (2019), "The prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among adults: the first cross-sectional national population-based survey in Laos". *Vascular Health and Risk Management*, 15, pp.27-33.
 141. Prabhakaran D., Jeemon P., Ghosh S., et al. (2017), "Prevalence and incidence of hypertension: Results from a representative cohort of over 16,000 adults in three cities of South Asia". *Indian Heart Journal*, 69 (4), pp.434-441.

142. Raji Y.R., Abiona T., Gureje O. (2017), "Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly nigerians: report from the Ibadan study of aging". *Pan African Medical Journal* 27 (190), pp.1-14.
143. Rana J.S., Khan S.S., Lloyd-Jones D.M., et al. (2020), "Changes in Mortality in Top 10 Causes of Death from 2011 to 2018". *Journal of General Internal Medicine*, 36 (8), pp.2517-2518.
144. Roy A., Praveen P.A., Amarchand R., et al. (2017), "Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment and control rates over 20 years in National Capital Region of India: results from a repeat cross-sectional study". *BMJ Open*, 7 (7), pp.1-25.
145. Shafi S.T., Shafi T. (2017), "A survey of hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in health screening camps of rural central Punjab, Pakistan". *Journal of Epidemiology and Global Health*, 7 (2), pp.135-140.
146. Shen Y., Chang C., Zhang J., et al. (2017), "Prevalence and risk factors associated with hypertension and prehypertension in a working population at high altitude in China: a cross-sectional study". *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22 (1), pp.1-8.
147. Singh S., Shankar R., Singh G.P. (2017), "Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in Urban Varanasi". *International Journal of Hypertension*, pp.1-11.
148. Son P.T., Quang N.N., Viet N.L., et al. (2012), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey". *Journal of Human Hypertension*, 26 (4), pp.268-280.
149. Tesfaye F., Nawi N.G., Van Minh H., et al. (2007) "Association between body mass index and blood pressure across three populations in Africa and Asia". *Journal of Human Hypertension*, 21 (1), pp.28-37.
150. Tey N.P., Lai S.L., Teh J.K. (2016), "The debilitating effects of chronic diseases among the oldest old in China". *Maturitas*, 94, pp.39-45.

151. Tripathy J.P., Thakur J.S., Jeet G., et al. (2017), "Alarming high prevalence of hypertension and pre-hypertension in North India-results from a large cross-sectional STEPS survey". *PLoS One*, 12 (12), pp.1-31.
152. Unger T., Borghi C., Charchar F., et al. (2020), "2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines". *Hypertension*, 75 (6), pp.1334-1357.
153. Villa J.M. (2016), "Diff: Simplifying the Estimation of Difference-in-differences Treatment Effects". *The Stata Journal*, 16 (1), pp.52-71.
154. White H., Sabarwal S. (2014) "Quasi-experimental design and methods". *Methodological Briefs: Impact Evaluation*, 8, pp.1-16.
155. Whitworth J.A. (2003), "2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension". *Journal of Hypertension*, 21 (11), pp.1983-1992.
156. World Health Organization (2004), *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*, Lancet, pp.157-163.
157. World Health Organization (2005), *WHO STEPS surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance*, pp.17-20.
158. World Health Organization (2011), *Global strategy on diet, physical activity and health*, pp.44.
159. World Health Organization (2013), *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*, pp.1-40.
160. World Health Organization (2013), *High Blood Pressure - The Silent killer*, pp.1-4.
161. World Health Organization (2014), *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*, pp.204.
162. World Health Organization (2015), *Question and Answer on hypertension*, pp.1.

163. World Health Organization (2016), *Healthy diet*, pp.1-5.
164. World Bank (2021), *Vietnam: adapting to an aging society*, pp.142-144.
165. World Health Organization (2022), *Top 10 causes of death in Viet Nam for both sexes aged all ages (2019)*, available from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, Switzerland cited at 25 June, 2022.
166. World Health Organization (2022), *The top 10 causes of death*, available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>,
167. Yang L., Yan J., Tang X., et al. (2016), "Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors associated with hypertension among adults in Southern China, 2013". *PLoS One*, 11 (1), pp.1-25.
168. Yongqing Z., Ming W., Jian S., et al. (2016), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and sodium intake in Jiangsu Province, China: a baseline study in 2014". *BMC Public Health*, 16, pp.1-8.
169. Zhang F.L., Guo Z.N., Xing Y.Q., et al. (2017), "Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in northeast China: a population-based cross-sectional survey". *Journal of Human Hypertension*, 32 (1), pp.54-65.
170. Zubeldia Lauzurica L., Quiles Izquierdo J., Mañes Vinuesa J. (2016), "Awareness, treatment and control of hypertension in population aged 16 to 90 years old in the Valencia Region, Spain, 2010". *Revista Española de Salud Pública*, 90, pp.1-12.

PHỤ LỤC 1
BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU
VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên nghiên cứu: **“Cơ cấu bệnh tật, dịch tễ học bệnh tăng huyết áp, nhu cầu đáp ứng và hiệu quả can thiệp về khám chữa bệnh ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ”**

Nhà tài trợ: Kinh phí nghiên cứu sinh tự túc

Nghiên cứu viên chính: **NGUYỄN NGỌC HUY**

Tên đơn vị chủ trì: **Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh**

Chúng tôi mời bạn tham gia vào một nghiên cứu. Bạn có thể nói “đồng ý” hoặc “không đồng ý” đối với việc tham gia vào nghiên cứu này và thay đổi ý kiến vào bất cứ thời điểm nào.

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích và tiến hành nghiên cứu

Cơ cấu bệnh tật là một chỉ tiêu quan trọng để đánh giá xu hướng bệnh tật của một vùng, một quốc gia và là căn cứ cho việc hoạch định chính sách, kế hoạch đầu tư y tế, chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Việt Nam là nước đang phát triển, mô hình bệnh tật là mô hình đan xen các bệnh lây nhiễm và các bệnh không lây nhiễm, tai nạn, ngộ độc và chấn thương. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về mô hình bệnh tật ở nhiều nhóm dân cư, tuy nhiên dữ liệu trên đồng bào Chăm còn rất hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả cơ cấu bệnh tật, xác định tỷ lệ hiện mắc bệnh tăng huyết áp ở người Chăm, xác định các yếu tố liên quan, hiệu quả một số biện pháp can thiệp. Từ đó đề xuất biện pháp can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao sức khỏe, tăng khả năng tiếp cận và giảm thiểu gánh nặng chi tiêu y tế cho đồng bào Chăm.

Nghiên cứu được tiến hành qua 2 giai đoạn: Giai đoạn nghiên cứu cắt ngang trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017 với 5.482 đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở lên tại 11 xã thuộc 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên) và giai đoạn can thiệp cộng đồng xã Phan Thanh

bằng truyền thông, Phú Lạc là xã đối chứng, 12 tháng (01/2018 – 12/2018) với 400 người tham gia tại 2 xã, thuộc tỉnh Bình Thuận.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng bào Chăm từ 18 tuổi trở, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại 4 tỉnh thuộc khu vực Nam Trung Bộ (Ninh Thuận, Bình Thuận, Bình Định, Phú Yên) tại thời điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người không có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi; Người bệnh tâm thần; Người bệnh đang nằm điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bản chất và mức độ tham gia của những người tham gia nghiên cứu: Đo các chỉ số nhân trắc: mạch, huyết áp, chiều cao, cân nặng; Khám sức khỏe và chẩn đoán bệnh; Phỏng vấn bộ câu hỏi.

2. Các nguy cơ và bất lợi

Chúng tôi tiến hành đo các chỉ số nhân trắc (mạch, huyết áp, chiều cao, cân nặng) và khám sức khỏe, chẩn đoán bệnh cho người tham gia nghiên cứu, không can thiệp vào quá trình điều trị nên không gây nguy hại cho người bệnh.

3. Những lợi ích đối với người tham gia

Được khám bệnh miễn phí.

Được cấp thuốc miễn phí: có tăng huyết áp, tư vấn và cho thuốc điều trị 1 tháng, tư vấn người dân đến tái khám và điều trị tại trạm y tế địa phương để quản lý, tiếp tục điều trị.

Trường hợp bệnh khác vẫn được cho thuốc 1 tuần, tư vấn sức khỏe.

Trường hợp không bệnh sẽ được tư vấn, cho thuốc bổ, vitamin, sủi giun.

4. Chi phí/chi trả cho đối tượng

Được chi trả để bù đắp cho việc mất thu nhập do dành thời gian khoảng 2 giờ tham gia nghiên cứu, hình thức là sữa và tiền mặt trị giá 100.000 VNĐ và chi trả ngay sau buổi tham gia nghiên cứu.

5. Bồi thường/ điều trị khi có tổn thương liên quan đến nghiên cứu

Người tham gia được điều trị miễn phí trong trường hợp xảy ra chấn thương hoặc tổn thương do việc tham gia vào nghiên cứu gây ra.

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp cộng đồng bằng truyền thông nên không gây hậu quả gì lên sức khỏe người tham gia nếu họ bỏ cuộc giữa chừng.

6. Sự tự nguyện tham gia

Người tham gia được quyền tự quyết định, không hề bị ép buộc tham gia.

Người tham gia có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng gì đến việc chăm sóc mà họ đáng được hưởng.

Trong trường hợp là người suy giảm trí tuệ hoặc mất khả năng, việc lấy bản chấp thuận tham gia từ người đại diện hợp pháp.

7. Tính bảo mật

Họ tên, những thông tin liên quan đến người tham gia đều được mã hóa và tuyệt đối được giữ bí mật.

8. Người liên hệ

Nghiên cứu viên chính: NCS. Nguyễn Ngọc Huy, Điện thoại: 0969 084 888

Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh,
Địa chỉ: Số 167, Đường Pasteur, Phường 8, Quận 3, thành phố Hồ Chí Minh, Điện thoại: 028 3823 0352.

PHIẾU CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Chấp thuận của người tham gia nghiên cứu hay người đại diện hợp pháp:

- Tôi đã đọc hoặc được nghe đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu này.
- Tôi đã được cán bộ nghiên cứu giải thích những thông tin về nghiên cứu.
- Tôi đã có cơ hội để hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và các câu hỏi của tôi đều được trả lời.
- Tôi nhận một bản sao của Phiếu Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này.
- Tôi tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu này

☐ ĐỒNG Ý

☐ KHÔNG ĐỒNG Ý

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên _____ Chữ ký _____ Ngày tháng năm

Chữ ký của người làm chứng hoặc của người đại diện hợp pháp (nếu áp dụng):

Họ tên _____ Chữ ký _____ Ngày tháng năm

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân/người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho đối tượng nghiên cứu hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên _____ Chữ ký _____ Ngày tháng năm

PHỤ LỤC 2
PHIẾU KHÁM SỨC KHỎE

Mã số phiếu						
	Tỉnh	Huyện	Xã	Cá nhân		

TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác.

a) Không ☐ b) Có ☐

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh lây nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ☐ b) Có ☐

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

.....

I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao:cm; Cân nặng:kg; Chỉ số BMI:

Mạch:lần/phút; Huyết áp:..... /..... mmHg

Phân loại thể lực:.....

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Bình thường	Có bệnh	Tình trạng bệnh tật cụ thể	Phân loại	Bác sĩ khám (Ký, họ tên)
Tuần hoàn					
Hô hấp					
Tiêu hóa					

Thận – Tiết niệu					
Xương – Khớp					
Tâm thần kinh					
Ngoại khoa					
Sản phụ khoa					
Mắt			Thị lực không kính: - Mắt phải: - Mắt trái: Thị lực có kính: - Mắt phải: - Mắt trái: Bệnh về mắt (nếu có):		
Tai Mũi Họng			Thính lực tai phải: Thính lực tai trái: Bệnh về tai mũi họng (nếu có):		
Răng Hàm Mặt			Hàm trên: Hàm dưới: Bệnh RHM (nếu có):		

Dạ liễu					
----------------	--	--	--	--	--

III. CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám				Bác sĩ khám (Ký, họ tên)
1. Xét nghiệm máu				
a) Công thức máu:	HC	BC	N	
	TC	HST	Hct	
b) Sinh hóa máu	Glucose	Ure		
	Creatinin	SGOT	SGPT	
	HBsAg	AntiHCV		
2. Điện tim				
3. Siêu âm				
4. X quang				

KẾT LUẬN, PHÂN LOẠI SỨC KHỎE

.....

.....

.....

.....

.....

....., ngày.....tháng.....năm

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

PHỤ LỤC 3
PHIẾU ĐIỀU TRA CÁ NHÂN

Mã số phiếu							
	Tỉnh	Huyện	Xã	Cá nhân			

PHẦN 1: THÔNG TIN CÁ NHÂN

101	Họ và tên:
101a	Giới tính 1. Nam 2. Nữ
101b	Năm sinh (tính theo dương lịch)
102	Trình độ học vấn? 1. Dưới tiểu học 2. Tiểu học 3. Trung học cơ sở 4. Phổ thông trung học 5. Trung cấp trở lên
103	Nghề nghiệp/việc làm hiện tại của anh/chị? 1. Làm nông nghiệp 2. Cán bộ, viên chức nhà nước 3. Kinh doanh, buôn bán 4. Công nhân, thợ thủ công 5. Nội trợ 6. Khác (Hưu trí, làm thuê, thợ may...)
104	Tình trạng hôn nhân 1. Sống cùng vợ/chồng 2. Góa / Ly thân/ Ly dị 3. Chưa lập gia đình
105	Thu nhập bình quân hàng tháng của anh/chị là bao nhiêu đồng? <i>(Ghi chú: phần này điều tra viên tự tính dựa theo khai báo của cá nhân)</i> 1. ≤ 700.000 đồng 2. Trên 700.000 đồng đến 1 triệu 3. Trên 1 triệu đến 1,5 triệu 4. Trên 1,5 triệu
106	Anh/chị có thẻ bảo hiểm y tế hay không? 1. Có 2. Không
107	Anh/chị có muốn được nhận các thông tin truyền thông về bệnh tăng huyết áp? 1. Có 2. Không
108	Anh/chị và gia đình thường khám bệnh tại Trạm y tế hay không? 1. Có 2. Không

PHẦN 2: KIẾN THỨC VỀ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

109a	Huyết áp tối đa là bao nhiêu được xem là tăng huyết áp?	1. ≥ 130 mmHg 2. ≥ 140 mmHg 3. Không biết
109b	Huyết áp tối thiểu là bao nhiêu được xem là tăng huyết áp?	1. ≥ 80 mmHg 2. ≥ 90 mmHg 3. Không biết
110	Anh/chị có biết các biểu hiện (triệu chứng) của bệnh tăng huyết áp không?	
110a	Nhức đầu	1. Có 2. Không 3. Không biết
110b	Chóng mặt	1. Có 2. Không 3. Không biết
110c	Ù tai	1. Có 2. Không 3. Không biết
110d	Hoa mắt	1. Có 2. Không 3. Không biết
111	Theo anh/chị bệnh tăng huyết áp có thể dẫn đến những biến chứng nào?	
111a	Yếu liệt	1. Có 2. Không 3. Không biết
111b	Đột quỵ	1. Có 2. Không 3. Không biết
111c	Tử vong	1. Có 2. Không 3. Không biết
112	Anh/chị có biết những hành vi nguy cơ (nguyên nhân) dẫn đến bệnh tăng huyết áp không?	
112a	Ăn nhiều mỡ	1. Có 2. Không 3. Không biết
112b	Ăn mặn	1. Có 2. Không 3. Không biết
112c	Hút thuốc lá	1. Có 2. Không 3. Không biết
112d	Rượu bia	1. Có 2. Không 3. Không biết
112e	Ít vận động	1. Có 2. Không 3. Không biết
112f	Ít ăn rau	1. Có 2. Không 3. Không biết
113	Theo anh/chị bệnh tăng huyết áp được điều trị bằng các biện pháp gì?	
113a	Dùng thuốc	1. Có 2. Không 3. Không biết
113b	Không ăn mặn	1. Có 2. Không 3. Không biết
113c	Sử dụng dầu thực vật	1. Có 2. Không 3. Không biết
113d	Hạn chế rượu bia	1. Có 2. Không 3. Không biết

113e	Không hút thuốc	1. Có 2. Không 3. Không biết
113f	Ăn nhiều rau trái cây	1. Có 2. Không 3. Không biết
113g	Vận động thể lực	1. Có 2. Không 3. Không biết
114	Anh/chị cho biết những biện pháp phòng bệnh tăng huyết áp?	
114a	Không ăn mặn	1. Có 2. Không 3. Không biết
114b	Sử dụng dầu thực vật	1. Có 2. Không 3. Không biết
114c	Hạn chế rượu bia	1. Có 2. Không 3. Không biết
114d	Không hút thuốc	1. Có 2. Không 3. Không biết
114e	Ăn nhiều rau trái cây	1. Có 2. Không 3. Không biết
114f	Vận động thể lực	1. Có 2. Không 3. Không biết

PHẦN 3: THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

115	Anh/chị hiện có đang hút thuốc (thuốc điếu, xì gà, thuốc Lào...) hay không?	1. Có 2. Không
116	Trong 12 tháng vừa qua anh/chị có uống rượu/bia không?	1. Có 2. Không --> <i>chuyển sang câu 124</i>
117	Trong 12 tháng vừa qua , khoảng bao lâu anh/chị uống rượu/bia một lần (Mỗi lần uống ít nhất một ly rượu/bia)?	1. ≥ 5 ngày mỗi tuần 2. 1 - 4 ngày mỗi tuần 3. 1 - 3 ngày mỗi tháng 4. Ít hơn 1 lần mỗi tháng
118	Trong 12 tháng qua , lần anh/chị uống nhiều rượu/bia nhất là bao nhiêu ly? (Cộng tất cả các loại rượu/bia với nhau)	Số lượng lớn nhất: ly chuẩn
	1 ly chuẩn rượu/bia = tương đương với một chén rượu mạnh (40 độ, 30 ml); một ly rượu vang (13,5 độ, 100 ml); một cốc bia hơi (330 ml); 2/3 chai hoặc lon bia (330 ml).	
119	Trong bữa ăn hàng ngày, anh/chị có dùng thêm nước chấm (nước mắm, nước tương, muối) không?	1. Có 2. Không
120	Trong 1 tuần bình thường, có bao nhiêu ngày anh/chị ăn món mặn?	1. ≥ 3 ngày/tuần 2. < 3 ngày/tuần
121	Trong 1 tuần bình thường, có bao nhiêu ngày anh/chị ăn ăn mỡ động vật, chất béo?	1. ≥ 5 ngày/tuần 2. < 5 ngày/tuần

122	Trong một tuần bình thường, có bao nhiêu ngày anh/chị có ăn rau/ trái cây?	1. ≥ 5 ngày/tuần 2. < 5 ngày/tuần
123	Trong những ngày đó, anh/chị ăn bao nhiêu suất rau/ trái cây trong một ngày ?	1. ≥ 5 suất/ngày 2. < 5 suất/ngày
124	Anh/chị có tập thể dục/chơi thể thao không?	1. Có 2. Không
125	Anh/chị tập thể dục / chơi thể thao bao nhiêu ngày trong 1 tuần?	1. ≥ 5 ngày/tuần 2. < 5 ngày/tuần
126	Anh/chị tập thể dục/thể thao bao nhiêu phút một lần?	1. ≥ 30 phút 2. < 30 phút

PHẦN 4: ĐO LƯỜNG CÁC CHỈ SỐ

CÁC ĐO LƯỜNG CÁC CHỈ SỐ NHÂN TRẮC			
201	Chiều cao	. cm	
202	Cân nặng	. kg	
HUYẾT ÁP			
203a	Đo lần 1	Huyết áp tâm thu	mmHg
203b		Huyết áp tâm trương	mmHg
204a	Đo lần 2 (nghỉ cách nhau 5 phút)	Huyết áp tâm thu	mmHg
204b		Huyết áp tâm trương	mmHg
205a	Đo lần 3 (Nếu giữa 2 lần đo đầu tiên chênh lệch $>2,5$ mmHg thì đo lần 3)	Huyết áp tâm thu	mmHg
205b		Huyết áp tâm trương	mmHg
206	Trong 2 tuần nay, Anh/Chị có đang được điều trị tăng huyết áp bằng thuốc hay không (được chỉ định bởi nhân viên y tế)?	1. Có 2. Không	

PHỤ LỤC 4

**GIẢI ĐOẠN 1: MỘT SỐ HÌNH ẢNH KHẢO SÁT CƠ CẤU BỆNH TẬT VÀ
TĂNG HUYẾT ÁP Ở ĐỒNG BÀO CHĂM**

1. Tập huấn điều tra cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm



Ảnh 1. Tập huấn điều tra sức khỏe đồng bào Chăm tại tỉnh Bình Thuận



Ảnh 2. Tập huấn điều tra sức khỏe đồng bào Chăm tại tỉnh Bình Thuận



Ảnh 3. Tập huấn điều tra sức khỏe đồng bào Chăm tại huyện Bắc Bình, Bình Thuận



Ảnh 4. Tập huấn điều tra sức khỏe đồng bào Chăm tại huyện Bắc Bình, Bình Thuận



Ảnh 5. Tập huấn điều tra sức khỏe cộng đồng tại huyện Ninh Phước, Ninh Thuận



Ảnh 6. Tập huấn điều tra sức khỏe đồng bào Chăm tại huyện Đông Xuân, Phú Yên

2. Tổ chức thực hiện khảo sát cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm



Ảnh 7. Tổ chức khám sức khỏe cho đồng bào Chăm



Ảnh 8. Tổ chức khám sức khỏe cho đồng bào Chăm



Ảnh 9. Siêu âm cho đồng bào Chăm



Ảnh 10. Lấy máu xét nghiệm cho đồng bào Chăm



Ảnh 11. Khám, tư vấn sức khỏe và phỏng vấn tình trạng bệnh tật ở đồng bào Chăm

3. Khảo sát dịch tễ học tăng huyết áp ở đồng bào Chăm



Ảnh 12. Đo huyết áp và phỏng vấn đồng bào Chăm



Ảnh 13. Đo huyết áp và phỏng vấn đồng bào Chăm

PHỤ LỤC 5

GIẢI ĐOẠN 2: MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRIỂN KHAI CÁC HOẠT ĐỘNG

CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP

1. Tổ chức thành lập Ban chỉ đạo phòng chống tăng huyết áp



Ảnh 1. Đoàn khảo sát thực hiện đề tài tại xã Phan Thanh, Bắc Bình, Bình Thuận



Ảnh 2. NCS báo cáo tại Hội nghị triển khai can thiệp (năm 2018)



Ảnh 3. PCT UBND xã – Trưởng Ban chỉ đạo tại HN triển khai can thiệp



Ảnh 4. Đại diện Ban chỉ đạo của xã và các đại biểu Trưởng ban quân dân y tỉnh Bình thuận, TTYTDP Bắc Bình tại Hội nghị triển khai can thiệp TTGDSK phòng, chống THA ở xã Phan Thanh

2. Xây dựng mạng lưới triển khai thực hiện phòng chống tăng huyết áp



Ảnh 5. Họp mạng lưới và triển khai tập huấn cho cộng tác viên về phòng chống tăng huyết áp



Ảnh 6. Họp mạng lưới và triển khai tập huấn cho cộng tác viên về phòng chống tăng huyết áp

4. Tổ chức quản lý, điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế



Ảnh 7. Thăm khám, đo huyết áp và theo dõi bệnh tại Trạm y tế xã

5. Tổ chức tư vấn người bệnh và vãng gia



Ảnh 8. Thăm khám, đo huyết áp và theo dõi bệnh tại nhà



Ảnh 9. Theo dõi, đo huyết áp và phỏng vấn sau can thiệp tại nhà



Ảnh 10. Người dân tự đo huyết áp theo dõi cho nhau

6. Thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe



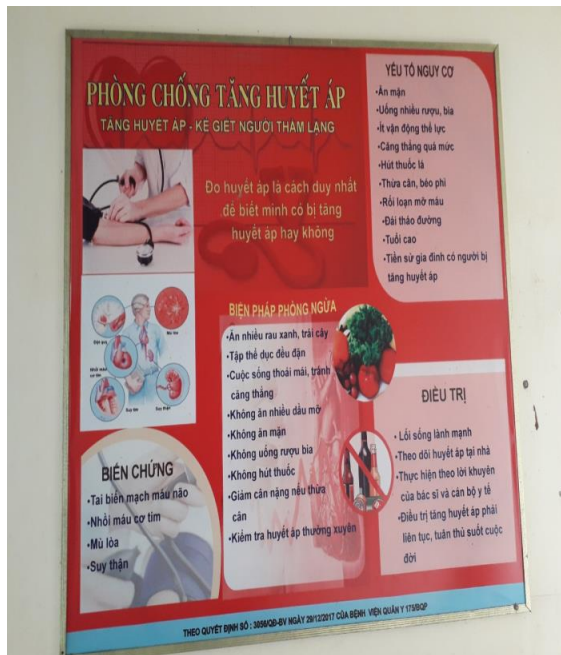
Ảnh 11. Giới thiệu nội dung truyền thông cho Sư cả phối hợp truyền thông trong các buổi sinh hoạt tôn giáo



Ảnh 12. Truyền thông về bệnh tăng huyết áp tại một buổi sinh hoạt tôn giáo



Ảnh 13. Phát nội dung truyền thông trên đài truyền thanh xã



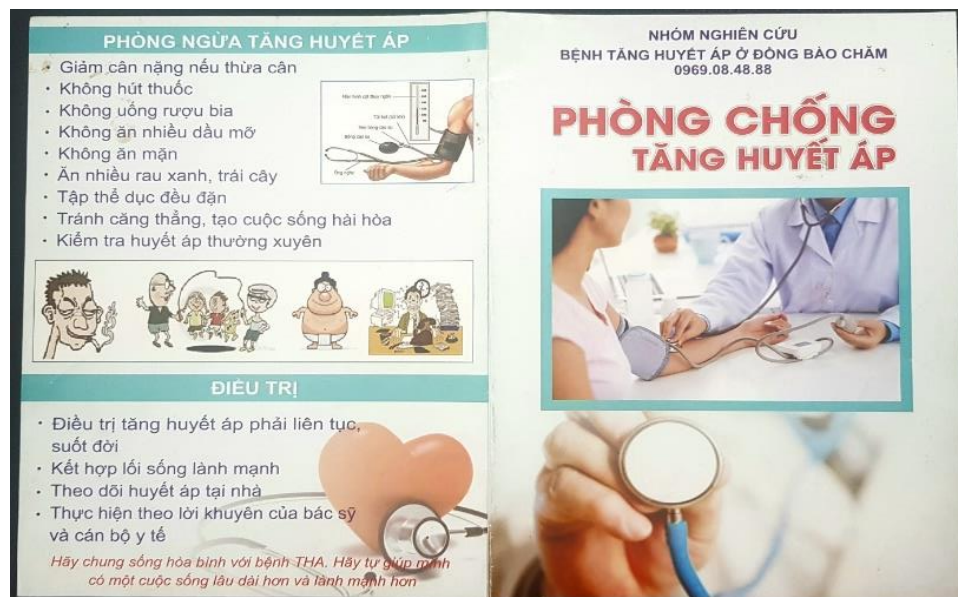
Ảnh 14. Pano truyền thông treo tại Trạm y tế xã, nhà sinh hoạt cộng đồng các thôn

PHỤ LỤC 6

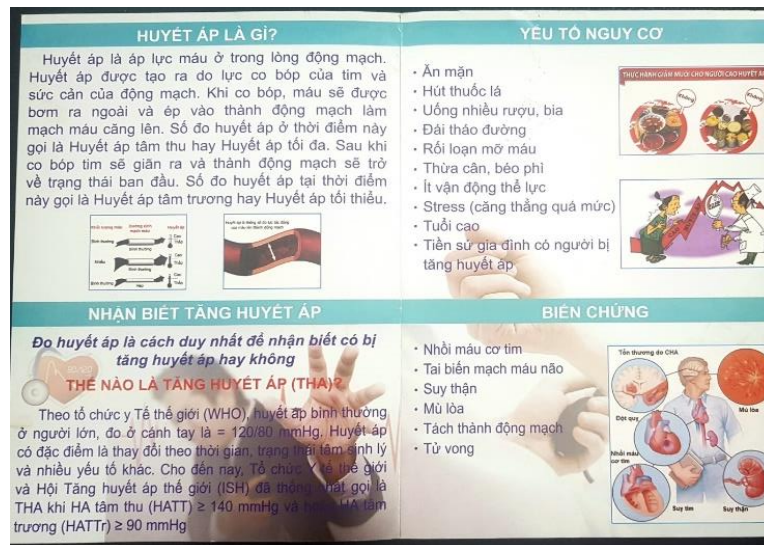
TÀI LIỆU TRUYỀN THÔNG PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP



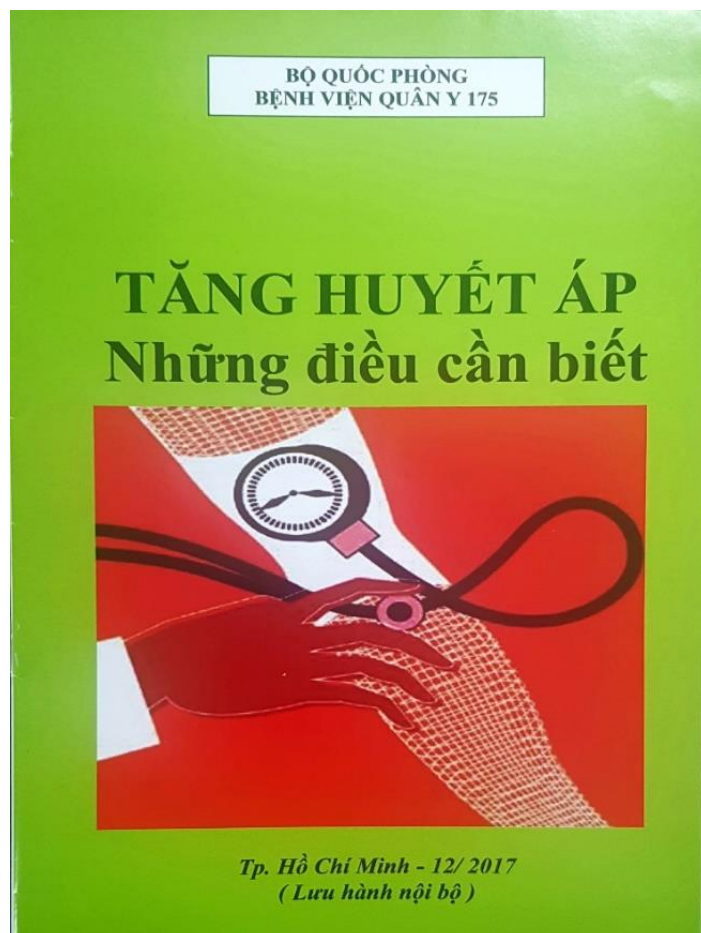
Ảnh 1. Nội dung pano truyền thông đặt tại Trạm y tế xã, nhà văn hóa xã và 7 nhà sinh hoạt cộng đồng



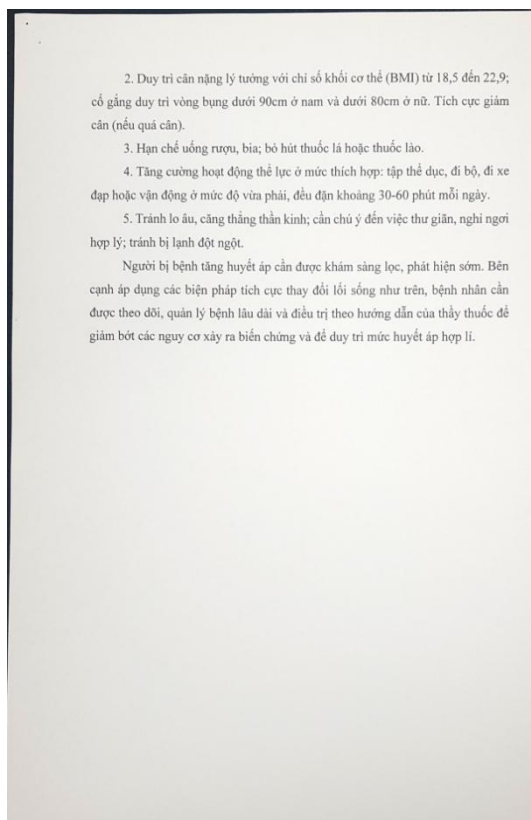
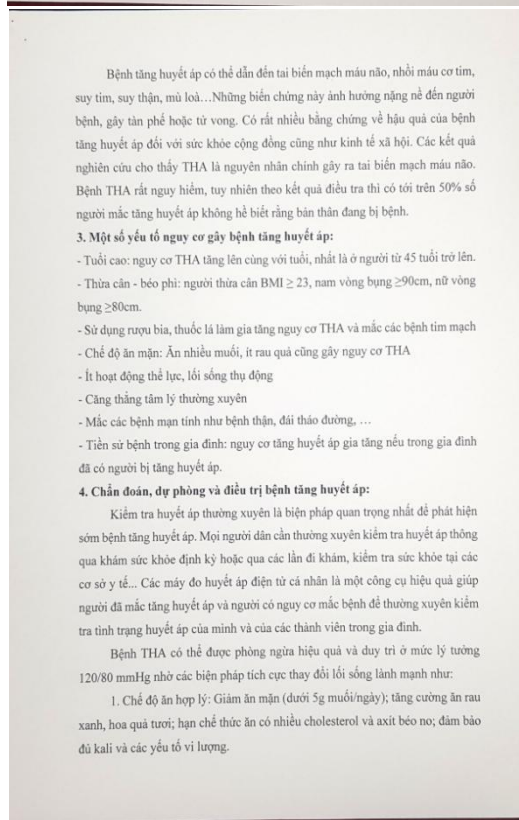
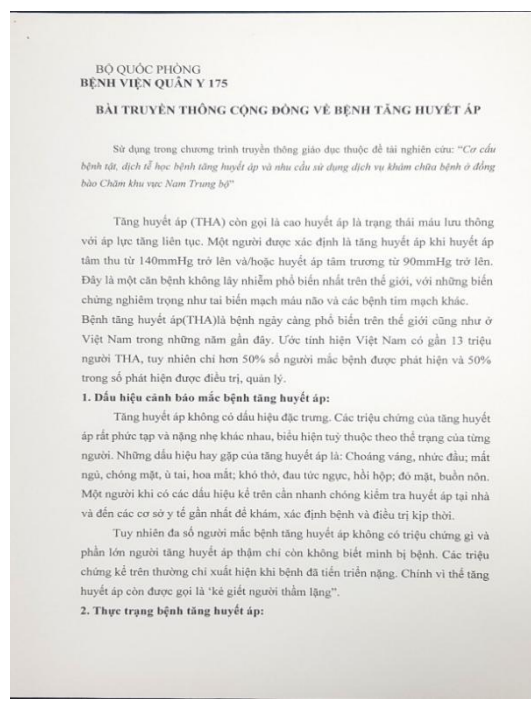
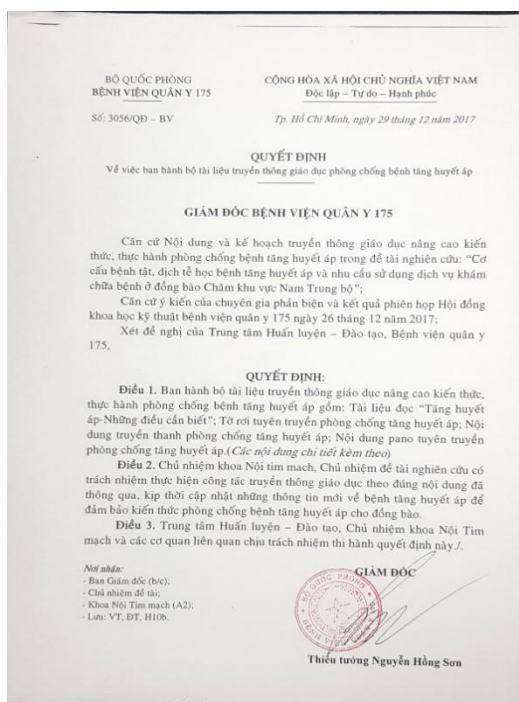
Ảnh 2. Nội dung tờ rơi phát cho đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh



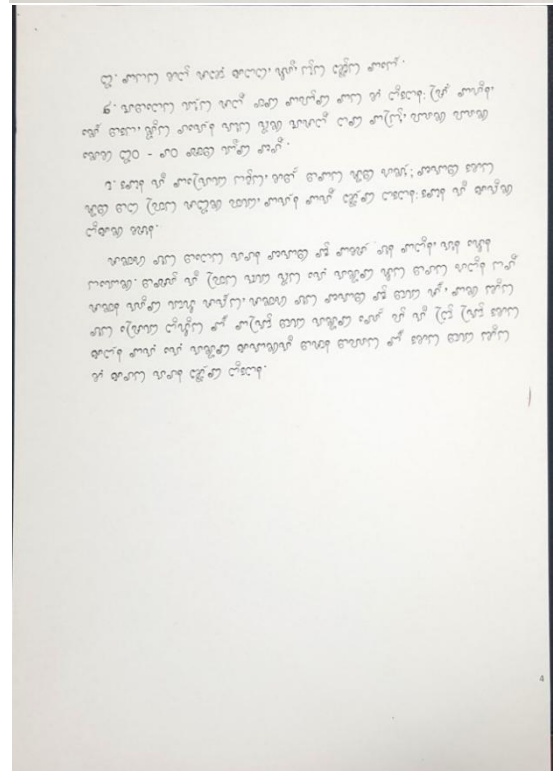
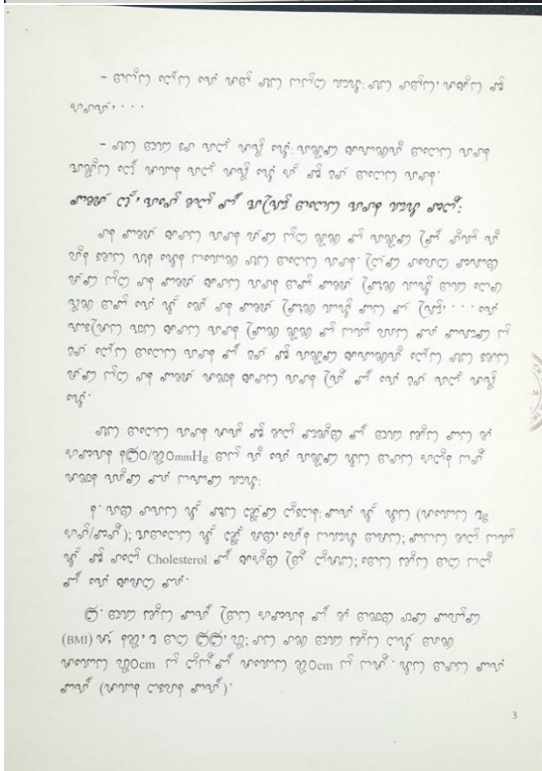
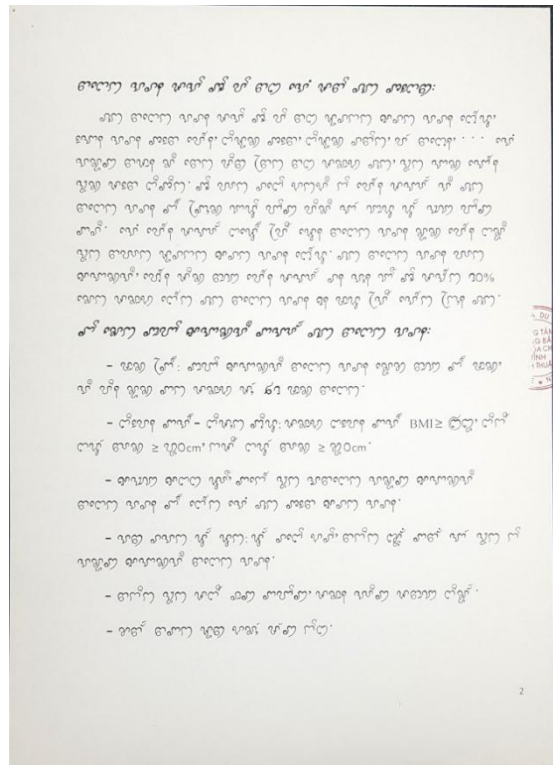
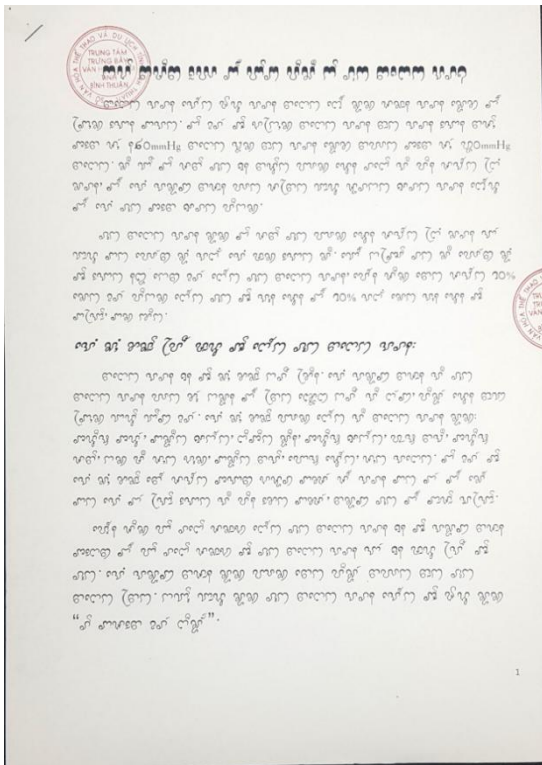
Ảnh 3. Nội dung tờ rơi phát cho đồng bào Chăm tại xã Phan Thanh



Ảnh 4. Tài liệu tuyên truyền về bệnh tăng huyết áp cấp cho Trạm y tế xã, các tổ chức quần chúng và đồng bào



Quyết định số: 3056/QĐ-BV của GĐBVQY 175 ngày 29/12/2017 về việc ban hành bộ tài liệu truyền thông giáo dục phòng chống bệnh THA



Nội dung truyền thanh bằng tiếng Chăm

PHỤ LỤC 7
GIẤY CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN QUÂN Y 175
HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC
TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC

Số: 17/2017/HĐĐĐ - BV
V/v: Chấp thuận đạo đức nghiên cứu

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 12 tháng 04 năm 2017

GIẤY CHỨNG NHẬN
Chấp thuận đề cương nghiên cứu

Căn cứ Quyết định số: 3579/QĐ-BV ngày 25 tháng 12 năm 2015 của Bệnh viện Quân Y 175 về việc thành lập Hội đồng đạo đức cơ sở xét duyệt các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học nhiệm kỳ 2016-2018;

Căn cứ Biên bản họp ngày 06/04/2017 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Quân y 175 nhiệm kỳ 2016-2018,

**Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học chấp thuận các
khía cạnh khoa học và đạo đức đối với nghiên cứu sau:**

1. Tên nghiên cứu: Cơ cấu bệnh tật, dịch tễ học bệnh tăng huyết áp và nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung bộ.
2. Chủ nhiệm đề tài: ThS.BS. Nguyễn Ngọc Huy
3. Cơ sở chủ trì thực hiện: Bệnh viện Quân Y 175
4. Cơ sở đào tạo: Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh
5. Địa điểm triển khai nghiên cứu: các tỉnh khu vực Nam trung bộ (Bình Định, Phú Yên, Ninh Thuận, Bình Thuận)
6. Đối tượng và cỡ mẫu:
 - Đối tượng: đồng bào Chăm 18 tuổi trở lên ở các tỉnh khu vực Nam Trung bộ.
 - Cỡ mẫu: 5.482 người.
7. Thời gian nghiên cứu: 2017 - 2019
8. Nội dung chấp thuận: Các khía cạnh đạo đức và khoa học theo đề cương đã được phê duyệt phiên bản ngày 29/03/2017 của Hội đồng bảo vệ đề cương nghiên cứu sinh Viện Pasteur TPHCM.

Ngày chấp thuận: 12/04/2017.

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG



Đại tá Trương Đình Cẩm

GIÁM ĐỐC



Thiếu tướng Nguyễn Hồng Sơn