

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH LỐI SỐNG PHÒNG, CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI DÂN TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Kim Tuyên^{1,✉}, Nguyễn Phương Hoa¹, Bùi Thị Minh Thái²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành lối sống phòng, chống tăng huyết áp của người dân từ 18 - 69 tuổi tại Hà Nội năm 2023. Tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 516 người dân. Kết quả cho thấy 52,5% đối tượng có điểm kiến thức ở mức rất thấp, chỉ 3,3% đạt mức khá. Về thực hành, có 27,1% đối tượng đạt mức thực hành tốt. Nữ giới có khả năng thực hành tốt cao gấp 2,3 lần so với nam giới (95% CI: 1,5 - 3,6) và nhóm đối tượng có học vấn từ trung học phổ thông trở lên có khả năng thực hành tốt cao gấp 1,7 lần nhóm học vấn thấp (95% CI: 1,1 - 2,8). Kết quả nghiên cứu cho thấy cần đẩy mạnh các can thiệp truyền thông cá thể hóa, đặc biệt tập trung vào nam giới và nhóm người có trình độ học vấn thấp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, kiến thức, thực hành.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những gánh nặng bệnh tật và nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2023, khoảng 34,8% dân số trưởng thành toàn cầu mắc bệnh lý này, trong đó 46% không biết mình mắc bệnh và chỉ 21% kiểm soát được huyết áp.² Nếu không được phát hiện và quản lý kịp thời, THA sẽ gây ra các biến cố tim mạch và mạch máu não nghiêm trọng như đột quỵ, suy tim và nhồi máu cơ tim.^{1,2} Quá trình điều trị các biến chứng này không chỉ đòi hỏi kỹ thuật y tế phức tạp, kéo dài thời gian nằm viện mà còn tạo ra gánh nặng tài chính khổng lồ cho hệ thống y tế và gia đình người bệnh.^{2,3} Hơn nữa, việc quản lý THA ngoại trú đối mặt với nhiều thách thức lớn, đặc biệt là sự kém tuân thủ điều trị và thiếu chủ động trong theo dõi chỉ số sinh tồn của người

bệnh do lỗ hổng về kiến thức.^{4,7} Tại Việt Nam, tỷ lệ THA ở người trưởng thành dao động khoảng 20%, với tỷ lệ chưa được chẩn đoán và không kiểm soát được huyết áp mục tiêu vẫn ở mức rất cao, đặc biệt gia tăng mạnh tại các khu vực đô thị hóa.³

Một trong những nguyên nhân gốc rễ dẫn đến sự gia tăng của THA và cản trở quá trình kiểm soát bệnh là lối sống thiếu lành mạnh. Theo kết quả Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2021, mức tiêu thụ muối trung bình của người trưởng thành Việt Nam lên tới 8,1g/ngày (vượt xa mức khuyến cáo < 5 g/ngày của WHO), đồng thời có tới 59,1% người dân ăn thiếu rau và trái cây.⁴ Thực tế cho thấy đang tồn tại một khoảng trống rất lớn giữa nhận thức và thực hành. Nhiều người dân dù sống tại các đô thị lớn, có điều kiện tiếp cận thông tin y tế thuận lợi nhưng vẫn chưa chuyển hóa được kiến thức thành hành vi phòng bệnh chủ động.

Với đặc điểm đô thị hóa, lối sống thành thị, người dân tại Hà Nội có những thói quen sinh hoạt, dinh dưỡng và làm gia tăng đáng kể nguy

Tác giả liên hệ: Nguyễn Kim Tuyên

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dandelionflowers99@gmail.com

Ngày nhận: 13/03/2026

Ngày được chấp nhận: 16/04/2026

cơ mắc các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là tăng huyết áp.⁵ Nhằm có thêm các minh chứng cho việc xây dựng chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm, nhóm tác giả bài báo này đã thực hiện điều tra vào năm 2023 nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành lối sống phòng, chống THA và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18 - 69 tuổi tại Hà Nội năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người dân từ 18 đến 69 tuổi, có thời gian sinh sống tại Hà Nội ít nhất 6 tháng và đồng ý tham gia phỏng vấn. Loại trừ các đối tượng bị rối loạn tâm thần, phụ nữ có thai, sa sút trí tuệ hoặc điếc/câm không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2. Phương pháp

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ (tương ứng $Z = 1,96$) và sai số tuyệt đối cho phép $d = 0,045$. Chọn $p_1 = 0,42$ (tỷ lệ người dân có kiến thức đúng theo nghiên cứu của Nguyễn Mai Thanh), cỡ mẫu tính được là $n_1 = 463$.⁷ Chọn $p_2 = 0,35$ (tỷ lệ thực hành đúng theo nghiên cứu của Trần Giang Nam), cỡ mẫu tính được là $n_2 = 432$.¹⁰ Để đảm bảo độ tin cậy và sức mạnh thống kê cho toàn bộ nghiên cứu, chúng tôi chọn cỡ mẫu tối thiểu là giá trị lớn nhất trong hai kết quả trên ($n = 463$). Thực tế, tổng số đối tượng được trích xuất dữ liệu đầy đủ tại 8 cụm dân cư đưa vào phân tích là $n = 516$.

Chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương

pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Chọn chủ đích 4 phường nội thành (Quán Thánh, Trung Hòa, Thổ Quan, Định Công) và 4 xã ngoại thành (Tòng Bạt, Quang Lãng, Hương Ngải, Cổ Đông). Tại mỗi xã phường chọn 1 tổ dân phố theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Trong mỗi tổ dân phố điều tra 70 người. Cách lấy mẫu bắt đầu từ nhà tổ trưởng tổ dân phố đi về bên phải cho đến khi được 70 người trong độ tuổi 18 - 69.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian thu thập số liệu từ tháng 9 đến tháng 10/2023, tại 8 xã/phường thuộc thành phố Hà Nội.

Công cụ và chỉ số nghiên cứu: Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế và chuẩn hóa dựa trên Hướng dẫn phòng, chống các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hướng dẫn của Chương trình phòng, chống bệnh tim mạch Quốc gia Việt Nam, Các chỉ số nghiên cứu bao gồm^{1,13}: (1) Đặc điểm nhân trắc, học vấn, nghề nghiệp, tiền sử liên quan đến bệnh; (2) Mức độ kiến thức (định nghĩa, yếu tố nguy cơ, biến chứng, cách phòng bệnh). Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm, trả lời sai hoặc “không biết” tính 0 điểm (Tổng điểm tối đa là 26); và (3) Mức độ thực hành về lối sống (chế độ ăn rau/trái cây, kiểm soát muối, hoạt động thể lực, sử dụng rượu bia, thuốc lá). Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm, trả lời sai hoặc “không biết” tính 0 điểm (Tổng điểm tối đa là 12). Việc đánh giá câu trả lời về kiến thức và thực hành là đúng được so sánh với tiêu chuẩn của Bộ y tế và Hội tim mạch học Việt Nam.^{1,4,6} Trong đó, ăn rau/trái cây đủ là ≥ 5 đơn vị/ngày, hoạt động thể lực đủ là ≥ 150 phút/ tuần với cường độ trung bình, không hút thuốc lá là không hút thuốc lá ít nhất trong vòng 12 tháng qua, hạn chế uống rượu bia là uống ≤ 2 đơn vị/ ngày với nam và ≤ 1 đơn vị/ ngày với nữ.

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và phân

tích bằng phần mềm SPSS. Phân tích mô tả (tần số, tỷ lệ %) được sử dụng cho các biến định tính. Đánh giá kiến thức và thực hành được dựa trên tỷ lệ phần trăm (%) số câu trả lời đúng so với tổng điểm. Việc thiết lập các điểm cắt để phân nhóm được thực hiện dựa trên sự kết hợp giữa hai phương pháp: thang đo Bloom hiệu chỉnh để đảm bảo tính chuẩn hóa lý thuyết và phương pháp phân vị mẫu để phản ánh trung thực phân bố dữ liệu thực tế¹⁴⁻¹⁷:

Đối với kiến thức: Kết quả được chia làm 4 mức độ: Rất thấp (Trả lời đúng dưới 4 câu hỏi trong số 26 câu); Thấp (Trả lời đúng 4 - 6 câu); Trung bình (Trả lời đúng 7 - 13 câu) và Khá (Trả lời đúng > 13 câu) nhằm đánh giá chi tiết mức độ thiếu hụt và đảm bảo độ tin cậy cho mô hình phân tích đa biến.

Đối với thực hành: Kết quả được chia làm 3 mức độ: Kém (Trả lời đúng dưới 6 câu trong tổng số 12 câu), Trung bình (Trả lời đúng 6 - 8 câu) và Tốt (Trả lời đúng > 8 câu).

Để phân tích các yếu tố liên quan đến thực hành lối sống, mô hình hồi quy logistic đơn và đa biến (phương pháp Enter) được sử dụng.

Biến độc lập gồm Nhóm tuổi, Giới, Trình độ học vấn, Nghề nghiệp, Đang mắc THA, Điểm kiến thức. Biến phụ thuộc là Điểm thực hành (dạng nhị phân: Tốt và Chưa tốt). Các biến độc lập có $p < 0,05$ ở phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến để xác định tỷ suất chênh điều chỉnh (aOR). Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên sự đồng ý và tự nguyện tham gia của các đối tượng. Mọi thông tin cá nhân thu thập trong quá trình điều tra đều được mã hóa, bảo mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng duy nhất cho mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Đây là nghiên cứu quan sát thông qua phỏng vấn, không thực hiện các can thiệp y tế trên đối tượng. Đối với các trường hợp phát hiện có trị số huyết áp cao trong quá trình sàng lọc, nhóm nghiên cứu đã tư vấn và hướng dẫn đối tượng đến cơ sở y tế để thăm khám kịp thời.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 516)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	229	44,4
	Nữ	287	55,6
Nhóm tuổi	18 - 39 tuổi	173	33,5
	40 - 69 tuổi	343	66,5
Tuổi trung bình (\pm SD)		46,8 \pm 14,1	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	203	39,3
	THPT	166	32,2
	Trên THPT	147	28,5
Nghề nghiệp	Viên chức	82	15,9
	Lao động tự do	267	51,7
	Nghỉ hưu	82	15,9
	Khác	85	16,5

Trong tổng số 516 đối tượng nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với 55,6%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $46,8 \pm 14,1$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 40 - 69

chiếm ưu thế (66,5%). Về trình độ học vấn và nghề nghiệp, phần lớn đối tượng có trình độ dưới THPT (39,3%) và làm nghề lao động tự do (51,7%).

Bảng 2. Tỷ lệ trả lời đúng về kiến thức cho từng câu hỏi của đối tượng nghiên cứu (n = 516)

Nội dung kiến thức	Số lượng trả lời đúng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Định nghĩa bệnh THA</i>		
Trả lời đúng	109	21,1
<i>Yếu tố nguy cơ</i>		
Ăn mặn	164	31,8
Thừa cân, béo phì	81	15,7
Rối loạn mỡ máu	69	13,4
Mắc đái tháo đường	44	8,5
Lối sống tĩnh tại, ít vận động	75	14,5
Tuổi ≥ 40	43	8,3
Ăn ít rau/ trái cây	54	10,5
Hút thuốc lá	63	12,2
Uống rượu bia quá mức	87	16,9
Thường xuyên stress, căng thẳng	54	10,5
Tiền sử gia đình	25	4,8
<i>Phát hiện bệnh</i>		
Đo huyết áp	211	40,9
Khám sức khỏe định kỳ	72	14,0
Khám bệnh khi có biểu hiện	194	37,6
<i>Biến chứng</i>		
Đột quỵ não	302	58,5
Nhồi máu cơ tim	101	19,6
Suy tim	27	5,2
Suy thận	57	11,0
Phình động mạch	19	3,7
Giảm thị lực	9	1,7
<i>Phòng bệnh</i>		
Dinh dưỡng hợp lý	189	36,6
Luyện tập thể lực hợp lý	300	58,1

Nội dung kiến thức	Số lượng trả lời đúng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Phòng bệnh</i>		
Không hút thuốc	257	49,8
Hạn chế rượu bia	63	12,2
Tránh thừa cân, béo phì	56	10,9

Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng biết về biến chứng đột quỵ não và biện pháp luyện tập thể lực đạt cao nhất, lần lượt là 58,5% và 58,1%.

Ngược lại, tỷ lệ biết về các biến chứng như giảm thị lực, phình động mạch ở mức thấp (dưới 5%).

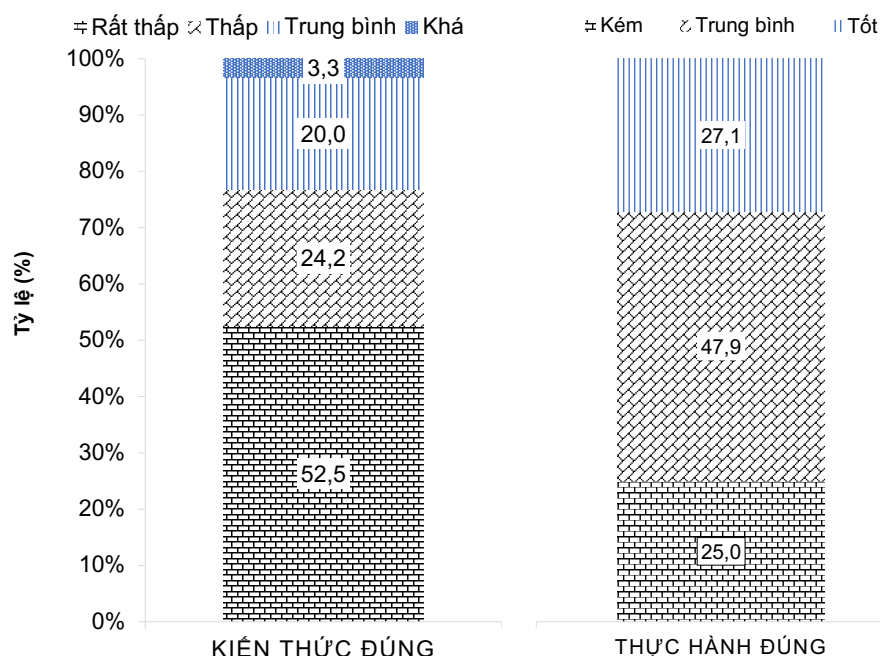
Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng có thực hành đúng về lối sống (n = 516)

Thực hành lối sống	Số lượng đúng (n)	Tỷ lệ (%)
Ăn ≥ 5 đơn vị chuẩn rau/trái cây / ngày	125	24,2
<i>Kiểm soát muối</i>		
Tần suất thêm muối khi ăn	151	29,3
Tần suất thêm muối khi chế biến TĂ	143	27,7
Tần suất ăn đồ ăn chế biến sẵn	453	87,8
Mức độ ăn mặn	417	80,8
Hạn chế ăn thực phẩm chế biến sẵn	386	74,8
Giảm lượng muối khi nấu ăn	305	59,1
Giảm lượng muối khi ăn	373	72,3
Hạn chế ăn dưa, cà	350	67,8
Hoạt động thể lực ≥ 150 phút/tuần	368	71,3
Không hút thuốc lá	408	79,1
Hạn chế rượu bia	388	75,2

Về thực hành, tỷ lệ đối tượng có thói quen hạn chế đồ ăn chế biến sẵn đạt mức cao (87,8%), tiếp theo là không hút thuốc (79,1%) và hạn chế rượu bia (75,2%). Thực hành ăn đủ 5 đơn vị rau/trái cây mỗi ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,2%).

Biểu đồ 1 cho thấy kiến thức đúng có 52,5%

đối tượng chỉ đạt mức điểm rất thấp (Có 26 câu khảo sát liên quan đến kiến thức), nhóm có điểm kiến thức khá chiếm một tỷ lệ rất nhỏ (3,3%). 27,1% có điểm thực hành đúng về lối sống tốt (Có 12 câu khảo sát về thực hành liên quan đến chế độ ăn rau/trái cây, kiểm soát muối, hoạt động thể lực, hút thuốc lá, hạn chế rượu bia).



Biểu đồ 1. Phân nhóm mức độ kiến thức và điểm thực hành của đối tượng nghiên cứu (n = 516)

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với thực hành đúng (n = 516)

Đặc điểm	Điểm thực hành		OR (95% CI)	aOR (95% CI)
	Chưa tốt Số lượng (%)	Tốt Số lượng (%)		
<i>Giới tính</i>				
Nam	184 (80,3)	45 (19,7)	2,02 (1,34 – 3,04)	2,318 (1,511 – 3,555)
Nữ	192 (66,9)	95 (33,1)		
<i>Nhóm tuổi</i>				
18 – 39	122 (70,5)	51 (29,5)	0,84 (0,56 – 1,26)	-
40 – 69	254 (74,1)	89 (25,9)		
<i>Trình độ học vấn</i>				
< THPT	161 (79,3)	42 (20,7)	1,73 (1,14 – 2,62)	1,741 (1,086 – 2,792)
≥ THPT	215 (68,9)	98 (31,1)		
<i>Nghề nghiệp</i>				
Lao động tự do	204 (76,4)	63 (23,6)	1,45 (0,98 – 2,14)	-
Khác	172 (69,1)	77 (30,9)		

Đặc điểm	Điểm thực hành		OR (95% CI)	aOR (95% CI)
	Chưa tốt	Tốt		
	Số lượng (%)	Số lượng (%)		
<i>Đang mắc THA</i>				
Có	81 (77,1)	24 (22,9)	1,33	-
Không	295 (71,8)	116 (28,2)	(0,80 – 2,20)	
<i>Điểm kiến thức</i>				
Rất thấp	210 (77,5)	61 (22,5)	1,64	1,386
Nhóm còn lại	166 (67,8)	79 (32,2)	(1,11 – 2,42)	(0,896 – 2,143)

Mô hình hồi quy logistic đa biến với $R^2 = 7,2\%$

Ở phân tích hồi quy logistic đơn biến, giới tính, trình độ học vấn và điểm kiến thức có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê với khả năng thực hành tốt ($p < 0,05$). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, nữ giới có khả năng thực hành tốt gấp 2,3 lần so với nam giới (95% CI: 1,5 – 3,6). Nhóm đối tượng có trình độ học vấn từ THPT trở lên có khả năng thực hành tốt cao gấp 1,7 lần so với nhóm có học vấn dưới THPT (95% CI: 1,1 – 2,8). Điểm kiến thức sau khi đưa vào mô hình đa biến đã không còn mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 516 người dân từ 18 - 69 tuổi tại Hà Nội năm 2023 đã phác họa bức tranh chi tiết về nhận thức và hành vi phòng, chống bệnh tăng huyết áp. Điểm nhấn đáng lo ngại nhất là sự phân mảnh và thiếu hụt nghiêm trọng trong kiến thức nền tảng về các chỉ số định nghĩa chẩn đoán bệnh. Số người hiểu đúng và đầy đủ cả hai ngưỡng chẩn đoán huyết áp tối đa và tối thiểu chỉ đạt 21,1%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Nguyễn Mai Thanh tại Ninh Bình về sự mơ hồ trong việc xác định các mốc huyết áp chẩn đoán tại cộng đồng.⁷ Có tới 52,5% đối tượng có điểm kiến thức ở mức rất thấp (dưới 15% tổng điểm). Tình trạng nhận thức về THA còn thấp cũng được ghi nhận trong

nhiều nghiên cứu gần đây, điển hình như khảo sát tại Thừa Thiên Huế năm 2024 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức tốt về THA chỉ chiếm 33,3%, hay tại Cần Thơ (2023) với kết luận kiến thức phòng ngừa biến chứng THA của người bệnh vẫn còn nhiều khoảng trống.^{8,9}

Lý giải cho sự thiếu hụt này, có thể thấy các chương trình truyền thông hiện nay thường tập trung vào các biến chứng nguy kịch như đột quỵ não (được 58,5% đối tượng trả lời đúng) để tạo ấn tượng mạnh, nhưng lại thiếu các hướng dẫn cụ thể về việc tự theo dõi và diễn giải các chỉ số sinh tồn. Điều này dẫn đến xu hướng phó mặc việc quản lý sức khỏe cho nhân viên y tế như trong nghiên cứu của tác giả Trần Nam Giang (2022) đã chỉ ra.^{10,11}

Về thực hành lối sống, nghiên cứu ghi nhận sự mâu thuẫn giữa điểm kiến thức thấp và thực hành lối sống khá tốt (27,1% đạt mức thực hành tốt). Nghịch lý này cho thấy các hành vi như vận động thể lực (71,3%) hay hạn chế muối (87,8%) chủ yếu phản ánh ý thức giữ gìn sức khỏe chung của cư dân đô thị hơn là xuất phát từ sự hiểu biết sâu sắc về cơ chế bệnh sinh của THA. Tuy nhiên, thói quen tiêu thụ đủ 5 đơn vị rau và trái cây mỗi ngày chỉ đạt 24,2%, phù hợp với báo cáo STEPS 2021 ghi nhận gánh nặng dinh dưỡng không hợp lý tại Việt Nam, khi có tới 59,1% người trưởng thành Việt

Nam ăn thiếu rau và trái cây.⁴ Sự bùng nổ của các dịch vụ giao thức ăn nhanh và áp lực thời gian tại Hà Nội là nguyên nhân chính gây mất cân bằng khẩu phần ăn.

Phân tích hồi quy logistic đa biến tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc thực hành cho thấy: nữ giới có khả năng thực hành tốt cao gấp 2,3 lần nam giới (95% CI: 1,5 – 3,6). Phát hiện này phù hợp với đặc điểm văn hóa Á Đông khi phụ nữ thường giữ vai trò nội trợ chính và quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe dự phòng.¹ Nhóm học vấn từ THPT trở lên thực hành tốt cao gấp 1,7 lần so với nhóm học vấn thấp (95% CI: 1,1 – 2,8) do khả năng tiếp cận và chọn lọc thông tin y tế tốt hơn.¹² Đặc biệt, yếu tố kiến thức mất ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($p > 0,05$), khẳng định chuyển biến từ nhận thức sang hành vi bị chi phối mạnh mẽ bởi nền tảng giáo dục và điều kiện văn hóa - xã hội.

Từ thực tế này, các chiến lược can thiệp y tế công cộng cần cá thể hóa cho từng nhóm đối tượng, tập trung vào huấn luyện kỹ năng thực hành dinh dưỡng và quản lý chỉ số huyết áp, đặc biệt ưu tiên nhóm nam giới và người có trình độ học vấn thấp.

Hạn chế nghiên cứu

Đề tài được tiến hành thu thập năm 2023, với số lượng kinh phí hạn chế nên cỡ mẫu được chọn chủ đích tại 8 xã phường có thể chưa có tính đại diện cao cho cả Hà Nội. Thiết kế mô tả cắt ngang chỉ có phép xác định các mối liên quan mà chưa thể khẳng định chắc chắn về quan hệ nhân quả. Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu chuyên sâu để tìm hiểu rõ hơn các khía cạnh về kiến thức, thái độ ảnh hưởng đến thực hành của người dân.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức phòng, chống tăng huyết áp của người dân Hà Nội còn hạn chế, có tới 52,5% đối tượng nghiên cứu có điểm kiến thức ở mức

rất thấp. Về thực hành lối sống, tỷ lệ người dân tuân thủ đúng về hoạt động thể lực đạt 71,3%, không hút thuốc lá đạt 79,1% và hạn chế rượu bia chiếm 75,2%, trong khi tỷ lệ ăn đủ rau quả theo khuyến cáo chỉ đạt 24,2%. Giới tính nữ và trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực hành lối sống tốt phòng, chống bệnh của đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố như nhóm tuổi, nghề nghiệp, tình trạng mắc bệnh tăng huyết áp và kiến thức ban đầu chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành lối sống của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tim mạch học Việt Nam. *Khuyến cáo của phân hội tăng huyết áp - Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (VSH/VNHA) về Chẩn Đoán & Điều Trị Tăng Huyết Áp 2022*. Hội Tim mạch học Việt Nam; 2022.
2. World Health Organization. *Global Report on Hypertension: The Race against a Silent Killer*. World Health Organization; 2023. <https://www.who.int/publications/item/9789240081062>
3. Meiqari L, Essink D, Wright P, et al. Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2019;31(2):101-112. doi:10.1177/1010539518824810
4. Bộ Y tế. *Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) tại Việt Nam năm 2021*. Nhà Xuất bản Y học; 2021.
5. Nguyễn Đình Hiền, Nguyễn Thu Hương, và cs. 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*. 2018;27(8):79-85.
6. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*. Bộ Y tế; 2010.
7. Nguyễn Mai Thanh, Lê Hoàng Nam. Kiến

thức về phòng chống bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại thành phố Tam Điệp, tỉnh Ninh Bình năm 2019. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2020;128(4):207-216.

8. Hồ Anh Hiến, Nguyễn Minh Tâm, Trần Kiên Hào, và cs. Khảo sát kiến thức về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân tăng huyết áp và các yếu tố liên quan tại một số trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2024;14(3):36-36. doi:10.34071/jmp.2024.3.5

9. Nguyễn Việt Phương, Nguyễn Trọng Hiến, Phan Kiều My, và cs. Kiến thức, thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(60):72-79. doi:10.58490/ctump.2023i60.198

10. Trần Giang Nam, Trương Thị Thùy Dương, và cs. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng tăng huyết áp của người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên tại xã Hóa Trung, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;486(1,2):138-143.

11. Rincón Uribe FA, Godinho RCDS, Machado MAS, et al. Health knowledge, health behaviors and attitudes during pandemic emergencies: A systematic review. Naing C, ed. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0256731. doi:10.1371/journal.pone.0256731

12. Phạm Thế Xuyên. Thực trạng tăng

huyết áp ở người dân từ 45 - 64 tuổi tại huyện điện biên, tỉnh điện biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp can thiệp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.

13. Riley L, Guthold R, Cowan M, et al. The World Health Organization STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges, and Opportunities. *Am J Public Health*. 2016;106(1):74-78. doi:10.2105/AJPH.2015.302962

14. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 5th ed. Oxford University Press; 2015.

15. Bashir S, Ansari AH, Sultana A. Knowledge, attitude, and practice on antenatal care among pregnant women and its association with sociodemographic factors: a hospital-based study. *J Patient Exp*. 2023;10:23743735231183578. doi:10.1177/23743735231183578

16. Lash TL, VanderWeele TJ, Haneuse S, et al. *Modern Epidemiology*. 4th ed. Wolters Kluwer; 2020.

17. Seid MA, Hussen MS. Knowledge and attitude towards antimicrobial resistance among final year undergraduate paramedical students at University of Gondar, Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):312. doi:10.1186/s12879-018-3199-1

Summary

KNOWLEDGE AND LIFESTYLE PRACTICES REGARDING HYPERTENSION PREVENTION AND CONTROL AMONG RESIDENTS IN HANOI

This study aims to describe the status and associated factors of knowledge and lifestyle practices for hypertension prevention and control among 18 - 69 years old adults in Hanoi in 2023. This cross-sectional descriptive study included 516 residents. The results showed that 52.5% had very low level knowledge, and only 3.3% achieved a good score. Regarding lifestyle practices, 27.1% had a good practice score. Females were 2.3 times more likely to have good practices than males (95% CI: 1.5 – 3.6), and individuals with a high school education or higher was 1.7 times more likely to have good practices compared to the lower educated group (95% CI: 1.1 – 2.8). The study emphasizes the need to promote personalized communication interventions, specifically focusing on males and individuals with lower education levels.

Keywords: Hypertension, knowledge, practice.