

đó, gen KPC tuy chiếm 70,0% nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này cho thấy trong quần thể vi khuẩn đề kháng hiện nay, gen OXA-48 có thể đang giữ vai trò chủ đạo hơn so với gen KPC, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát và kiểm soát sự lan rộng của các chủng này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ các chủng CRKP phân lập từ bệnh nhân nhiễm khuẩn là 39,3%. Bệnh nhân ở độ tuổi >60 , nằm viện tại khoa ICU và khoa Tổng hợp, có thời gian nằm viện ≥ 48 giờ và có tiền sử sử dụng kháng sinh trong vòng một tháng trước là những yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn CRKP. Tỉ lệ CRKP mang gen KPC chiếm 22,7%, gen OXA-48 chiếm tỉ lệ 73,9%. Trong đó, đột biến gen OXA-48 có liên quan đến tiền sử dụng kháng sinh và tình trạng đề kháng cả ba loại kháng sinh carbapenem (imipenem, meropenem, ertapenem), đặc biệt là ertapenem.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antimicrobial Resistance Collaborators** (2022), "Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis", *The Lancet Medical Journal*, 399, tr.629-655.
2. **Nguyễn Chí Nguyễn, Nguyễn Dương Hiền, Nguyễn Thị Diệu Hiền & Trần Đỗ Hùng** (2022), "Xác định tỷ lệ nhiễm và sự đề kháng kháng sinh

của *Klebsiella pneumoniae* sinh carbapenemase được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*(50), tr.164-171.

3. **Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn, Nguyễn Quang Huy & Nguyễn Minh Hà** (2024), "Tình hình kháng carbapenem của họ vi khuẩn Enterobacteriaceae tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019-2023", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 537(1B), tr.141-146.
4. **Gandor, N. H. M., Amr, G. E., Eldin Algammal, S. M. S. & Ahmed, A. A.** (2022), "Characterization of carbapenem-resistant *k. pneumoniae* isolated from intensive care units of zagazig university hospitals", *Antibiotics*, 11(8), pp.1108.
5. **Jian, X., Li, Y., Wang, H., Li, C., Li, F. & Li, J.** (2024), "A comparative study of genotyping and antimicrobial resistance between carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* and *Acinetobacter baumannii* isolates at a tertiary pediatric hospital in China", *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 14, 1298202.
6. **Abolfazl, J. S., Noor, S. K. A. & Hussein, O. M. A.** (2023), "Occurrence of some common carbapenemase genes in carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* isolates collected from clinical samples in Tabriz, northwestern Iran", *BMC Research Notes*, 16(1), pp.311.
7. **Taha, M. S., Hagras, M. M., Shalaby, M. M., Zamzam, Y. A., Elkolaly, R. M. & Abdelwahab, M. A.** (2023), "Genotypic characterization of Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* isolated from an Egyptian University Hospital", *Pathogens*, 12(1), pp.121.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ TỈNH NINH BÌNH NĂM 2021

Nguyễn Hoàng Giang^{1,2}, Đỗ Trà My¹, Nguyễn Thị Thắng¹,
Trần Thị Mai Oanh¹, Lê Thị Kim Ánh²

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) là bệnh không lây nhiễm phổ biến tại Việt Nam. Nghiên cứu tìm hiểu thực trạng thực hành tự quản lý (TQL) THA và các yếu tố liên quan của người bệnh tại 6 trạm y tế xã thuộc tỉnh Ninh Bình năm 2021. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và thu thập dữ liệu qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi cấu trúc trên 492 người bệnh. Chỉ 36% bệnh nhân đạt mức thực hành TQL THA tốt với điểm thực hành trung bình là 2,41/4 điểm. Các nội dung có điểm cao nhất là tuân thủ điều trị bằng thuốc và tái khám định kỳ (2,85) và điều chỉnh lối sống (2,67). Ngược lại, tự

giám sát triệu chứng (2,15), tự theo dõi huyết áp (2,29), và tương tác với nhân viên y tế và người thân (2,08) còn hạn chế. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến thực hành tự quản lý THA bao gồm tự đánh giá huyết áp được kiểm soát, kiến thức về THA và việc tiếp cận quản lý điều trị tại cơ sở y tế. Các chương trình can thiệp cần tăng cường giáo dục sức khỏe, hỗ trợ theo dõi huyết áp và nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế nhằm cải thiện hiệu quả quản lý bệnh. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, tự quản lý, tuân thủ điều trị, trạm y tế.

SUMMARY

SELF-MANAGEMENT OF HYPERTENSION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS MANAGED AT SELECTED COMMUNE HEALTH STATIONS IN NINH BÌNH PROVINCE IN 2021

Hypertension (HTN) is a prevalent non-communicable disease in Vietnam. This study

¹*Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*

²*Trường Đại học Y tế Công cộng*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Giang

Email: nguyengiang@hspi.org.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

examines the self-management (SM) practices of hypertensive patients and associated factors at six commune health stations in Ninh Binh province in 2021. A cross-sectional study was conducted, collecting data through structured interviews with 492 patients. Only 36% of patients demonstrated good HTN self-management, with an average score of 2.41/4. The highest-scoring components were adherence to antihypertensive medication and regular follow-up visits (2.85) and lifestyle modifications (2.67). Conversely, disease monitoring (2.15), self-measured blood pressure (2.29), and interactions with healthcare providers and family members (2.08) remained limited. Multivariable binary logistic regression identified three significant factors associated with good HTN self-management: self-perceived blood pressure control, HTN knowledge, and access to HTN management at healthcare facilities. Interventions should focus on strengthening health education, promoting self-management practices, and improving access to HTN management.

Keywords: Hypertension, self-management, treatment adherence, commune health station.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tăng huyết áp (THA) là bệnh không lây nhiễm (BKN) mạn tính phổ biến hàng đầu với 23,3% dân số trưởng thành mắc trong năm 2021 [8]. Trong số những người từ 18-69 tuổi được phát hiện THA, chỉ có 11,2% đã kiểm soát được huyết áp [8]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc phát huy được vai trò và sự tham gia của người bệnh trong tự quản lý (TQL) bệnh là một trong những giải pháp cốt lõi trong các chiến lược kiểm soát bệnh THA.

Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa TQL bệnh là năng lực của cá nhân trong quản lý sức khỏe của họ, dù có hay không có sự hỗ trợ của NVYT. Các nội dung của thực hành TQL THA bao gồm tuân thủ điều trị (TTĐT) thuốc, chế độ ăn giảm muối và ít chất béo, hạn chế sử dụng rượu bia, không hút thuốc lá, kiểm soát cân nặng, tự theo dõi THA, khám sức khỏe định kỳ và giảm căng thẳng. Trong số các thang đo đánh giá thực hành TQL THA, công cụ của Akhter được coi là một khung đo lường toàn diện và đã sử dụng trong một số nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam [4]. Theo đó, thực hành tự TQL THA được đo lường với 5 nội dung, gồm có (i) tự điều chỉnh hành vi lối sống; (ii) Tự giám sát, phát hiện dấu hiệu, triệu chứng của THA; (iii) Tương tác với NVYT và người quen hỗ trợ kiểm soát bệnh; (iv) Tự theo dõi HA; (v) TTĐT bằng thuốc và tái khám định kỳ.

Các bằng chứng chỉ ra một đặc điểm then chốt của TQL bệnh mạn tính là sự tham gia chủ động và liên tục của người bệnh vào quá trình điều trị. Nghiên cứu này tìm hiểu thực trạng thực hành TQL THA và một số yếu tố ảnh hưởng của

người bệnh THA được quản lý tại 6 trạm y tế (TYT) xã tỉnh Ninh Bình năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên người bệnh THA từ 18 tuổi được thuộc quản lý tại 6 TYT xã ở địa bàn nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Điều tra đánh giá trước can thiệp đã tiến hành vào tháng 01-02/2021 tại 6 xã thuộc huyện Gia Viễn và Hoa Lư của tỉnh Ninh Bình.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên nhóm người bệnh THA đang được quản lý tại 6 trạm y tế xã thuộc hai huyện nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu người bệnh cho đánh giá đầu vào của mỗi huyện được ước tính cho nghiên cứu can thiệp so sánh hai tỉ lệ giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, trước và sau can thiệp. Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để tuyển chọn người bệnh từ 6 TYT xã của 2 huyện. Kết quả tuyển mẫu thực tế gồm 253 người tại huyện Gia Viễn và 239 người tại huyện Hoa Lư.

2.5. Biến số nghiên cứu. Biến đầu ra của nghiên cứu là thực hành tự quản lý THA, bao gồm nội dung: điều chỉnh lối sống, tự giám sát triệu chứng, tương tác với NVYT và gia đình, tự theo dõi huyết áp tại nhà và TTĐT. Tần suất thực hành trong 3 tháng gần nhất được đo bằng thang điểm 4. Người bệnh được phân loại thực hành tốt (≥ 2.5 điểm) hoặc chưa tốt (< 2.5 điểm). Các biến độc lập bao gồm kiến thức về THA, thái độ đối với THA, nhân khẩu học, kinh tế - xã hội, bảo hiểm y tế, đặc điểm bệnh và điều trị của người bệnh.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn người bệnh được thực hiện trực tiếp tại 6 TYT xã bằng bộ câu hỏi định lượng có cấu trúc trên máy tính bảng thông qua phần mềm ODK.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu. Nghiên cứu sử dụng phần Stata để làm sạch, xử lý và phân tích các số liệu. Do biến đầu ra của nghiên cứu là biến nhị phân nên phương pháp hồi quy đa biến logistics đơn thức được áp dụng để xác định các yếu tố liên quan đến thực hành TQL THA của người bệnh.

2.8. Đạo đức của nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu gốc được Hội đồng đạo đức của trường Đại học y tế công cộng phê duyệt trước khi thực hiện, theo quy định phê duyệt số 019-485/ĐĐ-YTCC ngày 13/09/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Đa

số người bệnh là người cao tuổi với 85,6% từ 60 tuổi trở lên (Bảng 1). Phần lớn người bệnh là nữ giới (68,1%), đã kết hôn (74,2%) và có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên (76,8%). Đa số người bệnh đang có một nguồn thu nhập do vẫn đi làm (42,1%) hoặc là cán bộ hưu trí (37%).

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh THA tham gia nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	n	%
Nhân khẩu học và kinh tế xã hội		
Nhóm tuổi		
- < 60 tuổi	71	14,4
- 60-69 tuổi	205	41,7
- ≥ 70 tuổi	216	43,9
Giới tính		
- Nam	157	31,9
- Nữ	335	68,1
Tình trạng hôn nhân		
- Chưa kết hôn	18	3,7
- Đã kết hôn	365	74,2
- Ly dị/độc thân/góa	109	22,1
Trình độ học vấn		
- Từ cấp 1 trở xuống	113	22,9
- Cấp 2	287	58,3
- Cấp 3	51	10,4
- Cao đẳng, ĐH trở lên	41	8,3
Nghề nghiệp		
- Đang làm việc	207	42,1
- Không đi làm	103	20,9
- Hưu trí	182	37,0
Có bảo hiểm y tế	492	98,6
Tình trạng bệnh và tiếp cận điều trị của người bệnh		
Số bệnh mạn tính khác đang mắc		
- Không	208	42,3
- 1 bệnh	84	17,1
- +2 bệnh	200	40,6
Tiền sử gia đình mắc bệnh THA	227	46,1
Thời gian mắc bệnh THA		
- < 1 năm	67	13,6
- 2-5 năm	160	32,5
- 5-10 năm	192	39,0
- > 10 năm	73	14,8
Đã được chẩn đoán bị biến chứng của bệnh THA	446	90,7
Người bệnh đang được quản lý điều trị tại một CSYT	371	75,4
Người bệnh đang sử dụng thuốc hạ áp	463	97,5
Kiến thức thái độ về bệnh THA	Trung bình (độ lệch chuẩn)	
Trung bình điểm kiến thức về bệnh	11,8 (2,73)	

Bảng 3. Mức độ thực hành TQL THA theo đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm nhân khẩu học – kinh tế xã hội	Thực hành TQL THA		Kiểm định χ^2
	Chưa tốt	Tốt	

THA của người bệnh (tối đa 15 điểm)	
Trung bình điểm thái độ về bệnh THA (tối đa 5 điểm)	4,0 (0,59)

Phần lớn người bệnh có BHYT (98,6%) và mắc ít nhất một bệnh mạn tính khác (57,7%). Đa số người bệnh đã bị THA trên 5 năm (63,0%). Đáng chú ý, 90,7% người bệnh đã được chẩn đoán có biến chứng do THA. Có 75,4% người bệnh đã được quản lý điều trị THA tại một cơ sở y tế (CSYT). Hầu hết người bệnh đã sử dụng thuốc hạ áp (97,5%). Kết quả đánh giá cho thấy người bệnh có mức kiến thức tương đối tốt về THA, với điểm trung bình là 11,8/15. Người bệnh có thái độ phù hợp với bệnh THA, với điểm trung bình đạt 4,0/5 điểm.

3.2. Thực hành TQL THA của người bệnh. Có 117/492 người bệnh đạt mức thực hành TQL THA tốt, chiếm tỷ lệ 36,0%. Tổng điểm trung bình thực hành là 2,41, phản ánh mức độ thực hành TQL THA còn hạn chế. Trong các nội dung được đánh giá, TTĐT bằng thuốc và tái khám định kỳ có điểm trung bình cao nhất. Bên cạnh đó, hành vi tự điều chỉnh lối sống có điểm tương đối cao.

Bảng 2. Kết quả đánh giá thực hành TQL bệnh THA của người bệnh

Điểm trung bình các nội dung tự thực hành quản lý bệnh THA	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tự điều chỉnh hành vi lối sống theo khuyến cáo	2,67	0,56
Tự giám sát, phát hiện dấu hiệu, triệu chứng của bệnh	2,15	0,68
Tương tác với NVYT và người khác để hỗ trợ việc kiểm soát huyết áp	2,08	0,73
Tự theo dõi huyết áp	2,29	0,85
Tuân thủ điều trị bằng thuốc và tái khám định kỳ	2,85	0,86
Tổng điểm trung bình	2,41	0,54

Tuy nhiên, các hoạt động tự giám sát triệu chứng (2,15 điểm) và tự theo dõi huyết áp (2,29) vẫn chưa được thực hiện thường xuyên. Đặc biệt, điểm cho nội dung tương tác với NVYT và người khác để hỗ trợ kiểm soát huyết áp là thấp nhất (2,08).

3.3. Các yếu tố liên quan tới thực hành TQL THA của người bệnh. Tỷ lệ nam giới có thực hành TQL THA tốt cao hơn đáng kể so với nữ giới (42,7% so với 32,7%; $p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thực hành TQL THA tốt giữa các nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

	N	%	n	%	p-value
Nhóm tuổi: - < 60 tuổi - 60-69 tuổi - ≥ 70 tuổi	46	64,8	25	35,2	0.820
	134	65,4	71	34,6	
	135	62,5	81	37,5	
Giới tính: - Nam - Nữ	90	57,3	67	42,7	0,034
	225	67,2	110	32,8	
Tình trạng hôn nhân: - Chưa kết hôn - Đã kết hôn - Ly dị/độc thân/góa	12	66,7	6	33,3	0,685
	237	64,9	128	35,1	
	66	60,6	43	39,4	
Trình độ học vấn: - Từ cấp 1 trở xuống - Cấp 2 - Cấp 3 trở lên	80	70,8	33	29,2	0,174
	181	63,1	106	36,9	
	54	58,7	38	41,3	
Nghề nghiệp: - Đang làm việc - Không đi làm - Hưu trí	127	61,3	80	38,7	0,117
	61	59,2	42	40,8	
	69	69,8	55	30,2	
Số bệnh mạn tính khác đang mắc: - Không - 1 bệnh +2 bệnh	138	66,4	70	33,7	0,434
	49	58,3	35	41,7	
	128	64,0	72	36,0	
Tiền sử gia đình mắc bệnh THA: Không Có	166	62,6	99	37,4	0,490
	149	65,6	78	34,5	
Thời gian mắc bệnh THA: - < 1 năm - 2-5 năm - 5-10 năm - > 10 năm	43	64,2	24	35,8	0,573
	109	68,1	51	31,9	
	117	60,9	75	39,1	
	46	63,1	27	37,0	
Đã chẩn đoán bị biến chứng của bệnh THA: Không Có	26	56,5	20	43,5	0,265
	289	64,8	157	35,2	
Đã điều trị THA tại CSYT: - Không - Có	101	83,5	20	16,5	<0,001
	214	57,7	157	42,3	
Tự đánh giá huyết áp đã kiểm soát: - Chưa kiểm soát - Đã kiểm soát	216	69,0	97	31,0	0,002
	99	55,3	80	44,7	
	Trung bình (SD)		Trung bình (SD)		p-value
Điểm kiến thức về THA của người bệnh	11,5 (3,01)		12,2 (2,09)		0,066
Điểm thái độ đối với THA	3,9 (0,59)		4,0 (0,59)		0,291

Kết quả không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ thực hành TQL THA tốt giữa các nhóm người bệnh có đặc điểm bệnh lý khác nhau như số bệnh mạn tính mắc kèm, tiền sử gia đình mắc THA, thời gian mắc bệnh và tình trạng biến chứng ($p > 0,05$). Tuy vậy, người bệnh được quản lý điều trị tại CSYT có tỷ lệ thực hành tốt cao hơn đáng kể so với nhóm không được quản lý ($p < 0,001$). Tương tự, nhóm người bệnh tự đánh giá huyết áp đã kiểm soát có thực hành tốt hơn nhóm cho rằng huyết áp của mình chưa kiểm soát ($p = 0,002$).

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic xác định yếu tố liên quan đến thực hành TQL THA của người bệnh

Yếu tố liên quan	Tỉ số chênh OR	p-value	95% CI
Tự đánh giá huyết áp đã được kiểm soát			
- Không	-	0,019	1,08-2,38
- Có	1,60		
Đã quản lý điều trị		<	2,06-6,03

THA tại một CSYT		0,001	
- Không	-		
- Có	3,52		
Tổng điểm kiến thức trung bình	1,10	0,021	1,01-1,18

Những người tự đánh giá huyết áp đã được kiểm soát có khả năng thực hành TQL THA tốt cao hơn 1,6 lần so với những người không tự đánh giá huyết áp đã được kiểm soát ($p = 0,019$). Người bệnh đã từng quản lý điều trị THA tại một CSYT có khả năng thực hành TQL THA tốt cao hơn 3,52 lần so với nhóm chưa từng điều trị tại CSYT ($p < 0,001$). Tổng điểm kiến thức về THA có liên quan tích cực đến thực hành TQL THA, với mỗi điểm tăng trong thang đo kiến thức, khả năng thực hành TQL THA tốt tăng 1,1 lần ($p = 0,021$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy mức độ thực hành TQL bệnh THA của người bệnh còn hạn chế với chỉ 36% người bệnh đạt mức thực hành tốt. Trong đó, TTĐT và tái khám định kỳ có điểm cao nhất,

trong khi tương tác với NVYT và người thân để hỗ trợ kiểm soát huyết áp có điểm thấp nhất. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu tại Châu Phi và Châu Á, nơi mức độ TQL bệnh THA cũng ở mức thấp [3,6]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu tương tự và cho thấy mức điểm trung bình cao hơn (2,83 điểm) [4]. Tuy nhiên, kết quả này được thu thập tại bệnh viện tuyến huyện và tỉnh, nơi người bệnh có thể đã nhận được chăm sóc và tư vấn chuyên sâu hơn so với cộng đồng nói chung. Một nghiên cứu khác tại Đà Nẵng (2020) trên nhóm người bệnh THA báo cáo mức điểm tương tự nghiên cứu này (2,37/4), với tỷ lệ thực hành tốt chỉ 17,6% [2]. Gần đây, nghiên cứu tại một bệnh viện ghi nhận mức điểm thực hành cao hơn (3,73/4), có thể do người bệnh đã điều trị lâu dài tại bệnh viện [5].

Nghiên cứu này phát hiện ra rằng những người bệnh tự đánh giá huyết áp đã được kiểm soát có thực hành TQL THA tốt so với những người tự đánh giá huyết áp chưa được kiểm soát. Phát hiện này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây chỉ ra sự cải thiện sức khỏe sau điều trị là động lực giúp người bệnh tuân thủ tốt hơn. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giúp người bệnh theo dõi và đánh giá tình trạng huyết áp của mình. Trong nghiên cứu này, người bệnh đã được quản lý điều trị tại một CSYT có thực hành TQL THA tốt hơn so với nhóm chưa điều trị tại CSYT. Việc tiếp cận điều trị THA tại CSYT giúp người bệnh được điều trị, theo dõi tình trạng sức khỏe và được các tư vấn chăm sóc và TQL bệnh từ NVYT. Nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh vai trò quan trọng của tư vấn từ NVYT trong việc nâng cao nhận thức và thúc đẩy thực hành TQL bệnh. Tại Việt Nam, một nghiên cứu can thiệp cho thấy tư vấn về TTĐT, theo dõi huyết áp và phản hồi với NVYT đã giúp tăng 26,4% tỷ lệ người bệnh nhận thức được tầm quan trọng của theo dõi huyết áp thường xuyên [1].

Cuối cùng, nghiên cứu này cũng chỉ ra kiến thức về THA có liên quan tích cực đến thực hành TQL THA của người bệnh. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy kiến thức tốt giúp người bệnh hiểu rõ tình trạng sức khỏe, TTĐT và quản lý bệnh hiệu quả hơn. Phân tích của Dena và cộng sự trên 53 nghiên cứu cũng nhấn mạnh rằng hiểu biết về bệnh, thuốc và kế hoạch điều trị là yếu tố quyết định thành công trong TQL bệnh mạn tính [7]. Các phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe và thúc đẩy người bệnh THA tiếp cận dịch vụ quản lý điều trị THA tại các cơ sở y tế nhằm cải thiện hành vi TQL bệnh của

người bệnh THA, từ đó tăng cường hiệu quả điều trị và kiểm soát THA của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thực hành TQL THA của người bệnh còn nhiều hạn chế. Các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến thực hành TQL THA bao gồm nhận thức về kiểm soát huyết áp, mức độ hiểu biết về bệnh và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình can thiệp truyền thông - giáo dục nhằm nâng cao nhận thức của người bệnh về bản chất mạn tính của THA, tầm quan trọng của TTĐT thuốc suốt đời, kết hợp với điều chỉnh lối sống và theo dõi sức khỏe định kỳ. Bên cạnh đó, việc thiết lập cơ chế hỗ trợ từ NVYT và gia đình là yếu tố quan trọng để cải thiện hiệu quả TQL bệnh. Các can thiệp cần hướng đến việc tăng cường kết nối giữa người bệnh, NVYT và cộng đồng, tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh duy trì các hành vi quản lý THA bền vững hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hạnh, T.T.M.**, Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. 2017, Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
2. **My, T.T., N. Methakajanasak, and H.V. Minh**, Relationships between Hypertension knowledge, Self-efficacy, Treatment beliefs and Self-management behaviors among uncontrolled hypertension patients in Da Nang city, Vietnam*. *Journal of Nursing Science and Health*, 2020. 43(4): p. 59-71.
3. **Ademe, S., F. Aga, and D. Gela**, Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 2019. 19(1): p. 51.
4. **Anh, D.T.T., et al.**, Differences of Self-Management in Controlling Blood Pressure between Patients with Hypertension and Healthy People in Vietnam. *POJ Nursing Practice & Research*, 2017. 1: p. 1-8.
5. **My, T.T., et al.**, Factors related to self-management behavior among hypertensive patients in Hue city, Vietnam. *Journal of Nursing Science and Health*, 2024. 7(2): p. 108-120.
6. **Neminqani, D.M., E.A. El-Shereef, and M.M.A. Thubiany**, Hypertensive Patients: Self-Care Management Practices in Al-Taif, KSA *International Journal of Science and Research (IJSR)* 2015. 4(12).
7. **Schulman-Green, D., et al.**, A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 2016. 72(7): p. 1469-1489.
8. **World Health Organization**, National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Viet Nam, 2021. 2024, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific: Manila.