

NGHIÊN CỨU VĂN HÓA SỨC KHỎE Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI CÁC TRẠM Y TẾ HUYỆN HÒA VANG, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2018

Tôn Thất Thành¹, Đỗ Ích Thành¹, Ngô Thị Tuyết²,
Dương Đình Ánh², Đặng Nhật Tân², Trần Minh Huân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế và một số yếu tố nguy cơ liên quan tại huyện miền núi Hòa Vang thành phố Đà Nẵng. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang trên 400 người cao tuổi từ 60 trở lên được quản lý tại trạm y tế. **Kết quả:** Điểm trung bình VHSK chung là (22,1±7,6); Đánh giá theo các mức độ VHSK chung: Không đủ: 58,5%, Có vấn đề: 36,0%, Đầy đủ: 5,5%, Rất đầy đủ: 0,0%. Văn hoá sức khỏe có liên quan với nhóm tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,01$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ lớn người cao tuổi bị tăng huyết áp có hạn chế về VHSK cũng như khả năng tự chăm sóc bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện miền núi Hòa Vang, Đà Nẵng.

Từ khóa: Văn hóa sức khỏe, người cao tuổi, Đà Nẵng.

ABSTRACT

HEALTH LITERACY AND RELATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE OLDER ADULTS MANAGED AT HOAVANG COMMUNE HEALTH STATIONS, DANANG CITY IN 2018

Objectives: To identify the level of health literacy and related factors among hypertensive older adults managed at Hoavang Commune Health Stations, Danang city. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted in 400 adults aged 60 and older managed at Commune Health Stations. **Results:** The score of general health literacy was 22.1±7.6. 58.5% of studied subjects had inadequate health

literacy, 36.0% had a problem with health literacy while only 5.5% had adequate health literacy. Health literacy had a relationship with aged group, gender, education, occupation, time diagnosis, health status with $p < 0.01$. **Conclusion:** The large proportion of hypertensive older adults in Hoa Vang district lacks of health literacy and self-care ability.

Keywords: Health literacy, hypertensive older adults, Danang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam chính thức bước vào thời kỳ già hóa từ năm 2011 và là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất châu Á. Năm 2014 tỷ lệ người cao tuổi (NCT) chiếm 10,5% dân số cả nước. Dân số già hoá gây ra nhiều thách thức cho sự tăng trưởng kinh tế và các dịch vụ an sinh xã hội, trong đó có chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân.

Sức khỏe là tiêu chí quan trọng nhất khi phân tích thực trạng về phúc lợi của NCT. Sức khỏe ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống hàng ngày của NCT. Quá trình già hoá gây nên những biến đổi về mặt sinh học, dẫn đến những hạn chế về chức năng hoặc nguy cơ mắc bệnh mãn tính, thậm chí tử vong ngày càng cao. Nhận ra được những hạn chế kiến thức về sức khỏe cũng như kỹ năng CSSK của NCT về những bệnh mãn tính để có thể đưa ra những giải pháp hiệu quả, một trong những vấn đề đảm bảo nhu cầu CSSK cho NCT hiện nay trước hết là nhận thức về “Văn hóa sức khỏe”.

Văn hóa sức khỏe (VHSK) được định nghĩa là khả năng để thu nhận, xử lý và hiểu những thông tin về sức

1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng;

Tác giả chịu trách nhiệm: Đỗ Ích Thành, Điện thoại: 0973623661, Email: doichthanh87@gmail.com

2. Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

» Ngày nhận bài: 15/03/2019 | » Ngày phản biện: 25/03/2019 | » Ngày duyệt đăng: 03/04/2019

khỏe và những dịch vụ y tế cơ bản cần thiết để ra những quyết định phù hợp. Một số nghiên cứu cho thấy những người có điểm VHSK thấp ít hiểu biết về sức khỏe, kỹ năng tự CSSK kém, ít sử dụng dịch vụ y tế dự phòng và có tỉ lệ nhập viện cao. VHSK có tầm quan trọng trong việc phát hiện và đưa ra cảnh báo giúp bảo vệ, nâng cao sức khỏe (NCSK) cho người dân và sử dụng hiệu quả dịch vụ CSSK, chính vì vậy VHSK nên cần quan tâm hơn ở đối tượng NCT, đặc biệt là NCT với một số lượng lớn trong cộng đồng đang mắc bệnh tăng huyết áp (THA).

Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về VHSK để có thể xác định mức độ VHSK ảnh hưởng đến tình hình tự chăm sóc bệnh THA, một bệnh mãn tính thường gặp ở NCT, từ đó có thể góp phần vào cải thiện sức khỏe cho NCT, tuy nhiên chủ yếu thực hiện tại thành phố, nơi tập trung số đông các bệnh viện và cơ sở y tế, các vùng huyện và miền núi, hạn chế về điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản chưa đầy đủ thì chưa được quan tâm nhiều.

Tại thành phố Đà Nẵng tỉ lệ mắc THA chung ở cộng đồng người trưởng thành rất cao chiếm trên 30%, đặc biệt NCT chiếm một tỷ lệ lớn, việc quản lý bệnh nhân là chưa thường xuyên với nguồn lực thực hiện còn hạn chế, huyện Hòa Vang là huyện miền núi, trình độ dân trí và sự tiếp cận dịch vụ y tế còn thấp, số NCT bị THA được quản lý thấp, việc xác định nhu cầu chăm sóc và tự chăm sóc ở NCT cần đặc biệt quan tâm, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng năm 2018”** với 2 mục tiêu sau: (1) *Xác định các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp tại huyện Hòa Vang, TP Đà Nẵng năm*

2018. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi bị tăng huyết áp với các mức độ văn hóa sức khỏe tại địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người từ 60 tuổi trở lên bị THA được quản lý tại 11 trạm y tế thuộc huyện Hòa Vang, tinh thần tỉnh táo, có thể giao tiếp và trả lời được.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người cao tuổi có các biểu hiện không minh mẫn, tỉnh táo, và có triệu chứng bất thường về tâm thần (lú lẫn ở người già...).

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Tại 11 xã thuộc huyện miền núi Hòa Vang, thành phố Đà Nẵng.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang [2]

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu:

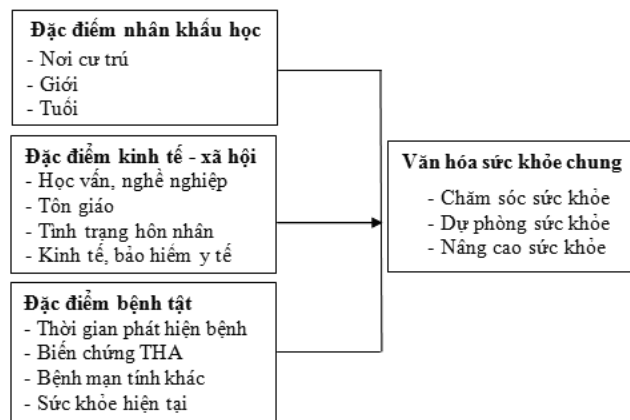
Cơ mẫu: Sử dụng mẫu toàn thể gồm trên 400 người cao tuổi THA đang được quản lý tại các trạm y tế huyện Hòa Vang

Kỹ thuật chọn mẫu: Tất cả những NCT bị THA được quản lý tại trạm y tế phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu

Số lượng bệnh nhân tuổi ≥ 60 được quản lý tăng huyết áp tại các trạm y tế khoảng 40 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành lấy mẫu nghiên cứu tại mỗi trạm đến khi đủ số lượng thì dừng, mỗi trạm ước lượng khoảng 36 bệnh nhân.

2.2.3 Nội dung nghiên cứu

Sơ đồ 2.1. Khung lý thuyết nghiên cứu



2.3. Cách đánh giá các mức độ văn hóa sức khỏe chung

Chúng tôi sử dụng bộ công cụ *Khảo sát văn hóa sức khỏe châu Á HLS-Asia*. [5]

Đánh giá văn hóa sức khỏe chung

Gồm 47 câu, mỗi câu có 4 mức độ từ rất dễ đến rất khó. Đối tượng nghiên cứu sẽ trả lời bản thân cảm thấy mức độ dễ dàng như thế nào khi thực hiện những công việc đó. Các câu hỏi được sắp xếp theo bảng ma trận sau [5]:

Văn hoá sức khoẻ chung gồm các câu phần như sau:

* Chăm sóc sức khỏe (C2.1 – C2.16)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.1 – C2.4)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.5 – C2.8)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.9 – C2.12)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.13 – C2.16)

* Phòng bệnh sức khỏe (C2.17 – C2.31)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.17 – C2.20)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.21 – C2.23)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.24- C2.28)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.29 – C2.31)

* Nâng cao sức khỏe (C2.32 – C2.47)

- Tiếp cận/thu nhận thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.32 – C2.36)

- Hiểu thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.37 – C2.40)

- Nhận định/đánh giá thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.41- C2.43)

- Áp dụng/sử dụng thông tin liên quan đến sức khỏe (C2.44 – C2. 47)

Các cấp độ của văn hóa sức khỏe

Văn hóa sức khỏe được chia làm 4 nhóm [6]:

• Văn hóa sức khỏe chung (GEN-HL): từ câu 2.1 đến 2.47 trong đó:

- Chăm sóc sức khỏe (HC-HL): từ câu 2.1 đến 2.16

- Phòng bệnh (DP-HL): từ câu 2.17 đến 2.31

- Nâng cao sức khỏe (HP-HL): từ câu 2.32 đến 2.47

Điểm cho mỗi câu trả lời như sau:

1= rất khó, 2 = tương đối khó, 3 = tương đối dễ, 4 = rất dễ.

Để thuận tiện cho tính toán và so sánh, số liệu được chuẩn hóa trên một thang đo từ 0 đến 50, bằng cách sử dụng công thức sau đây:

$$Index = (mean - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Trong đó:

• TB (mean): trung bình điểm số được tính bằng tổng điểm các câu hỏi chia cho tổng số câu hỏi.

• 1: giá trị tối thiểu có thể có của giá trị TB (để giá trị tối thiểu của chỉ số bằng 0)

• 3: giới hạn của giá trị TB.

• 50: giá trị tối đa của chỉ số.

Dựa vào chỉ số này, văn hóa sức khỏe được chia làm 4 cấp độ như sau:

Mức 1: 0 - 25: Không đủ; Mức 2: > 25 - 33: Không chắc chắn; Mức 3: > 33 - 42: Đầy đủ; Mức 4: > 42 - 50: Rất đầy đủ

Các câu phần được tính điểm và phân theo 4 mức độ như đã đề cập.

Những người được xem là bị hạn chế về văn hóa sức khỏe có chỉ số ≤ 33 điểm (gồm những người nằm trong 2 mức độ: không đủ và không chắc chắn).

2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

Công cụ thu thập thông tin được sử dụng là bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, sau đó lập danh sách bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý ngoại trú tại các trạm y tế.

Tiến hành chọn ngẫu nhiên đơn các bệnh nhân được quản lý theo danh sách, tiến hành phỏng vấn tại các trạm y tế trong vòng 1 tháng, đến khi đủ số bệnh nhân thì dừng, mỗi trạm y tế phỏng vấn 36 bệnh nhân tăng huyết áp được quản.

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

- Số liệu được làm sạch, sau đó nhập trên Epidata 3.1 đã mã hóa, ràng buộc số liệu.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, Chọn mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi được sự chấp thuận của Sở Y tế thành phố Đà Nẵng và Hội đồng nghiên cứu khoa học Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố nhân khẩu học, kinh tế - xã hội ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học – kinh tế xã hội

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	157	39,5
	Nữ	242	62,5
Nhóm tuổi	60 – 69	201	50,3
	70 – 79	100	25,0
	≥ 80	99	24,8
	Tuổi trung bình (± SD)	72,46 ± 8,6	
	Tuổi thấp nhất	60	
	Tuổi cao nhất	97	
Học vấn	Mù chữ	99	24,8
	Tiểu học	133	33,3
	THCS, THPT	156	39,0
	TC, CĐ, ĐH trở lên	12	3,0
Nghề nghiệp	Làm nông	216	54,0
	Buôn bán	91	22,8
	Nghỉ hưu	85	21,3
	Khác	8	2,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	56	14,0
	Sống với vợ/chồng	256	64,0
	Ly hôn, góa	88	22,0
Kinh tế	Bình thường	294	73,5
	Nghèo, cận nghèo	106	26,5
Bảo hiểm y tế	Có	383	95,8
	Không	17	4,3
TỔNG		400	100

Nhận xét: Phần lớn đối tượng NCT tham gia nghiên cứu là nữ, chiếm tỷ lệ 62,5%. Số người cao tuổi bị THA chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi 60 - 69 (50,3%). Tuổi thấp nhất là 60 và cao nhất 97 tuổi, trung bình: 72,46 ± 8,6. Đa số đối tượng đang sống cùng vợ hoặc chồng, chiếm tỷ lệ 64,0%. Người cao tuổi không biết chữ, chiếm tỷ lệ 24,8%.

Hầu hết người cao tuổi làm nông nghiệp hoặc nghỉ hưu (71,7%). Có đến 26,5% số NCT thuộc hộ gia đình nghèo và cận nghèo, Chỉ có 4,3% không có BHYT.

3.2. Các mức độ văn hóa sức khỏe người cao tuổi bị tăng huyết áp

3.2.1. Các mức độ về văn hóa sức khỏe



Bảng 3.2: Phân nhóm văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Phân nhóm văn hóa sức khỏe	Trung bình (SD)
Chăm sóc sức khỏe	21,76 ± 8,1
Phòng bệnh	19,5 ± 7,96
Nâng cao sức khỏe	22,1 ± 7,90
Văn hóa sức khỏe chung	22,1 ± 7,60

Nhận xét: Điểm trung bình về VHSK của nhóm nghiên cứu không có sự chênh lệch nhiều giữa các phân nhóm, cao nhất là nhóm nâng cao sức khỏe 22,1 (7,90) và thấp nhất là nhóm phòng bệnh 19,5 (7,96). Điểm trung bình VHSK chung là 22,1 (7,6).

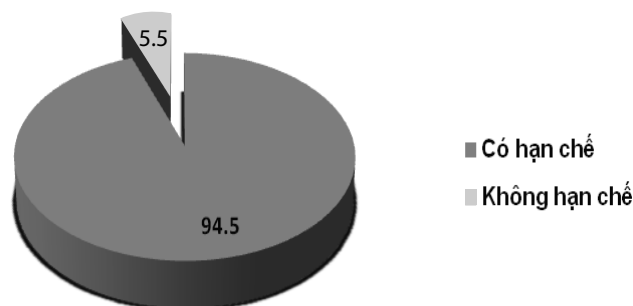
Bảng 3.3. Các mức độ về văn hóa sức khỏe

Các mức độ về văn hóa sức khỏe	Văn hóa sức khỏe chung Số lượng (%)	Chăm sóc sức khỏe Số lượng (%)	Phòng bệnh Số lượng (%)	Nâng cao sức khỏe Số lượng (%)
Không đủ	234 (58,5)	220 (62,5)	294 (73,5)	246 (61,5)
Có vấn đề	144 (36,0)	152 (30,5)	88 (22,0)	125 (31,3)
Đầy đủ	22 (5,5)	28 (7,0)	18 (4,5)	29 (7,3)
Rất đầy đủ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mức độ VHSK không đủ và có vấn đề chiếm đa số ở tất cả các phân nhóm và văn hoá sức khoẻ chung. Tỷ lệ NCT đạt mức VHSK đầy đủ cao nhất ở nhóm phòng bệnh 73,5%, trong khi đó nhóm nâng cao sức khoẻ tỷ lệ người đạt mức đầy đủ trở lên cao nhất 7,3%.

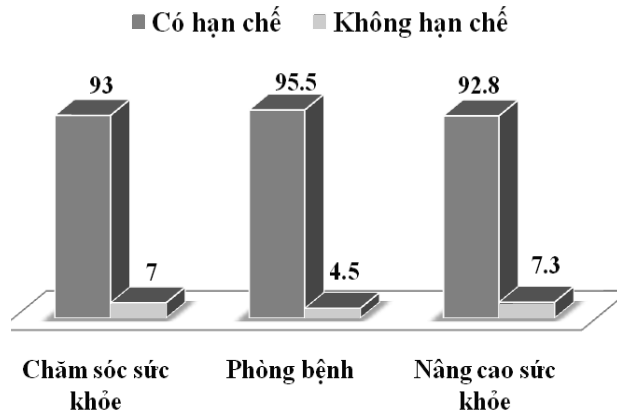
3.2.2. Đánh giá hai mức độ về văn hóa sức khỏe

Biểu đồ 3.1. Đánh giá văn hóa sức khỏe chung



Nhận xét: Hầu hết NCT ở nhóm nghiên cứu được đánh giá bị hạn chế về VHSK, chiếm tỷ lệ 94,5%.

Biểu đồ 3.2. Đánh giá năng lực hiểu biết các nội dung VHSK chung



Nhận xét: Năng lực trong 3 nhóm nội dung VHSK, nhóm về phòng bệnh có tỷ lệ hạn chế cao nhất 95,5%, tiếp theo là CSSK và NCSK với tỷ lệ hạn chế là 93,0%

và 92,8%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4: Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học - kinh tế xã hội và văn hóa sức khỏe

Nội dung		Văn hóa sức khỏe				Tổng	P
		Hạn chế		Không hạn chế			
		số lượng	%	số lượng	%		
Nhóm tuổi	60 – 69	181	90,0	20	10,0	201	p<0,01
	70 – 79	98	98,0	2	2,0	100	
	≥ 80	99	100	0	0,0	99	
Giới tính	Nam	144	91,1	14	8,9	158	p<0,01
	Nữ	234	96,7	8	3,3	242	
Học vấn	Mù chữ	99	100	0	0	99	p<0,01
	Tiểu học	133	100	0	0	133	
	THCS, THPT	140	89,7	16	10,3	156	
	TC, ĐH, sau ĐH	6	50,0	6	50,0	12	
Nghề nghiệp	Nông nghiệp	216	100	0	0	216	p<0,01
	Nghỉ hưu	81	89,0	10	11,0	91	
	Buôn bán	77	90,6	8	9,4	85	
	Khác	4	50,0	4	50,0	8	
Kinh tế	Bình thường	272	92,5	22	7,5	294	p<0,01
	Nghèo, cận nghèo	106	100	0	0,0	106	
TỔNG		378	94,5	22	5,5	400	



Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu với VHSK ($p < 0,01$). Tuổi càng cao tỷ lệ hạn chế về VHSK càng tăng.

Đặc điểm về kinh tế - xã hội chỉ có một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến văn hóa sức khỏe là nghề nghiệp, kinh tế và học vấn ($p < 0,01$).

Về nghề nghiệp, nhóm làm nông nghiệp, nghỉ hưu và buôn bán có tỷ lệ hạn chế VHSK cao nhất lần lượt là 100%, 89,0 và 90,6%; 100% những NCT tham gia ở mức kinh tế nghèo, cận nghèo có VHSK hạn chế; 100% đối tượng mù chữ và tiểu học đều có hạn chế về VHSK, ở nhóm có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên thì mức hạn chế về VHSK chỉ chiếm 50%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu phỏng vấn trên 400 người cao tuổi THA có nữ giới chiếm đa số với 62,5%, tương tự như kết quả của Trần Văn Long tại Nam Định: 61,9%, Hoàng Thị Thanh Tú ở Quảng Trị: 63,4% [3]. Theo UNFPA tỉ số giới tính nghiêng về nữ giới, ở độ tuổi NCT ngày càng tăng với cụ bà so với 100 cụ ông hay còn gọi là xu hướng “nữ hóa” dân số cao tuổi, nên số lượng nữ giới cao hơn nam là hợp lí. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $72,46 \pm 8,6$.

Học vấn là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến hiểu biết, nhận thức của đối tượng. Hơn một nửa NCT có trình độ học vấn ở mức tiểu học và mù chữ, trong khi nhóm từ trung cấp, cao đẳng, đại học, trên đại học chỉ chiếm 3,0%. Điều này cho thấy trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu thấp hơn người trưởng thành của cả nước nói chung. Báo cáo quốc gia năm 2013 cho biết số người lớn từ 15 tuổi trở lên biết chữ chiếm 93% [1].

4.2. Các mức độ văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi bị tăng huyết áp

Văn hóa sức khỏe có vai trò rất quan trọng đến sức khỏe của mỗi cá nhân. Văn hóa sức khỏe bị hạn chế có thể dẫn đến khả năng thu nhận những thông tin sai lệch và đưa ra những quyết định chăm sóc sức khỏe không phù hợp.

Bảng 3.2 cho thấy điểm VHSK trung bình (TB) chung của nhóm nghiên cứu là 22,1 (7,6); chỉ số điểm TB khá tương đồng giữa các nhóm chăm sóc sức khỏe, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Điểm trung bình VHSK cao nhất ở nhóm nâng cao sức khỏe 22,1 (7,96) và thấp nhất ở nhóm phòng bệnh 19,5 (7,96). Kết quả của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu về VHSK trước đây đã thực hiện ở Việt Nam. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên điểm trung bình VHSK của người trưởng thành ở thành phố Huế:

28,68 (7,59) [4]. Tương tự Nguyễn Trung Kiên tại Hải Dương và Hà Nội ở đối tượng người trưởng thành: 28,9 (8,7) [10], Van Tuyen Duong tại Đài Loan năm 2013 ở đối tượng người trưởng thành (≥ 15 tuổi) ở 6 nước trong đó có Việt Nam trung bình chỉ số này là 34,4 (SD 6,6) [8].

Các mức độ về VHSK bao gồm không đủ 58,5%, có vấn đề 36,0%, đầy đủ 5,5%. Nhóm VHSK không đủ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm phòng bệnh 73,5%. Kết quả cho thấy mức độ VHSK của nhóm NCT bị tăng HA ở nghiên cứu chúng tôi tương đồng kết quả của các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Tú ở NCT cho biết các mức độ VHSK chung không đủ 58,9%, có vấn đề 33,5%, đầy đủ 7,4% [3]. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên VHSK chung không đủ 28,4%, có vấn đề 46,0%, đầy đủ 22,0% và rất đầy đủ 3,6% [4]. Nghiên cứu của Enny Rachmani tại thành phố Semarang, Indonesia: không đủ 10,7%, có vấn đề 53,1%, đầy đủ 32,0% và rất đầy đủ 4,3%. Nghiên cứu khảo sát VHSK ở châu Âu tại Ireland năm 2012: không đủ, có vấn đề, đầy đủ và rất đầy đủ có tỷ lệ lần lượt là 10,3%, 29,7%, 38,7% và 21,3% [9].

Tương tự, khi sử dụng điểm cắt để phân thành hai nhóm có hạn chế và không có hạn chế về VHSK thì nhóm có hạn chế là chủ yếu với tỷ lệ 94,5% (biểu đồ 3.1). Nhóm có tỷ lệ VHSK hạn chế cao nhất là nhóm phòng bệnh 95,5%, tốt nhất là nhóm NCSK với tỷ lệ hạn chế VHSK là 92,8% (biểu đồ 3.2). Tương đồng với tác giả Hoàng Thị Thanh Tú tỷ lệ VHSK hạn chế cao nhất là nhóm CSSK chiếm 91,9%, tốt nhất là nhóm NCSK với tỷ lệ hạn chế VHSK là 84,6%, cao hơn của Hoàng Đình Tuyên [3],[4], với tỷ lệ bị hạn chế về VHSK 74,4%, Nguyễn Trung Kiên năm 2014: 67,9% [10]. Nghiên cứu của Enny Rachmani tại Indonesia: 64,3%. Nghiên cứu ở Đức về VHSK cho thấy 66,3% NCT trở lên bị hạn chế về VHSK. Với tỉ lệ hạn chế về VHSK tương đối cao so với các nghiên cứu khác cho thấy nhận thức về sức khỏe của NCT tại địa bàn nghiên cứu chưa tốt. Có thể do trình độ học vấn thấp, tuổi cao hạn chế tiếp cận thông tin là nguyên nhân của vấn đề này [4],[7],[10].

4.3. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4 cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới, kinh tế, học vấn và nghề nghiệp với văn hóa sức khỏe ($p < 0,01$). Nhóm tuổi càng cao thì VHSK càng hạn chế. Kết quả này tương đồng Hoàng Thị Thanh Tú ở nhóm tuổi 60 -69 tỉ lệ hạn chế về VHSK chiếm 86,7%, nhóm tuổi 70 - 79 chiếm 96,1%, ≥ 80 tuổi là 97,4% [3]. Tương tự, nghiên cứu của Barry D. Weiss cho thấy tỉ lệ VHSK

thấp tăng theo độ tuổi [12]. Kết quả này giải thích rằng tỉ lệ VHSK tốt hơn ở người trẻ tuổi do họ có nhiều cơ hội tiếp cận các phương tiện truyền thông hiện đại và tiếp cận thông tin nhanh chóng hơn.

Về giới, nữ có tỉ lệ VHSK hạn chế cao hơn nam. Tỉ lệ VHSK hạn chế ở nữ chiếm 96,7%, nam chiếm 91,1%. Nam giới thường có mối quan hệ xã hội rộng hơn nữ do đó khả năng tiếp cận thông tin nhiều hơn giải thích VHSK nam cao hơn nữ. Tương đồng với tác giả Hoàng Thị Thanh Tú với tỷ lệ lần lượt là 93,6% và 90,3% [3].

Nhóm học vấn có tỉ lệ hạn chế VHSK cao nhất là nhóm mù chữ và tiểu học với 100%, học vấn càng cao mức độ hạn chế về VHSK càng thấp. Nghiên cứu của Hoàng Đình Tuyên và Hoàng Thị Thanh Tú cũng cho thấy có sự tương đồng [3],[4]. Kết quả này giải thích tỷ lệ hạn chế về VHSK cao ở đối tượng nghiên cứu chúng tôi. Học vấn thấp khiến họ khó khăn trong việc đọc và hiểu các kiến thức về CSSK, đồng thời hạn chế việc tiếp cận các nguồn cung cấp các thông tin này, vì thế VHSK của những đối tượng này kém là dễ hiểu.

Về nghề nghiệp, nhóm làm nông nghiệp, nghỉ hưu và buôn bán có tỷ lệ hạn chế VHSK cao nhất lần lượt là 100%: 89,0 và 90,6%.

100% những NCT tham gia ở mức tình trạng kinh tế nghèo, cận nghèo có VHSK hạn chế, điều này là phù hợp ở những NCT này, mức sống thấp về kinh tế làm ảnh hưởng

đến việc tiếp cận với kiến thức, đặc biệt những kiến thức về nhu cầu chăm sóc, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe do còn phải sinh kế, mưu sinh.

V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả thu được chúng tôi đi đến một số kết luận sau:

1. Các mức độ VHSK của NCT tăng huyết áp tại huyện Hòa Vang, TP. Đà Nẵng năm 2018

Các mức độ văn hóa sức khỏe

• Điểm trung bình của văn hóa sức khỏe theo các phân nhóm:

- Văn hóa sức khỏe chung: $22,1 \pm 7,6$; Chăm sóc sức khỏe: $21,76 \pm 8,1$; Phòng bệnh: $19,5 \pm 7,96$; Nâng cao sức khỏe: $22,1 \pm 7,9$

• Đánh giá theo các mức độ văn hoá sức khoẻ chung:

- Không đủ: 58,5%; Có vấn đề: 36,0%; Đầy đủ: 5,5%; Rất đầy đủ: 0,0%

• Đánh giá theo hai mức độ văn hoá sức khoẻ chung:

- Hạn chế: 94,5% và không hạn chế: 5,5%

2. Các yếu tố liên quan đến văn hóa sức khỏe ở đối tượng nghiên cứu

Văn hoá sức khoẻ có liên quan với nhóm tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng sức khỏe hiện tại của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2014), *Báo cáo quốc gia giáo dục cho mọi người 2015 của Việt Nam*, Hà Nội, tr. 40 - 44.
2. Lưu Ngọc Hoạt, Võ Văn Thắng (2011), *Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 69-70, 78-79.
3. Hoàng Thị Thanh Tú (2017), Nghiên cứu về Văn hóa sức khỏe ở người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại các Trạm Y tế thị xã Quảng Trị, tỉnh Quảng Trị năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y – Dược Huế.
4. Hoàng Đình Tuyên (2016), Nghiên cứu về Văn Hóa sức khỏe và các yếu tố liên quan trong cộng đồng người trưởng thành tại TP Huế 2015, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y – Dược Huế.

TIẾNG ANH

5. The HLS-Asia Consortium (2013) *HLS-Asia-Q Measurement of health literacy in Asia*.
6. HLS-EU Consortium (2012), *Comparative report on health literacy in eight EU member states*, The European health literacy survey HLS-EU, ONLINE PUBLICATION, pp. 1 – 24.
7. Asian Health Literacy Association (2014), *The second International Conference on health literacy & health promotion*, Taipei, Taiwan, demography and social determinants of health literacy in Semarang City Indonesia, pp. 32.



8. Duong V. T., et al (2015), “Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study”, *Asia Pac J Public Health*. 27(8), pp. 871-880.

9. Doyle G., Cafferkey K. and Fullam J. (2012), *The European health literacy survey: results from Ireland*, The European Health Literacy Project, pp. 11 – 30.

10. Nguyen Trung Kien (2014), *Health Literacy survey on some groups of Vietmanese* , using validated version of HLS-EU - Q, Hanoi school of public health , pp. 33.

11. Sorensen K., et al (2012), “Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models”, *BMC Public Health*. 12, pp. 80-80.

12. Weiss B. D. (2007), *Health literacy and patient safety: Help patients understand (Second edition)*, American Medical Association Foundation and American Medical Association.

