

Nghiên cứu

Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ của người trưởng thành tại một số phường thành phố Huế

Nguyễn Minh Tú, Bùi Lê Thảo Phương, Trần Quốc Nhật Trường, Ngô Ngọc Hưng, Huỳnh Như Trà My, Trần Trung Kiên, Trần Bình Thắng, Lê Đình Dương, Nguyễn Thanh Gia, Nguyễn Thị Hường*

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hường. Email: nthuong@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 05/06/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 04/01/2026; Ngày xuất bản (Published): 30/03/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.1.1027

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ của người dân thành phố Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 646 người dân từ 18 tuổi trở lên tại thành phố Huế, từ tháng 08/2024 đến tháng 10/2024. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu thông qua bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn. Sử dụng phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $(47,96 \pm 12,96)$ với tỷ lệ nam nữ là xấp xỉ nhau (48% nam và 52% nữ). Có 48% đối tượng xác định đúng từ 6 yếu tố nguy cơ trở lên; 43,5% đối tượng nhận biết 3 dấu hiệu khởi phát và 59% đối tượng có kiến thức đạt về cách phòng chống đột quỵ; 62,8% đối tượng có thái độ đạt về dự phòng đột quỵ 31,7% đối tượng xử trí đúng khi phát hiện người đột quỵ; 84,2% đối tượng gọi cấp cứu khi phát hiện bản thân hoặc người thân có dấu hiệu đột quỵ. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức các biện pháp dự phòng đột quỵ bao gồm: giới tính, từng nghe nói về đột quỵ ($p < 0,05$). Một số yếu tố liên quan đến việc đạt thái độ với việc dự phòng đột quỵ bao gồm: tuổi, bệnh mạn tính ($p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm dấu hiệu đột quỵ của người dân còn chưa cao. Vì vậy, cần tăng cường các chương trình giáo dục cộng đồng về các biện pháp dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, dự phòng, đột quỵ, thành phố Huế.

Knowledge and attitudes regarding stroke prevention and early detection among adults in selected wards of Hue City

Nguyen Minh Tu, Bui Le Thao Phuong, Tran Quoc Nhat Truong, Ngo Ngoc Hung, Huynh Nhu Tra My, Tran Trung Kien, Tran Binh Thang, Le Dinh Duong, Nguyen Thanh Gia, Nguyen Thi Huong*

University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objective: To describe the knowledge, attitudes the prevention and early detection of stroke among residents of Hue City and identify factors associated with their awareness and attitudes toward stroke prevention.

Methods: A cross-sectional study was carried out on 646 residents aged 18 years and older in Hue City from August 2024 to October 2024. Data were collected through face-to-face interviews using a structured questionnaire specifically designed to assess medical literacy regarding stroke. Uni-variate regression analysis was employed to determine the factors associated with optimal knowledge, attitudes, and practices concerning stroke prevention and early detection.

Results: The average age was 47.96 ± 12.96 years, with an approximately equal gender distribution (48% male and 52% female). 48% of subjects correctly identified six or more risk factors, while 43.5% recognized at least three early stroke symptoms, and 59% had adequate knowledge of stroke prevention strategies. Additionally, 62.8% demonstrated an appropriate attitude toward stroke prevention. Regarding emergency response, 31.7% of subjects appropriately managed a detected stroke case, and 84.2% called emergency medical services (EMS) when recognizing stroke symptoms in themselves or others. Several factors were associated with knowledge of stroke prevention measures, including gender and prior awareness of stroke ($p < 0.05$). Factors associated with an appropriate attitude toward stroke prevention included age and the presence of chronic diseases ($p <$

0.05). **Conclusion:** Knowledge, attitudes regarding stroke prevention and early detection among the general population remain limited. Therefore, it is essential to enhance community-based education programs on preventive measures and early recognition of stroke symptoms.

Keywords: Knowledge, attitude, prevention, stroke, Hue City.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đột quỵ được định nghĩa là các dấu hiệu lâm sàng phát triển nhanh chóng về rối loạn chức năng não (thường là khu trú) kéo dài hơn 24 giờ hoặc dẫn đến tử vong [1]. Bệnh nhân đột quỵ có thể hôn mê, liệt nửa người, đi lại khó khăn, có thể tử vong trong giai đoạn cấp. Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai và tàn tật đứng thứ ba trên toàn thế giới [2].

Đột quỵ là “đại dịch sắp xảy ra của thế kỷ 21” [3]. Năm 2022, Tổ chức Đột quỵ thế giới thống kê thế giới có khoảng 14,5 triệu ca đột quỵ, trong đó khoảng 5,5 triệu người tử vong, khoảng 80 triệu người đang sống với các di chứng tàn phế của đột quỵ não [4]. Tại Pháp, mỗi năm ước tính có khoảng 140.000 người phải nhập viện vì đột quỵ [5]. Có hơn 795.000 người ở Mỹ bị đột quỵ mỗi năm [6]. Theo chương trình sàng lọc và can thiệp dân số có nguy cơ cao đột quỵ Trung Quốc, ước tính có khoảng 17,8 triệu người trưởng thành đã bị đột quỵ vào năm 2020 [7]. Đột quỵ là vấn đề sức khỏe toàn cầu, gánh nặng của đột quỵ đặc biệt nghiêm trọng ở các nước châu Á, trong đó có Việt Nam. Trong năm 2021, có khoảng 157.000 người bệnh mắc đột quỵ, trong đó có khoảng 7-10% số người bệnh tử vong, 70-80% trường hợp có di chứng tàn phế suốt đời [8]. Tất cả những di chứng này đều ảnh hưởng mạnh mẽ đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ đóng vai trò then chốt trong việc giảm thiểu gánh nặng bệnh tật. Các biện pháp dự phòng chủ động, tập trung vào kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm đã được chứng minh là có hiệu quả cao trong việc giảm nguy cơ đột quỵ [9], [10]. Bên cạnh đó, việc phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ và can thiệp y tế kịp thời trong “giờ vàng” có thể giúp hạn chế tối đa tổn thương não, cải thiện tiên lượng và giảm thiểu di chứng [11], [12]. Kiến thức và thái độ đúng đắn của cộng đồng về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ là yếu tố quan trọng để nâng cao hiệu quả của các chương trình phòng chống đột quỵ. Khi người dân có đầy đủ kiến thức về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu nhận biết sớm và tầm quan trọng của việc can thiệp kịp thời, họ sẽ chủ động hơn trong việc thay đổi lối sống, kiểm soát các bệnh nền và tìm kiếm sự trợ giúp y tế ngay khi có dấu hiệu nghi ngờ đột quỵ [13], [14]. Ngược lại, sự thiếu hụt kiến thức hoặc thái độ thờ ơ,

chủ quan có thể dẫn đến việc bỏ lỡ “thời gian vàng” trong điều trị, làm giảm hiệu quả can thiệp và gia tăng nguy cơ tàn tật vĩnh viễn [15].

Tại thành phố Huế, một trung tâm kinh tế, văn hóa và y tế lớn của miền Trung Việt Nam, vấn đề đột quỵ cũng đang đặt ra nhiều thách thức đối với hệ thống y tế địa phương. Theo nghiên cứu của Đoàn Phước Thuộc và cộng sự cho thấy 10,1% người trưởng thành có nguy cơ đột quỵ cao [16]. Tuy nhiên, hiện vẫn còn thiếu những nghiên cứu chuyên sâu về kiến thức và thái độ của người dân thành phố Huế, đặc biệt là nhóm người trưởng thành. Việc tìm hiểu thực trạng kiến thức và thái độ này tại cộng đồng dân cư là vô cùng cần thiết. Từ đó có cơ sở khoa học xây dựng các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi và góp phần giảm thiểu gánh nặng đột quỵ tại địa phương. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ của người trưởng thành tại một số phường thành phố Huế”** nhằm mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành đủ 18 tuổi, có hộ khẩu thường trú tại thành phố Huế và có khả năng tiếp nhận, trả lời các câu hỏi; đồng ý, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Ngoại trừ người có rối loạn ý thức, sa sút trí tuệ ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Thời gian thu thập số liệu từ tháng 08/2024 đến tháng 10/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Phường Thủy Biều, Quận Thuận Hóa và Phường Thuận Hòa, Quận Phú Xuân, Thành phố Huế.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ: $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$

Trong đó $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), sai số cho phép $d = 0,05$, $DE = 2$, p là tỷ lệ kiến thức về dự phòng sớm

đột quy ước đoán. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu và Vũ Văn Đậu, có 28,7% người tham gia có kiến thức không đạt về dự phòng đột quy, do đó chọn $p = 0,287$ [17]. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu này là $n = 629$. Trên thực tế, chúng tôi thu thập 646 đối tượng nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu cụm nhiều giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 1 phường trong 19 phường của Quận Thuận Hóa và 1 phường trong 13 phường của Quận Phú Xuân, thành phố Huế. Kết quả chọn được Phường Thủy Biều và Phường Thuận Hòa.

- Giai đoạn 2: Chọn ngẫu nhiên 5 tổ của phường Thủy Biều và 5 tổ của phường Thuận Hòa.

- Giai đoạn 3: Sau khi có danh sách các hộ gia đình theo địa bàn tổ dân phố. Tiến hành lập khung mẫu bằng cách sắp xếp lại thứ tự tất cả các hộ gia đình theo địa chỉ. Sau đó tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn ra đủ số lượng mẫu cần thiết.

2.6. Công cụ thu thập thông tin

Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, gồm 6 phần:

Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu mô tả một số đặc điểm dân số, kinh tế, xã hội, hành vi lối sống, đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu [13], [18].

Phần 2: Kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây đột quy: Đánh giá về một số yếu tố nguy cơ gây đột quy được thực hiện thông qua đánh giá dựa trên 11 câu hỏi: Tăng huyết áp; Đái tháo đường; Rối loạn chuyển hóa lipid máu; Bệnh lý tim mạch; Ăn mặn; Hút thuốc; Uống rượu; Béo phì; Tuổi cao; Ít vận động; Đột quy cũ [13], [18].

Phần 3: Kiến thức về các triệu chứng khởi phát đột quy: Mô hình chẩn đoán đột quy BEFAST được sử dụng để đánh giá các dấu hiệu khởi phát đột quy [19]. Các dấu hiệu khởi phát bao gồm: B (BALANCE): Đột ngột mất thăng bằng, chóng mặt, đầu đầu dữ dội và buồn nôn hoặc nôn. E (EYES): Bị mờ mắt (giảm thị lực) hoặc mất hoàn toàn thị lực của 1 hoặc cả 2 mắt. F (FACE): Bị liệt, méo miệng, nhân trung (đoạn nối giữa điểm dưới mũi đến môi trên) bị lệch, thể hiện rõ nhất khi bệnh nhân cười mở miệng lớn. A (ARM): Cử động khó hoặc không thể cử động tay chân, tê liệt 1 bên cơ thể. Cách xác nhận nhanh chóng nhất là yêu cầu bệnh nhân giơ 2 tay lên và giữ lại cùng 1 lúc. S (SPEECH): Khó nói, phát âm không rõ, nói dính chữ, nói ngọng bất thường. T (TIME): Thời gian chính là “nguyên tắc vàng” quyết định cơ hội sống và khả năng hồi phục sau đột quy.

Phần 4: Kiến thức dự phòng đột quy: Đánh giá kiến thức về phòng chống đột quy dựa trên 11 câu hỏi: Khám sức khỏe định kỳ; Kiểm soát cân nặng; Kiểm soát đường máu; Kiểm soát huyết áp; Có chế

độ ăn hợp lý, đảm bảo dinh dưỡng; Hạn chế uống rượu, bia, hút thuốc lá; Tập thể dục thường xuyên, tối thiểu 30 phút/lần tập và duy trì 3-4 lần/tuần để tăng cường sức khỏe bản thân; Tránh căng thẳng (Stress); Không thức khuya, ngủ đúng giờ, ngủ đủ giấc và chú ý đến chất lượng giấc ngủ; Không sử dụng các chất kích thích; Hạn chế tắm đêm [20].

Phần 5: Kiến thức xử trí khi phát hiện người đột quy: Đánh giá kiến thức xử trí khi phát hiện người đột quy được thực hiện thông qua đánh giá dựa trên 4 câu hỏi: Gọi cấp cứu 115 khi phát hiện bản thân hoặc người thân có dấu hiệu đột quy; Tiến hành sơ cứu cho người bị đột quy trong khi đợi xe cấp cứu đến; Ghi chú lại thời điểm người bệnh khởi phát đột quy; Biết giờ vàng cấp cứu bệnh nhân mắc đột quy [21].

Phần 6: Thái độ đối với đột quy: Đánh giá về thái độ đối với đột quy được thực hiện thông qua đánh giá dựa trên 6 câu hỏi: Đột quy gây nguy hiểm đến tính mạng; Phát hiện và can thiệp sớm sẽ giảm tác động của đột quy; Đột quy có thể điều trị khỏi hoàn toàn; Đột quy có thể tái phát; Đột quy có thể dự phòng được; Mong muốn tìm hiểu thêm các phương pháp điều trị cho đột quy [18], [20].

2.7. Đánh giá biến số

Đánh giá mức độ chính xác của mỗi câu trong việc mô tả các yếu tố nguy cơ, các dấu hiệu nhận biết, biện pháp dự phòng, xử trí khi phát hiện người đột quy và thái độ của đối tượng nghiên cứu đối với đột quy theo 3 mức độ: 1 - Có, 2 - Không, 3 - Không biết. Từ phương án trả lời chúng tôi sẽ nhóm lại các nhận định thành 2 nhóm: 1 - Đạt và 0 - Không đạt. Cụ thể ở nhóm có giá trị 1 - Đạt sẽ là phương án Có, và giá trị 0 - Không đạt gồm hai phương án trả lời Không và Không biết. Điểm kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quy được tính như sau:

Đánh giá nhận biết các yếu tố nguy cơ và kiến thức về dự phòng đột quy đạt khi đối tượng nghiên cứu nêu được 6 hoặc nhiều hơn các phương án. Điểm nhận biết các yếu tố nguy cơ và kiến thức về dự phòng đột quy được đánh giá như sau: Đạt: ≥ 6 điểm; Không đạt: < 6 điểm

Đánh giá nhận biết các dấu hiệu khởi phát và thái độ đạt khi đồng ý/đưa ra 3 hoặc nhiều hơn các phương án. Điểm nhận biết các dấu hiệu khởi phát và thái độ được đánh giá như sau: Đạt: ≥ 3 điểm; Không đạt: < 3 điểm

Đánh giá xử trí khi phát hiện người đột quy đạt khi đưa ra 2 hoặc nhiều hơn các phương án. Điểm xử trí khi phát hiện người đột quy được đánh giá như sau: Đạt: ≥ 2 điểm; Không đạt: < 2 điểm

2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân

tích số liệu, bao gồm:

+ Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

+ Thống kê suy luận: Để lựa chọn biến số độc lập cho mô hình hồi quy đa biến, chúng tôi tiến hành phân tích thống kê theo trình tự sau:

Phân tích đơn biến: Các biến độc lập được khảo sát mối liên quan với biến phụ thuộc (kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ) bằng phép kiểm định Chi-Square với mức ý nghĩa 95% ($p < 0,05$). Trường hợp không thỏa mãn điều kiện áp dụng Chi-Square (tần suất quan sát nhỏ), sử dụng hiệu chỉnh Fisher's Exact Test để đảm bảo tính chính xác.

Tiêu chí lựa chọn biến đưa vào mô hình đa biến: Những biến có ý nghĩa thống kê với giá trị $p \leq 0,05$ trong phân tích đơn biến cũng sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic.

3.2. Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm bệnh đột quỵ

3.2.1. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ

Yếu tố nguy cơ gây đột quỵ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	519	80,5
Đái tháo đường	260	40,3
Rối loạn chuyển hóa lipid máu	150	23,3
Bệnh lý tim mạch	385	59,7
Hút thuốc	257	39,8
Uống rượu	309	47,9
Ăn mặn	221	34,3
Béo phì	192	29,8
Tuổi cao	321	49,8
Ít vận động	220	34,1
Đột quỵ cũ	263	40,8
Đạt (6/11)	310	48,0
Không đạt	336	52,0

Kết quả bảng 1 cho thấy, có 48,0% đối tượng nghiên cứu nêu được ít nhất 6 yếu tố nguy cơ của đột quỵ. Yếu tố nguy cơ được biết đến nhiều nhất là tăng huyết áp chiếm 80,5%.

3.2.2. Kiến thức về các dấu hiệu khởi phát đột quỵ

Bảng 2. Các dấu hiệu khởi phát đột quỵ

Dấu hiệu khởi phát đột quỵ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
B (BALANCE)	391	60,6
E (EYES)	151	23,4
F (FACE)	269	41,7
A (ARM)	287	44,5
S (SPEECH)	195	30,2

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (số 3545/QĐ-ĐHYD ngày 26/07/2024).

3. KẾT QUẢ

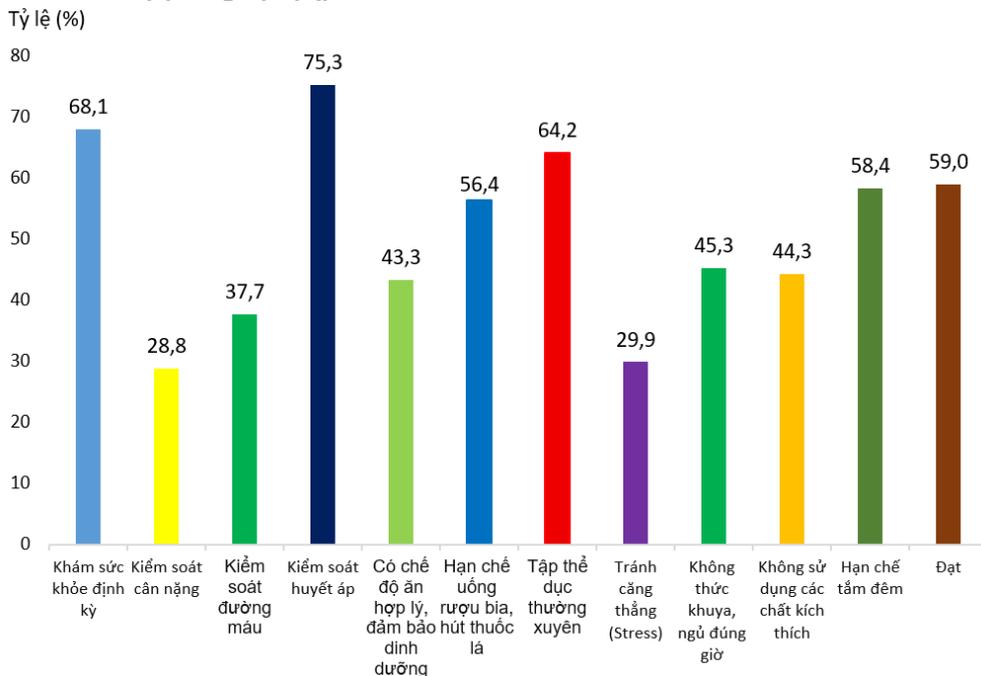
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu là xấp xỉ nhau với 48,0% nam giới và 52,0% nữ giới. Đa số đối tượng nghiên cứu sống cùng vợ, chồng/con/cháu là 90,1%. Về trình độ học vấn, người tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn trung học phổ thông (THPT) trở lên chiếm 56,7%. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là buôn bán/nội trợ với 48,7%. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu đã từng nghe về đột quỵ với 83,3%. Có 1,7% đối tượng nghiên cứu đã bị đột quỵ và 13,6% đối tượng có người trong gia đình mắc đột quỵ.

T (TIME)	129	20,0
Đạt (3/6)	281	43,5
Không đạt	365	56,5

Kết quả bảng 2 chỉ ra, có 43,5% đối tượng nhận biết được 3 dấu hiệu khởi phát đột quỵ. Tỷ lệ đối tượng nhận biết được dấu hiệu khởi phát đột quỵ nhiều nhất là tăng bằng (60,6%) và ít nhất người tham gia biết đến “giờ vàng” để cấp cứu đột quỵ (20,0%).

3.2.3. Kiến thức dự phòng đột quỵ



Biểu đồ 1. Kiến thức về các biện pháp dự phòng đột quỵ.

Có 59,0% đối tượng nghiên cứu đạt kiến thức dự phòng đột quỵ. Trong đó, kiến thức về kiểm soát huyết áp (75,3%) là những biện pháp được biết đến nhiều nhất. Tuy nhiên, các biện pháp về hành vi lối sống được biết đến khá thấp.

3.2.4. Kiến thức về xử trí khi phát hiện người đột quỵ

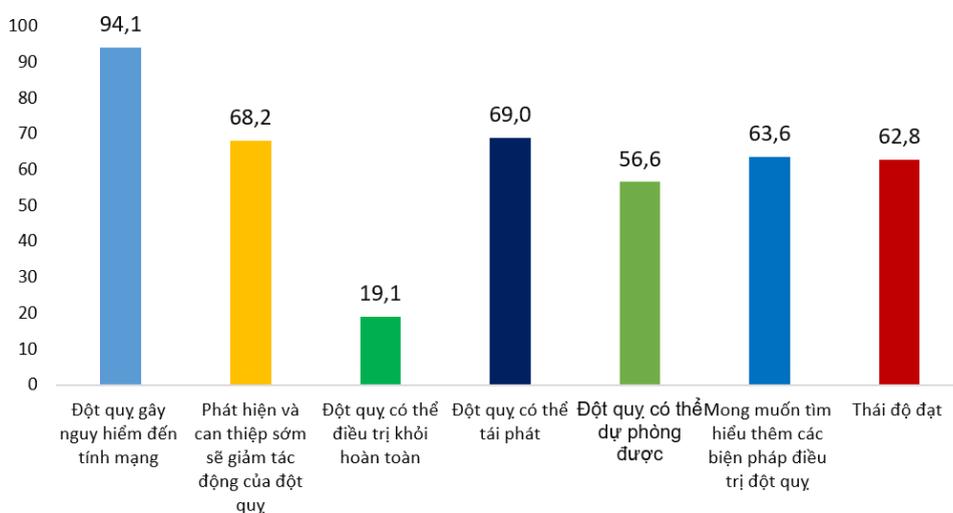
Bảng 3. Kiến thức về cách xử trí khi phát hiện người đột quỵ.

Kiến thức về xử trí khi phát hiện người đột quỵ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Gọi cấp cứu 115 khi phát hiện bản thân hoặc người thân có dấu hiệu đột quỵ	543	84,2
Tiến hành sơ cứu cho người bị đột quỵ trong khi đợi xe cấp cứu đến	110	17,1
Ghi chú lại thời điểm người bệnh khởi phát đột quỵ	60	9,3
Biết giờ vàng cấp cứu bệnh nhân mắc đột quỵ	108	16,7
Đạt (2/4)	205	31,7
Không đạt	441	68,3

Kết quả bảng trên cho thấy, có 31,7% đối tượng nghiên cứu có thực hành đạt khi phát hiện người đột quỵ, cách xử trí được các đối tượng nghiên cứu lựa chọn nhiều nhất là gọi cấp cứu 115 (84,2%). Chỉ có 9,3% biết ghi chú lại thời điểm người bệnh khởi phát đột quỵ.

3.2.5. Thái độ đối với bệnh đột quỵ

Tỷ lệ %



Biểu đồ 2. Thái độ đối với bệnh đột quỵ

Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu đạt thái độ chiếm tỷ lệ là 62,8%. Đa số đối tượng nghiên cứu đồng ý đột quỵ gây nguy hiểm đến tính mạng (94,1%), có thể tái phát (69,0%), phát hiện và can thiệp sớm sẽ giảm tác động của đột quỵ (68,2%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

3.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan đến kiến thức về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

	Đặc điểm	OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam	1	
	Nữ	1,53 (1,07 - 2,18)	0,020
Tuổi	18 - 34	1	
	35 - 44	0,57 (0,25 - 1,27)	0,169
	45 - 54	1,21 (0,57 - 2,54)	0,621
	55 - 64	1,48 (0,71 - 3,05)	0,293
	≥ 65	1,60 (0,80 - 3,21)	0,187
Trình độ học vấn	Dưới THPT	1	
	THPT trở lên	1,09 (0,75 - 1,59)	0,643
Nghề nghiệp	Cán bộ, công chức, viên chức	1	
	Nông dân/Công nhân	0,88 (0,46 - 1,67)	0,693
	Buôn bán/Nội trợ	0,60 (0,33 - 1,09)	0,092
	Sinh viên	1,60 (0,43 - 5,97)	0,485
	Độc thân	1	
Trình trạng hôn nhân	Ly hôn/ly thân/góa	0,60 (0,28 - 1,34)	0,221
	Sống cùng vợ, chồng/con/cháu	0,70 (0,06 - 7,92)	0,776
Từng nghe nói về đột quỵ	Không	1	
	Có	5,46 (3,08 - 9,66)	< 0,001
Bệnh mạn tính	Không	1	
	Có	1,20 (0,77 - 1,86)	0,428

Đã từng bị đột quỵ	Không	1	
	Có	3,56 (0,86 - 14,67)	0,079
Gia đình có người mắc đột quỵ	Không	1	
	Có	1,47 (0,90 - 2,39)	0,122

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức các biện pháp dự phòng đột quỵ bao gồm: giới tính, từng nghe nói về đột quỵ ($p < 0,05$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa biện pháp dự phòng đột quỵ và các yếu tố khác như nhóm tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, bệnh mạn tính, đã từng bị đột quỵ, gia đình có người mắc đột quỵ ($p > 0,05$).

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến liên quan thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

	Đặc điểm	OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nữ	1	
	Nam	1,13 (0,80 - 1,60)	0,500
Tuổi	18 - 34	1	
	35 - 44	2,65 (1,22 - 5,75)	0,014
	45 - 54	2,22 (1,09 - 4,50)	0,028
	55 - 64	2,51 (1,25 - 5,04)	0,009
	≥ 65	1,55 (0,80 - 2,98)	0,193
Trình độ học vấn	Dưới THPT	1	
	THPT trở lên	1,15 (0,80 - 1,65)	0,459
Nghề nghiệp	Cán bộ, công chức, viên chức	1	
	Nông dân/Công nhân	0,95 (0,64 - 1,39)	0,772
	Buôn bán/Nội trợ	1,17 (0,35 - 3,90)	0,804
	Sinh viên	0,65 (0,35 - 1,19)	0,161
Tình trạng hôn nhân	Sống cùng vợ, chồng/ con/cháu	1	
	Độc thân	2,90 (0,24 - 34,33)	0,399
	Ly hôn/ly thân/góa	1,40 (0,67 - 2,92)	0,368
Từng nghe nói về đột quỵ	Không	1	
	Có	1,30 (0,82 - 2,06)	0,273
Bệnh mạn tính	Không	1	
	Có	1,64 (1,06 - 2,54)	0,025
Đã từng bị đột quỵ	Không	1	
	Có	0,27 (0,06 - 1,32)	0,107
Gia đình có người mắc đột quỵ	Không	1	
	Có	0,89 (0,54 - 1,46)	0,636

Kết quả cho thấy một số yếu tố liên quan đến việc đạt thái độ với việc dự phòng đột quỵ bao gồm: tuổi, bệnh mạn tính ($p < 0,05$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thái độ và các yếu tố khác như giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, từng nghe nói về đột quỵ, đã từng bị đột quỵ, gia đình có người mắc đột quỵ ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến đột quỵ, do đó xác định các yếu tố nguy cơ là chìa khóa để phòng

ngừa đột quỵ sớm. Kết quả (Bảng 1) cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu nhận thức đạt về các yếu tố nguy cơ của đột quỵ là 48,0%, tương đương nêu được ít nhất 6 yếu tố nguy cơ của đột quỵ, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu

của Hoàng Thị Minh Thái (23,5 %) và nghiên cứu của Hà Thị Thanh Trang (29,4%), nhưng lại thấp với so với nghiên cứu của Junbo Liang (59,6%) [22], [23], [24]. Có hai nhóm yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi (tuổi, giới, chủng tộc, di truyền...) và yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, trong đó, tăng huyết áp là yếu tố quan trọng nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp (80,5%) là yếu tố được biết đến nhiều nhất. Nghiên cứu của Xuân Thị Thu Hương (96,42%), Phạm Tiến Tuyên (92,3%) và Adebimpe O Obembe (83,4%) cũng chỉ ra tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ đột quỵ được xác định phổ biến nhất [13], [25], [25].

Đột quỵ là gánh nặng lớn trên toàn cầu, chi phí cho điều trị bao gồm thuốc men, vật tư y tế, chăm sóc và phục hồi chức năng là rất lớn vì vậy việc phát hiện nhanh các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ là một yếu tố quan trọng trong điều trị đột quỵ cấp tính. Một nghiên cứu tại Trung Quốc chỉ ra rằng FAST và BEFAST có thể hữu ích trong chẩn đoán đột quỵ [26]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 43,5% đối tượng biết được ít nhất 3 dấu hiệu khởi phát đột quỵ (BEFAST). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Thị Thanh Trang (51,8%) và cao hơn so với nghiên cứu của Junbo Liang (36,5%) [22], [23]. Bên cạnh đó (bảng 2), trong nghiên cứu này chỉ có 20% người tham gia biết đến “giờ vàng” để cấp cứu đột quỵ. Thời gian trước khi nhập viện bị trì hoãn là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị trong đột quỵ [27]. Do đó, cần nâng cao nhận thức của người dân về các dấu hiệu cảnh báo đột quỵ.

Theo hướng dẫn AHA/ASA năm 2011 về dự phòng đột quỵ tiên phát nhấn mạnh tầm quan trọng của biện pháp thay đổi lối sống, những người theo lối sống lành mạnh có nguy cơ đột quỵ thấp hơn 80% so với những người không theo lối sống lành mạnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 59,0% đối tượng nêu được từ 6 biện pháp dự phòng đột quỵ trở lên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Junbo Liang (57,7%), và nghiên cứu của Hà Thị Thanh Trang, Lê Văn An khi cho kết quả tỷ lệ kiến thức đạt về dự phòng đột quỵ là 29,4% [22], [23]. Tuy nhiên, lại thấp hơn nghiên cứu Hoàng Thị Minh Thái (60%) và tương đồng với nghiên cứu của Trương Tuấn Anh (59%) [24], [28]. Trong đó cách dự phòng đột quỵ chủ yếu là kiểm soát huyết áp (75,3%), khám sức khỏe định kỳ (68,1%) và tập thể dục thường xuyên (64,2%). Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn xác định, thời điểm nghiên cứu khác nhau, nhận thức của cộng đồng ở từng địa phương.

Xử trí khi phát hiện người đột quỵ (bảng 3), mức độ hiểu biết về các cách xử trí của người tham gia

trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn đang còn nhiều hạn chế. Kết quả cho thấy 31,7% đối tượng nghiên cứu có thực hành đạt khi phát hiện người đột quỵ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lưu Quang Minh (46,7%) [21]. Một nghiên cứu tại Brazil chỉ ra việc biết số điện thoại EMS (vai trò của EMS là vận chuyển nạn nhân đến một trung tâm chăm sóc sức khỏe đầy đủ một cách an toàn và nhanh chóng) chính xác là một khía cạnh quan trọng cần tập trung vào để đảm bảo rằng sự sẵn lòng gọi EMS chuyển thành hành động, tiết kiệm thời gian và mạng sống [29]. Tại Việt Nam, số điện thoại 115 là số tổng đài cứu nạn khẩn cấp về y tế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gọi cấp cứu 115 (84,2%) là cách xử trí được lựa chọn nhiều nhất. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Lưu Quang Minh (34,7%) và nghiên cứu của Xuân Thị Thu Hương (7,1%) [13], [21].

Về thái độ đối với đột quỵ, 62,8% đối tượng nghiên cứu có thái độ đúng với đột quỵ. Đa số đối tượng nghiên cứu đồng ý đột quỵ gây nguy hiểm đến tính mạng (94,1%), có thể tái phát (69,0%), phát hiện và can thiệp sớm sẽ giảm tác động của đột quỵ (68,2%). Nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy và cộng sự cũng nhận định đột quỵ gây nguy hiểm đến tính mạng (100%) và đột quỵ có thể dự phòng được (92%) [18].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

4.2.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức dự phòng đột quỵ

Kết quả cho thấy (bảng 4), một số yếu tố liên quan đến kiến thức các biện pháp dự phòng đột quỵ bao gồm: giới tính, từng nghe nói về đột quỵ ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nữ giới có kiến thức dự phòng đột quỵ cao gấp 1,53 lần nam giới. Kết quả này được đề cập trong nghiên cứu của Arthur M. Pancioli và cộng sự rằng tuổi trẻ hơn, giới tính nữ và trình độ học vấn cao hơn liên quan đáng kể đến kiến thức dự phòng đột quỵ [30]. Nghiên cứu của Nanette Stroebele cũng chỉ ra rằng kiến thức về đột quỵ tốt hơn được quan sát thấy ở phụ nữ so với nam giới trong phần lớn các nghiên cứu [31]. Phụ nữ thường có xu hướng quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe của bản thân và gia đình nên họ thường tìm hiểu thông tin sức khỏe qua các phương tiện truyền thông hoặc qua các chương trình giáo dục cộng đồng.

Nhóm đã từng nghe nói về đột quỵ có kiến thức cao hơn nhóm chưa nghe nói về đột quỵ gấp 5,46 lần ($OR=5,46$; KTC 95%: 3,08 - 9,66). Kết quả này thấp hơn khảo sát tại Thái Lan khi tỷ lệ hiểu biết về đột quỵ ở những người tham gia có người quen được chẩn đoán mắc đột quỵ cao gấp 10,92 lần những người tham gia không có người quen được chẩn đoán mắc

đột quỵ (OR= 10,92; 95% CI 5,66 đến 21,07) [32]. Việc có một người quen được chẩn đoán mắc đột quỵ đã tạo ra kiến thức cao hơn về đột quỵ, có thể là kết quả của việc tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ từ người quen để áp dụng cho chính họ [27]. Do đó cần chú trọng đến việc nâng cao kiến thức dự phòng về đột quỵ ở nam giới và những người chưa từng nghe nói về bệnh này.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến thái độ về dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ

Kết quả nghiên cứu cho thấy (bảng 5), các yếu tố liên quan đến đạt thái độ với đột quỵ bao gồm: tuổi, bệnh mạn tính ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 35-44 có mức đạt thái độ cao gấp 2,65 lần nhóm tuổi 18-34. Lý giải cho kết quả này có thể do người trẻ thường bận rộn với học tập, làm việc nên họ dành ít thời gian quan tâm đến các vấn đề liên quan đến sức khỏe hơn. Bên cạnh đó, người trẻ cũng khá chú quan với sức khỏe của mình vì họ tự đánh giá mình có nguy cơ đột quỵ thấp hơn trong khi thực tế rủi ro có thể không thấp [27]. Nghiên cứu của Fidel Meira chỉ ra rằng những đối tượng trong độ tuổi 21–30 có hiệu suất kém hơn trong việc nhận biết đột quỵ ($p > 0,05$) [33]. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh rằng nhóm tuổi trẻ hơn, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, có nguy cơ đột quỵ, có thể là do lối sống không lành mạnh [14]. Vì vậy, để đạt hiệu quả tốt hơn trong việc nâng cao kiến thức dự phòng đột quỵ tại cộng đồng, các chương trình giáo dục sức khỏe cộng đồng cần tập trung hơn vào nhóm người trẻ tuổi.

Những người có mắc bệnh mạn tính có thái độ tốt hơn 1,64 lần (OR=1,64; KTC 95%: 1,06 - 2,54) so với những người không mắc bệnh mạn tính. Những người mắc một hoặc nhiều bệnh lý nền có nhận thức cao hơn về đột quỵ, có thể là nhờ kết quả của chương trình giáo dục sức khỏe mà họ nhận được trong quá trình theo dõi bệnh lý nền của mình [27].

Một số hạn chế: Nghiên cứu chỉ thực hiện trên một số phường, do đó kết quả có thể không hoàn toàn đại diện cho toàn bộ cộng đồng dân cư của thành phố hoặc các vùng khác.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ về dự phòng và phát hiện sớm dấu hiệu đột quỵ của người dân còn chưa cao. Vì vậy, cần tăng cường các chương trình giáo dục cộng đồng về các biện pháp dự phòng và phát hiện sớm đột quỵ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. Bull World Health Organ. 1980;58(1):113-130.
2. Collaborators GBDS. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20(10):795-820.
3. Sarikaya H, Ferro J, Arnold M. Stroke prevention--medical and lifestyle measures. Eur Neurol. 2015;73(3-4):150-157.
4. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29.
5. Boursin P, Paternotte S, Dercy B, Sabben C, Maier B. [Semantics, epidemiology and semiology of stroke]. Soins. 2018;63(828):24-27.
6. Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2020;1866(4):165260.
7. Tu WJ, Wang LD, Special Writing Group of China Stroke Surveillance R. China stroke surveillance report 2021. Mil Med Res. 2023;10(1):33.
8. Mai DT, Dao XC, Luong NK, Nguyen TK, Nguyen HT, Nguyen TN. Current State of Stroke Care in Vietnam. Stroke: Vascular and Interventional Neurology. 2022;2(2):1-10.
9. Feinberg WM. Primary and secondary stroke prevention. Current opinion in neurology. 1996;9(1):46-52.
10. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45(12):3754-3832.
11. Saver JL. Time is brain--quantified. Stroke. 2006;37(1):263-266.
12. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418.
13. Xuân Thị Thu Hương. Nghiên cứu nhận thức của người nhà bệnh nhân về đột quỵ não, sự khác biệt thông qua giáo dục. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2022;17(Số đặc biệt):169-177.
14. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ. 2016;94(9):634.
15. Jones SP, Jenkinson AJ, Leathley MJ, Watkins CL. Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. Age Ageing. 2010;39(1):11-22.
16. Đoàn Phước Thuộc, Nguyễn Thị Hường, Lê Chuyển, Nguyễn Thị Phương Thảo. Mức độ nguy cơ đột quỵ và một số yếu tố liên quan đến mức độ nguy cơ cao của người dân

- tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp chí Y học thực hành. 2019;4:107-112.
17. Nguyen Hoai Thu, Vu Van Dau. Kiến thức về phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Gia Lộc, tỉnh Hải Dương năm 2023. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2024;7(1):1-10.
18. Nguyễn Phương Thúy, Trần Văn Tuấn, Tạ Thị Hiền, Nguyễn Thị Khánh. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về đột quỵ não của bệnh nhân và người chăm sóc tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;519(Số đặc biệt):122-129.
19. Chen X, Zhao X, Xu F, Guo M, Yang Y, Zhong L, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing FAST and BEFAST in Acute Stroke Patients. *Frontiers in neurology*. 2021;12:765069.
20. Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Trần Văn Tuấn, Lê Thị Quyên, Món Thị Uyên Hồng, Bùi Thị Huyền. Kiến thức, thái độ và thực hành của người cao tuổi về dự phòng đột quỵ não tại Thái Nguyên. Tạp chí thần kinh học Việt Nam. 2024(41):32-40.
21. Lưu Quang Minh, Nguyễn Quốc Tuấn, Nguyễn Đức Ninh. Khảo sát một số hiểu biết về yếu tố nguy cơ, triệu chứng và sơ cứu của thân nhân bệnh nhân đột quỵ não cấp. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2020;15(1):9-14.
22. Hà Thị Thanh Trang. Mô tả các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não của bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;31(Phụ bản):122-130.
23. Liang J, Luo C, Ke S, Tung TH. Stroke related knowledge, prevention practices and associated factors among stroke patients in Taizhou, China. *Preventive medicine reports*. 2023;35:102340.
24. Hoàng Thị Minh Thái, Lô Thị Ngọc Vân. Kiến thức dự phòng đột quỵ não của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An năm 2024. Tạp chí Y học cộng đồng. 2024; 66(1):27-32.
25. Obembe AO, Olaogun MO, Bamikole AA, Komolafe MA, Odetunde MO. Awareness of risk factors and warning signs of stroke in a Nigeria university. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(4):749-758.
26. Heemskerk JL, Domingo RA, Tawk RG, Vivas-Buitrago TG, Huang JF, Rogers A, et al. Time Is Brain: Prehospital Emergency Medical Services Response Times for Suspected Stroke and Effects of Prehospital Interventions. *Mayo Clinic proceedings*. 2021;96(6):1446-1457.
27. Phạm Tiến Tuyên, Nguyễn Thúy Linh, Đỗ Thị Tuyết, Chủ Thị Thanh Thảo, Phạm Thu Thủy, Nguyễn Thị Thủy. Nhận thức yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo đột quỵ não của người chăm sóc bệnh nhân. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2022:183-190.
28. Trương Tuấn Anh. Thực trạng kiến thức, thực hành dự phòng đột quỵ của người dân tại cộng đồng tỉnh Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;552 (1):1-10.
29. Calderaro M, Salles IC, Gouvêa GB, Monteiro VS, Mansur AP, Shinohara HNI, et al. The lack of knowledge on acute stroke in Brazil: A cross-sectional study with children, adolescents, and adults from public schools. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2022;77:100052.
30. Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, Brott T, Tuchfarber A, Miller R, et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *Jama*. 1998;279(16):1288-1292.
31. Stroebel N, Müller-Riemenschneider F, Nolte CH, Müller-Nordhorn J, Bockelbrink A, Willich SN. Knowledge of risk factors, and warning signs of stroke: a systematic review from a gender perspective. *Int J Stroke*. 2011;6(1):60-66.
32. Wanichanon W, Ananchaisarp T, Buathong N, Choomalee K. Knowledge and attitude towards stroke among the population of one rural community in southern Thailand: a survey. *BMJ open*. 2024;14(2):e080269.
33. Meira F, Magalhães D, da Silva LS, Mendonça ESAC, Silva GS. Knowledge about Stroke in Belo Horizonte, Brazil: A Community-Based Study Using an Innovative Video Approach. *Cerebrovascular diseases extra*. 2018;8(2):60-69.