

Nhận xét: kết quả nghiên cứu bảng 3.5 cho thấy có 30% các trạm y tế có chất thải rắn được xử lý dưới hình thức chôn vùi; 60% các trạm y tế xử lý chất thải y tế ở lò đốt thủ công; 90% các trạm y tế được xử lý sơ bộ chất thải y tế tại nơi phát sinh.

IV. BÀN LUẬN

Xử lý CTRYT không đúng sẽ không hủy hết đầu kim tiêm và việc chôn lấp thiếu an toàn là mối nguy cơ gây thương tích. Các hình thức xử lý chất thải rắn y tế hiện đang áp dụng ở các cơ sở y tế, đặc biệt là các TYT không đảm bảo tiêu chuẩn về môi trường và nguy hại đối với sức khỏe của cán bộ y tế và cộng dân cư xung quanh. Để các TYT thực hiện xử lý đúng CTYT, đòi hỏi lãnh đạo TTYT huyện Phú Bình cần chỉ đạo sâu sát, tổ chức thu gom, vận chuyển CTYT của các TYT trên địa bàn theo đúng thời gian quy định, đồng thời cử cán bộ theo dõi, lập sổ giao nhận chất thải của các TYT chuyển cho trung tâm xử lý, như vậy mới thúc đẩy các TYT thực hiện tốt công tác này.

V. KẾT LUẬN

- Có 85% trạm y tế phân loại các chất thải y tế theo mã màu đúng quy định.

- Tỷ lệ các trạm y tế thu gom chất thải y tế vào hộp có kích thước của túi hộp chuẩn theo

quy định là 85%; vào hộp đựng vật sắc nhọn là 95% và vào thùng đựng chất thải y tế là 100%.

- Có trên 60% các trạm y tế lưu giữ chất thải y tế đúng quy định.

- Có 40% các trạm y tế thực hiện vận chuyển chất thải y tế đúng quy định.

- Có 30% các trạm y tế có chất thải rắn được xử lý dưới hình thức chôn vùi; 60% các trạm y tế xử lý chất thải y tế ở lò đốt thủ công; 90% các trạm y tế được xử lý sơ bộ chất thải y tế tại nơi phát sinh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các khoa, Trạm Y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện Phú Bình cần thực hiện đúng cách xử lý chất thải y tế theo quy định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), "Thông tư liên tịch số 20/2021/TTLT-BYT-BTNMT giữa Bộ Y tế và Bộ tài nguyên và môi trường, quy định về quản lý chất thải y tế".
2. **Bùi Huỳnh Định** (2019), Thực trạng hoạt động quản lý chất thải y tế tại huyện Bắc Sơn tỉnh Lạng Sơn năm 2018, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên.
3. **Trần Đại Tri Hãn và các cộng sự** (2016), "Tình hình quản lý chất thải rắn y tế tại các trạm y tế xã, thị trấn ở huyện Tuyên Hóa, tỉnh Quảng Bình", Y Học TP. Hồ Chí Minh Phụ Bản Tập 20 - Số 5, tr. 475 -479.

THỰC TRẠNG THỰC HÀNH VỆ SINH GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI XÃ NAM PHONG THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Huế¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang qua phỏng vấn trực tiếp 148 người bệnh tăng huyết áp (THA) tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định nhằm mô tả thực trạng thực hành vệ sinh giấc ngủ của người bệnh tăng huyết áp. Kết quả điểm số trung bình về thực hành vệ sinh giấc ngủ của người bệnh THA là $32,9 \pm 8,1$ trên thang điểm 65, trong đó có 90,5% người bệnh đã từng có giấc ngủ vào ban ngày từ 2 tiếng trở nên; có 23,7% người bệnh có thói quen thường xuyên và luôn luôn sử dụng rượu, cà phê, chè đặc trước ngủ; có 73% người bệnh trước lúc ngủ mang tâm trạng buồn, căng thẳng, tức giận; có 18,9%

người bệnh trả lời rằng thường xuyên và luôn luôn họ cảm thấy không thoải mái trên chiếc giường của mình và có đến 18,2% nói rằng luôn luôn và thường xuyên thấy phòng ngủ không thoải mái. Kết luận những người mắc THA tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định thực hành vệ sinh giấc ngủ còn nhiều hạn chế, cần có các biện pháp can thiệp hướng dẫn người bệnh thực hành vệ sinh giấc ngủ tốt và hỗ trợ phù hợp để nâng cao chất lượng giấc ngủ (CLGN) ở nhóm đối tượng kể trên.

Từ khóa: Thực hành, vệ sinh giấc ngủ, người bệnh tăng huyết áp, xã Nam Phong, tỉnh Nam Định

SUMMARY

THE ACTUAL SITUATION OF SLEEP HYGIENE PRACTICE OF HYPERTENSIVE PATIENTS NAM PHONG COMMUNE, NAM DINH CITY, NAM DINH PROVINCE

A cross-sectional study with direct 148 hypertensive patients's interviews in Nam Phong

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huế
Email: huedhdd@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023
Ngày duyệt bài: 10.5.2023

commune, Nam Dinh city, Nam Dinh province to reveal the actual situation of sleep hygiene practice of hypertensive patients. The average score on sleep hygiene practice of patients with hypertension is 32.9 ± 8.1 on a scale of 65, of which 90.5% sleep more than 2 hours during the day; 23.7% of patients have a habit of using alcohol, coffee, and strong tea before going to bed; 73% of patients feel sad, stressed, angry before sleeping; there is 18.9% of patients answered that they often and always feel uncomfortable in their bed and up to 18.2% said that they always and often find the bedroom uncomfortable. Conclusion: Hypertensive patients in Nam Phong commune, Nam Dinh city have numerous limitations in sleep hygiene practice. Carrying out interventional measures and appropriate supports are necessary to help the hypertensive patients have good sleep hygiene and improve sleep quality in this group of patients.

Keywords: practice, sleep hygiene, hypertensive patient, Nam Phong commune, Nam Dinh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ càng cần thiết đối với một người bệnh, chất lượng giấc ngủ kém là một yếu tố làm tăng nguy cơ phát triển bệnh, làm giảm kết quả điều trị và chăm sóc đối với người bệnh tăng huyết áp [3]. Thực hành vệ sinh giấc ngủ tốt sẽ giúp người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt qua đó góp phần kiểm soát các bệnh mạn tính [8]. Xã Nam Phong thành phố Nam Định là một trong những đơn vị tiêu biểu trong việc triển khai phòng ngừa và quản lý bệnh không lây nhiễm. Trạm y tế xã Nam Phong đã và đang triển khai nhiều chương trình hỗ trợ bệnh nhân THA, trong đó cải thiện CLGN là một trong những mục tiêu được chú trọng. Tuy nhiên, cho đến nay chưa từng có nghiên cứu hay khảo sát nào về chất lượng giấc ngủ được tiến hành tại xã Nam Phong. Vì vậy chúng tôi đã khảo sát thực trạng chất lượng giấc ngủ, kiến thức, thực hành vệ sinh giấc ngủ của người bệnh tăng huyết áp nhằm mục đích nâng cao hiệu quả của chương trình hỗ trợ bệnh nhân THA tại đây. Trong bài báo này chúng tôi truyền tải kết quả nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng thực hành vệ sinh giấc ngủ của người bệnh đã được chẩn đoán mắc THA tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người được chẩn đoán mắc THA đang sinh sống tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định, theo danh sách được cung cấp bởi Trạm y tế xã Nam Phong

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 2 - tháng 8 năm 2019

Địa điểm nghiên cứu: tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu toàn bộ số người mắc THA được quản lý theo danh sách được cung cấp tại trạm y tế xã Nam Phong. Tổng số người bệnh THA được trạm cung cấp là 178 người. Tuy nhiên có 5 người không đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, 20 người không liên hệ được và 5 người không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành phỏng vấn được tổng 148 đối tượng.

2.5. Công cụ nghiên cứu

Chỉ số đánh giá thực hành vệ sinh giấc ngủ SHI. Sleep Hygiene Index (SHI) được phát triển bởi Mastin và cộng sự năm 2006 [5]. SHI là bộ công cụ gồm 13 nội dung mô tả các thói quen khi ngủ và môi trường thực hành vệ sinh giấc ngủ trong tháng qua của đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá: Những người tham gia được yêu cầu để chỉ ra mức độ thường xuyên họ tham gia vào các hành vi cụ thể và chỉ ra tần số là luôn luôn, thường xuyên, đôi khi, hiếm khi, hoặc không bao giờ. Các mức độ của hành vi vệ sinh giấc ngủ được đo bởi những người tham gia trả lời mỗi câu lệnh trên SHI sử dụng loại thang điểm Likert 5. Sau đó mỗi nội dung hỏi được mã hóa ra điểm đánh giá khác nhau từ 5 điểm (luôn luôn) đến 1 điểm (không bao giờ). Điểm số cao hơn thể hiện sự thực hành vệ sinh giấc ngủ chưa tốt.

2.6. Thu thập số liệu. Số liệu được thu thập bởi 10 điều tra viên là sinh viên trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. Điều tra viên được tập huấn kỹ càng trước khi chính thức đi phỏng vấn đối tượng và được giám sát trong suốt quá trình thu thập bởi nghiên cứu viên chính. Cán bộ trạm y tế giúp điều tra viên liên hệ với người bệnh, sau đó điều tra viên tới tận nhà người bệnh để phỏng vấn, sử dụng bộ công cụ đã được in ra trên khổ giấy A4. Sau đó điều tra viên phỏng vấn trực tiếp đối tượng. Thời gian trung bình cho mỗi cuộc phỏng vấn là 20 phút.

2.7. Quản lý và xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 sau đó được phân tích dưới phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	41-50	9	6,1
	51-60	24	16,2
	61-70	58	39,2
	71-80	40	27,0
	80-90	17	11,5
Giới	Nam	73	49,3
	Nữ	75	50,7

Trình độ học vấn	Tiểu học	31	20,9
	Trung học cơ sở	80	54,1
	Trung học phổ thông	20	13,5
	Trung cấp/cao đẳng	13	8,8
	Đại học hoặc cao hơn	4	2,7
Nghề nghiệp	Nông dân	101	68,2
	Công nhân	10	6,8
	Kinh doanh buôn bán	12	8,1
	Người già không chế độ hưu	1	0,7
	Cán bộ công nhân hưu	24	16,2
Thu	<2 triệu/ tháng	46	31,1

nhập bình quân	2- dưới 3 triệu/ tháng	65	43,9
	3- dưới 4 triệu/ tháng	22	14,9
	>= 4 triệu/ tháng	15	10,1

Kết quả bảng 3.1 cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tập trung từ 51-80 tuổi: Nhóm đối tượng từ 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều, lần lượt là 49,3% và 50,7%. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn là trung học cơ sở, chiếm 54,1%. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, chiếm 68,2%. Thu nhập bình quân phần lớn dưới 3 triệu/tháng.

Bảng 3.2: Thói quen thời gian ngủ trên đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Luôn luôn n (%)	Thường xuyên n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Hiếm khi n (%)	Không bao giờ n (%)
Ngủ ban ngày 2 tiếng trở lên	11 (7,4)	37 (25,0)	46 (31,1)	40 (27,0)	14 (9,5)
Đi ngủ vào thời gian khác nhau	7 (4,7)	14 (9,5)	50 (33,8)	54 (36,5)	23 (15,5)
Thức dậy vào thời gian khác nhau	6 (4,1)	9 (6,1)	74 (50,0)	34 (23,0)	25 (16,9)
Nằm lại trên giường lâu hơn cần thiết để ngủ	10 (6,8)	22 (14,9)	55 (37,2)	34 (23,0)	27 (18,2)

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy có 90,5% người bệnh đã từng có giấc ngủ vào ban ngày từ 2 tiếng trở nên, trong đó có 7,1% nói rằng họ luôn luôn có giấc ngủ như thế vào ban ngày và chỉ có 9,5% người bệnh không bao giờ ngủ quá 2 tiếng vào ban ngày. Có 14,9% người bệnh trả lời rằng họ thường xuyên nằm lại trên giường lâu hơn thời gian cần thiết để ngủ từ 2 đến 3 lần một tuần.

Bảng 3.3: Thói quen ăn uống trước ngủ trên đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Luôn luôn n (%)	Thường xuyên n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Hiếm khi n (%)	Không bao giờ n (%)
Ăn nhiều hoặc đói bụng hoặc khát hoặc uống quá nhiều nước khi ngủ	3 (2,0)	10 (6,8)	39 (26,4)	53 (35,8)	43 (29,1)
Sử dụng rượu, cà phê, chè đặc trước ngủ	9 (6,1)	26 (17,6)	33 (22,3)	32 (21,6)	48 (32,4)

Kết quả bảng 3.3 cho thấy gần phân nửa đối tượng luôn luôn thường xuyên thỉnh thoảng có thói quen ăn nhiều hoặc đói bụng đói hoặc tình trạng khát nước khi đi ngủ. Vẫn còn 23,7% người bệnh luôn luôn và thường xuyên sử dụng rượu, cà phê, chè đặc trước ngủ.

Bảng 3.4: Thói quen sinh hoạt trước khi ngủ trên đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Luôn luôn n (%)	Thường xuyên n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Hiếm khi n (%)	Không bao giờ n (%)
Tập thể dục nặng, chơi game, dọn dẹp nhà cửa	9 (6,1)	38 (25,7)	43 (29,1)	35 (23,6)	23 (15,5)
Trước lúc ngủ tâm trạng buồn, căng thẳng, tức giận	6 (4,1)	8 (5,4)	53 (35,8)	41 (27,7)	40 (27,0)
Sử dụng giường ngủ cho việc khác	6 (4,1)	8 (5,4)	53 (35,8)	41 (27,7)	40 (27,0)
Làm việc quan trọng trước khi ngủ	5 (3,4)	20 (13,5)	38 (25,7)	47 (31,8)	38 (25,7)
Suy nghĩ, lo lắng khi đã nằm ngủ	3 (2,0)	21 (14,2)	62 (41,9)	38 (25,7)	24 (16,2)

Nhận xét bảng 3.4 có 31,8% người bệnh luôn luôn thường xuyên có thói quen hoạt động thể lực, dọn dẹp nhà cửa trước lúc ngủ. Vẫn còn 16,2% luôn luôn, thường xuyên người bệnh suy nghĩ lo lắng khi đã nằm ngủ và có 73% bệnh nhân trước lúc ngủ mang tâm trạng buồn, căng thẳng, tức giận.

Bảng 3.5: Môi trường ngủ trên đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Luôn luôn n (%)	Thường xuyên n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Hiếm khi n (%)	Không bao giờ n (%)
Ngủ trên giường không thoải mái	8 (5,4)	20 (13,5)	30 (20,3)	33 (22,3)	57 (38,5)
Phòng ngủ không thoải mái	15 (10,1)	12 (8,1)	32 (21,6)	28 (18,9)	61 (41,2)

Bảng 3.5 cho thấy phân nửa người bệnh thấy hài lòng với môi trường ngủ. Tuy nhiên vẫn có 18,9% người bệnh trả lời rằng luôn luôn thường xuyên họ cảm thấy không thoải mái trên chiếc giường của mình và có 20,3% thỉnh thoảng cảm thấy không thoải mái vì điều đó. Tương tự có đến 18,2% nói rằng luôn luôn thường xuyên và 21,6% thỉnh thoảng thấy phòng ngủ không thoải mái.

Bảng 3.6: Điểm trung bình của mỗi phương diện thực hành vệ sinh giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Trung bình	Min	Max
Thói quen thời gian ngủ	10,2±2,8	5,0	17,0
Thói quen ăn uống trước ngủ	4,6±1,8	2,0	8,0
Thói quen sinh hoạt trước khi ngủ	10,5±2,9	4,0	16,0
Môi trường ngủ	4,5±2,2	2,0	4,5
Tổng hợp thực hành vệ sinh giấc ngủ	32,9±8,1	15	55

Bảng 3.6 cho thấy tổng hợp điểm số trung bình thực hành vệ sinh giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu là 32,9 ±8,1 trên thang điểm 65. Người có điểm số trả lời thấp nhất là 15 điểm và cao nhất là 55 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Với giấc ngủ trưa quá dài có thể là một trong những nguyên nhân gây ra sự khó ngủ vào buổi tối hoặc thức dậy sớm hơn làm ảnh hưởng đến CLGN [7]. Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy có 90,5% người bệnh đã từng có giấc ngủ vào ban ngày từ 2 tiếng trở nên, trong đó có 32,4% nói rằng họ thường xuyên và luôn luôn có giấc ngủ như thế vào ban ngày. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng lần lượt là 53% và 8,2% [1]. Lý giải cho điều này có thể là do địa bàn nghiên cứu của chúng tôi ở cộng đồng vùng nông thôn chủ yếu là người cao tuổi chiếm 77,7% và nghề nghiệp có 2/3 là nông dân chiếm 68,2%. Người bệnh cao tuổi nên hầu như không có bất kỳ sự gò bó hay ràng buộc nào về thời gian sinh hoạt trong ngày, bên cạnh đó ngoài làm nông ra người dân Xã Nam Phong còn trồng hoa cây cảnh. Việc chăm sóc cây chủ yếu vào sáng sớm và chiều tối nên người bệnh có thói quen thường xuyên đến luôn luôn ngủ trưa từ 2 tiếng trở lên, thậm chí có 21,7% người bệnh trả lời rằng họ luôn luôn thường xuyên nằm lại trên giường lâu hơn thời gian cần thiết để ngủ. Còn Vũ Thị Minh Phượng nghiên cứu trên 400 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại phòng khám quản lý THA thuộc bệnh viện đa

khoa tỉnh Nam Định có 4,0% là nông dân, chủ yếu là cán bộ hưu trí 67,5%.

Nghiên cứu của Guo X và cộng sự chỉ ra rằng việc dùng trà, cà phê quá nhiều gây trầm trọng bệnh mất ngủ sẽ ảnh hưởng đến giấc ngủ: giảm thời gian ngủ, giảm chất lượng giấc ngủ [4]. Vậy mà trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn 23,7% người bệnh thường xuyên và luôn luôn sử dụng rượu, cà phê, chè đặc trước ngủ. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Mojtaba Rezaei (27%) [6], nhưng cao hơn nghiên cứu của Vũ Thị Bích Phượng (6,3%) [1]. Việc uống trà sau khi ăn cơm tối của người dân xã Nam Phong là một thói quen khó bỏ.

Trong thói quen sinh hoạt trước khi ngủ thì có đến 31,8% người bệnh thường xuyên và luôn luôn có thói quen hoạt động thể lực, dọn dẹp nhà cửa trước lúc ngủ. Vẫn còn 16,2% luôn luôn thường xuyên người bệnh suy nghĩ lo lắng khi đã nằm ngủ Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Phượng thấp hơn lần lượt là: 3,5% và 9% [1]. Thậm chí có đến 73% bệnh nhân luôn luôn thường xuyên trước lúc ngủ mang tâm trạng buồn, căng thẳng, tức giận. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Phượng (52,8%) [1]. Những thói quen sinh hoạt trên là những hành vi tiêu cực ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn đối tượng là nông dân, với thu nhập dưới 3 triệu đồng/tháng. Yếu tố thu nhập cá nhân và nghề nghiệp có thể là một trong những yếu tố kích thích cảm giác lo lắng, suy nghĩ trước ngủ nhiều hơn so với nhóm đối tượng khác.

Bảng 3.5 cho thấy phân nửa người bệnh thấy hài lòng với môi trường ngủ. Tuy nhiên vẫn có 18,9% người bệnh trả lời rằng thường xuyên và luôn luôn họ cảm thấy không thoải mái trên chiếc giường của mình, thậm chí có đến 18,2% nói rằng luôn luôn và thường xuyên thấy phòng ngủ không thoải mái. Tỷ lệ này nhiều hơn trong kết quả nghiên cứu của Mojtaba Rezaei lần lượt là 0,6% và 0,5% [6]; của Vũ Thị Minh Phượng là 6,2% và 3,2% [1]. Khi được hỏi thêm về lý do thì người bệnh cho biết có ngủ chung cùng con/cháu, có gia đình sử dụng giường khi xoay mình phát ra tiếng động, hoặc phòng ngủ chật trội để nhiều đồ. Còn trong nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng thì người bệnh cảm thấy giường ngủ hoặc chiếu ngủ của mình quá cứng nên đôi khi làm người bệnh không thoải mái khi ngủ. Đó là những thực hành liên quan đến yếu tố môi trường làm ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng giấc ngủ.

Đánh giá thực hành vệ sinh giấc ngủ riêng lẻ trên các yếu tố thực hành vệ sinh giấc ngủ cũng như tổng hợp điểm trung bình cho thấy người bệnh THA tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định thực hành vệ sinh giấc ngủ còn nhiều hạn chế. Điểm số trung bình thực hành vệ sinh giấc ngủ trong nghiên cứu của chúng tôi là $32,9 \pm 8,1$ trên thang điểm 65. Điểm số này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng là $30,88 \pm 3,93$ [1]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng thực hành vệ sinh giấc ngủ kém có liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém [8; 2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đánh giá được những người mắc THA tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định có CLGN kém chiếm 95,9%. Điều này cho thấy một trong nguyên nhân dẫn đến chất lượng giấc ngủ kém của họ chính là chưa tuân thủ hoặc tuân thủ chưa đúng trong thực hành vệ sinh giấc ngủ. Vì vậy việc hướng dẫn người bệnh có thực hành vệ sinh giấc ngủ và kết hợp một số các biện pháp khác nhau để nâng cao CLGN vào ban đêm là điều cần chú trọng trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân THA.

V. KẾT LUẬN

Những người mắc THA tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định thực hành vệ sinh giấc ngủ có điểm số trung bình là $32,9 \pm 8,1$ trên thang điểm 65, được đánh giá bằng bộ công cụ Sleep Hygiene Index (SHI). Từ đó chúng tôi kết luận những người mắc THA tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định có thực hành vệ sinh giấc ngủ còn nhiều hạn chế, vì thế cần có các biện pháp can thiệp hướng dẫn người bệnh có thực hành vệ sinh giấc ngủ tốt và hỗ trợ phù hợp để nâng cao

CLGN ở nhóm đối tượng kể trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Minh Phượng**, Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016, Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Brown, F.C., Buboltz, W. C., Jr. and Soper, B.** Development and evaluation of the sleep Treatment and education program for students (Steps). J Am Coll health, 54 (4): 231- 237
3. **Gangwisch JE.** Epidemiological evidence for the links between sleep, circadian rhythms and metabolism. Published in final edited form as: Obes Rev 2009; 10 (Suppl 2): 37-45
4. **Guo X, Park Y, Freedman ND, Sinha R, Hollenbeck AR, Blair A, et al.** Sweetened beverages, coffee, and tea and depression risk among older US adults 2014 Apr 17;9(4)
5. **Mastin, D. F., Bryson, J., & Corwyn, R.** Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. Journal of Behavioral Medicine, 2006, 29(3), 223-227.
6. **Mojtaba Rezaei, Moein Khormali, Samaneh Akbarpour, Khosro Sadeghniaat-Hagighi, Mansour Shamsipour.** Sleep quality and its association with psychological distress and sleep hygiene: a cross-sectional study among pre-clinical medical students. Sleep Sci. 2018 Jul-Aug; 11(4): 274–280.
7. **Monk TH, Buysse DJ, Carrier J, Billy BD, Rose LR.** Effects of afternoon "siesta" naps on sleep, alertness, performance, and circadian rhythms in the elderly Sleep. 2001 Sep 15;24(6):680-7. doi: 10.1093/ sleep/ 24.6.680.
8. **Soohyun Nam, Robin Whitemore, Sunyoung Jung, Carl Latkin, Trace Kershaw, Nancy S. Redeker.** Physical Neighborhood and Social Environment, Beliefs About Sleep, Sleep Hygiene behaviors, and Sleep Quality Among African Americans. Sleep Health. 2018 Jun; 4(3): 258–264.

THỰC HÀNH DINH DƯỠNG VÀ MỨC TĂNG CÂN TRONG THAI KỲ CỦA PHỤ NỮ MANG THAI TẠI HÀ NỘI NĂM 2020

Đỗ Hải Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực hành dinh dưỡng và mức tăng cân trong thai kỳ của phụ nữ mang thai tại Hà Nội năm 2020. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ phụ nữ tham gia nghiên cứu có BMI ở giới hạn bình

thường trước khi mang thai chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,2%. Phụ nữ có BMI < 18,5 và BMI ≥ 25 chiếm tỷ lệ lần lượt là 15,8% và 4%. 97,7% phụ nữ tham gia nghiên cứu bổ sung thực phẩm chức năng trong thai kỳ. Tỷ lệ phụ nữ tăng mức tiêu thụ thịt, cá, trứng, đậu đỗ ở 3 giai đoạn thai kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất, tương ứng với 93,7%; 95,7% và 96,4%. Tỷ lệ tăng cân đúng mức khuyến nghị của IOM năm 2009 của phụ nữ thiếu cân, cân nặng bình thường và thừa cân/béo phì lần lượt là 22,9%; 40,3% và 50%. Phụ nữ có BMI < 18,5 trước khi mang thai có mức tăng cân dưới mức khuyến nghị chiếm 66,7%. Nhóm phụ nữ có BMI ≥ 25 trước mang thai có tỷ lệ tăng cân trên mức khuyến nghị cao nhất, chiếm 41,7%. **Kết luận:** Nghiên cứu

¹Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hải Anh

Email: dohaianh5@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023