

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Hà Thị Thanh Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Quyên<sup>1</sup>

Received Date: 10/10/2023; Revised Date: 03/01/2024; Accepted for Publication: 10/01/2024

### TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một trong tám nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu. Dự báo đến năm 2025, tỷ lệ tăng huyết áp trên Thế giới sẽ tăng lên khoảng 60%, đạt 1,56 tỷ người trưởng thành. Tăng huyết áp là một bệnh thầm lặng nhưng gây ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt tăng huyết áp đã có biến chứng tại các hệ cơ quan. Chất lượng cuộc sống của những người bị tăng huyết áp bị ảnh hưởng bởi các vấn đề liên quan đến sự tồn tại và bản chất mãn tính của bệnh tăng huyết áp, tác động tiêu cực của bệnh đối với sức khỏe thể chất, tinh cảm. Mục tiêu: Xác định chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 209 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp. Kết quả: 44% đối tượng nghiên cứu tự đánh giá có chất lượng cuộc sống trung bình, 20,1% đối tượng nghiên cứu tự đánh giá có chất lượng cuộc sống kém. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp là  $54,97 \pm 13,08$ . Điểm chất lượng cuộc sống cao nhất ở lĩnh vực quan hệ xã hội với  $59,77 \pm 13,15$  điểm, thấp nhất thuộc lĩnh vực sức khỏe thể chất với  $52,86 \pm 16,26$  điểm. Kết luận: Đa số bệnh nhân tăng huyết áp có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp là  $54,97 \pm 13,08$ . Điểm chất lượng cuộc sống cao nhất ở lĩnh vực quan hệ xã hội với  $59,77 \pm 13,15$  điểm, thấp nhất thuộc lĩnh vực sức khỏe thể chất với  $52,86 \pm 16,26$  điểm. Các nhân viên chăm sóc sức khỏe, nhân viên y tế cần có các giải pháp thích hợp nhằm cải thiện, nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp.

**Từ khóa:** chất lượng cuộc sống, tăng huyết áp.

### 1. MỞ ĐẦU

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh tim mạch và ngày càng trở nên phổ biến trên toàn cầu (Yin R, et al.2022).

THA là nguyên nhân chính gây tử vong sớm trên toàn thế giới (World Health Organization, 2023). Trên toàn cầu, THA là nguyên nhân gây ra 7,5 triệu ca tử vong, chiếm khoảng 12,8% tổng số ca tử vong (World Health Organization, 2023). Dự báo đến năm 2025, tỷ lệ THA trên Thế giới sẽ tăng lên 29% (Pandey N, 2022). Theo báo cáo của Hội tim mạch học Việt Nam, cùng với sự gia tăng của tốc độ già hóa dân số thì tỷ lệ người dân Việt Nam bị THA đang ở mức báo động với tỷ lệ khoảng 48% dân số (Hội tim mạch học Việt Nam, 2016). Trong những năm gần đây, chất lượng cuộc sống (CLCS) ngày càng được quan tâm. Đo lường CLCS không những đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá tác động của bệnh tật tới tình trạng bệnh nhân (BN) mà còn cung cấp những thông tin có giá trị giúp lựa chọn can thiệp phù hợp, tăng tỷ lệ tuân thủ và cải thiện hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. CLCS là một chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị tăng huyết áp (Ninh Thi Ha, et al. 2014). THA là một bệnh thầm lặng nhưng gây ảnh hưởng lớn tới CLCS của người

bệnh, đặc biệt THA đã có biến chứng tại các hệ cơ quan. CLCS của những người bị tăng huyết áp bị ảnh hưởng bởi các vấn đề liên quan đến sự tồn tại và bản chất mãn tính của bệnh tăng huyết áp, tác động tiêu cực của bệnh đối với sức khỏe thể chất, tinh cảm (Chin Y.R., et al. 2014). Một số nghiên cứu về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp cho thấy CLCS thấp. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Hồng Nhung tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp là chưa tốt, có 5/8 lĩnh vực có điểm số dưới trung bình ở lĩnh vực hoạt động thể chất, sự giới hạn vai trò do sức khỏe thể chất, tình hình sức khỏe chung, sự giới hạn vai trò do các vấn đề về tinh thần, năng lượng sống (Vũ Thị Hồng Nhung, cộng sự, 2020). Tương tự, nghiên cứu CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp tại nông thôn Việt Nam cũng cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân THA ở mức trung bình ở tất cả các lĩnh vực và lĩnh vực tâm lý là thấp nhất (Ninh Thi Ha, et al. 2014). Một nghiên cứu hệ thống được thực hiện trên 20 nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân tăng huyết áp có chỉ số CLCS thấp hơn so với đối tượng không bị tăng huyết áp (Trevisol D.J., et al. 2011). CLCS thấp cũng làm tăng tỷ lệ nhập viện, giảm thu nhập, mối quan hệ xã hội của bệnh nhân, gia tăng các vấn

<sup>1</sup>Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên;

Tác giả liên hệ: Hà Thị Thanh Trang; ĐT: 0359175827; Email: htttrang@ttn.edu.vn.

đề tâm lý và khuyết tật thể chất (Brouwer WBF, 2005). Vì vậy, hiểu và đánh giá khách quan CLCS trên bệnh nhân tăng huyết áp là điều cần thiết để nhà quản lý sức khỏe xây dựng và thực hiện các biện pháp hỗ trợ và chăm sóc bệnh nhân cụ thể. Trên Thế giới vấn đề CLCS nhận được nhiều sự quan tâm, trong khi đó những nghiên cứu trong nước liên quan đến CLCS ở bệnh nhân THA còn hạn chế. Hơn thế nữa, vấn đề CLCS trên bệnh nhân tăng huyết áp vẫn chưa được nghiên cứu tại khu vực Tây Nguyên. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm khảo sát CLCS ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên. Từ đó, kết quả nghiên cứu sẽ hỗ trợ việc định hướng chăm sóc của điều dưỡng và thực hiện các biện pháp can thiệp góp phần cải thiện CLCS cho bệnh nhân trong bệnh viện.

## 2. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Nội dung nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang (n = 209) nghiên cứu trên bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị nội trú tại Khoa Lão, Khoa Nội Tổng Hợp và Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống và điểm chất lượng cuộc sống ở các lĩnh vực sức khỏe thể chất, lĩnh vực tâm lý, lĩnh vực quan hệ xã hội và lĩnh vực môi trường ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại bệnh viện.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán THA theo Hội tim mạch Việt Nam (Hội tim mạch Việt Nam, 2018) đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên, đủ khả năng nhận thức và giao tiếp, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán THA theo Hội tim mạch Việt Nam: khi đo huyết áp phòng khám có huyết áp tâm thu (HATT)  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr)  $\geq 90$ mmHg (Hội tim mạch Việt Nam, 2018).

Tiêu chuẩn loại ra: bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn (đột quỵ,...), bệnh nhân có tình trạng bệnh diễn tiến nặng.

### 2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Lão, Khoa Nội Tổng Hợp và Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2023.

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang.

**2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu**

Công thức tính: theo công thức tính cỡ mẫu trung bình.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{(\bar{X} \cdot \varepsilon)^2}$$

Dựa vào kết quả nghiên cứu của tác giả Farbod Ebadi Fard Azar, điểm trung bình CLCS lĩnh vực thể chất là 52,82; độ lệch chuẩn  $s = 18,49$ ; điểm trung bình CLCS lĩnh vực tinh thần 50,26; độ lệch chuẩn  $s = 15,08$ ; điểm trung bình CLCS lĩnh vực xã hội 48,33; độ lệch chuẩn  $s = 7,25$ ; điểm trung bình CLCS lĩnh vực môi trường 46,1 độ lệch chuẩn  $s = 18,44$  (Azar FEF, et al. 2020) và  $\varepsilon = 0,05$ ,  $Z = 1,96$ . Chúng ta có thể áp dụng công thức tính cỡ mẫu trung bình để ước tính cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu theo các lĩnh vực CLCS như sau:

+ Lĩnh vực thể chất:  $n = 188$

+ Lĩnh vực tinh thần:  $n = 138$

+ Lĩnh vực xã hội:  $n = 34$

+ Lĩnh vực môi trường:  $n = 245$

Trong đề tài này chúng tôi quan tâm nhất đến lĩnh vực thể chất nên chúng tôi lấy cỡ mẫu  $n = 188$ , 10% đã được thêm vào để loại trừ bệnh nhân từ chối. Tổng kích thước mẫu là 209 người.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tiếp cho đến khi đủ mẫu.

### 2.6. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn.

Biến số phụ thuộc của nghiên cứu gồm 4 biến số. Dùng để đánh giá CLCS của bệnh nhân gồm lĩnh vực sức khỏe thể chất, lĩnh vực tâm lý, lĩnh vực quan hệ xã hội và lĩnh vực môi trường.

### 2.7. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

**Công cụ thu thập thông tin:** Bảng câu hỏi về chất lượng cuộc sống của WHOQoL-BREF- 26 mục bao gồm bốn lĩnh vực. Đó là sức khỏe thể chất (7 mục), sức khỏe tâm lý (6 mục), các mối quan hệ xã hội (3 mục) và sức khỏe môi trường (8 mục) và hai mục là nhận thức chung về CLCS và nhận thức về chung về sức khỏe. Mỗi mục được cho điểm từ 1 đến 5 trên thang Likert (World Health Organization, 1996).

**Cách đánh giá:** Điểm CLCS được tính bằng điểm trung bình cộng của 4 lĩnh vực thể chất, tâm thần, quan hệ xã hội và môi trường, kết quả sẽ được quy đổi sang thang đo 100 theo bảng quy ước, điểm càng cao phản ánh CLCS càng cao và ngược lại. Phân mức CLCS thấp, trung bình và cao dựa trên điểm cắt phần trăm thứ 33,3 và 66,7 của khoảng dao động điểm CLCS (Min S.K, et al.

2002):

WHOQOL-BREF < 33,3: CLCS thấp

33,3 ≤ WHOQOL-BREF ≤ 66,7: CLCS trung bình

WHOQOL-BREF > 66,7: CLCS cao

**Phương pháp thu thập thông tin:** Chúng tôi phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn. Trong quá trình phỏng vấn, luôn tạo ra sự thân thiện, cởi mở, chân

thành để bệnh nhân có thể giao tiếp một cách thoải mái nhất. Tất cả những thông tin mà bệnh nhân trả lời đều được chúng tôi lắng nghe và ghi chép đầy đủ vào bảng thu thập số liệu đã soạn sẵn.

### 2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phương pháp thống kê mô tả, thống kê phân tích của phần mềm thống kê SPSS 20.0.

## 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=209)**

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	99	47,4
	Nữ	110	52,6
Nhóm tuổi Mean =63,92. SD= ± 13,50	<45	20	9,5
	45 - 54	22	10,5
	55 - 64	58	27,8
	65	109	52,2
Trình độ học vấn	< THPT	136	65,1
	Từ THPT trở lên	73	34,9
Nghề nghiệp	Khác	67	32,1
	Nông dân	142	67,9
Dân tộc	Kinh	164	78,5
	Khác	45	21,5
Nơi cư trú	Thành thị	70	33,5
	Nông thôn	139	66,5
Thời gian tăng huyết áp	< 1 năm	13	6,3
	1 - < 5 năm	68	32,5
	5 - < 10 năm	73	34,9
	≥ 10 năm	55	26,3

Đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình (63,92 ± 13,5) cao, đa số đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 52,6%, chủ yếu là nông dân chiếm 67,9%. Đối tượng nghiên cứu sống chủ yếu ở nông thôn chiếm 66,5%, đa số là dân tộc Kinh chiếm

78,5%. Thời gian bị tăng huyết áp chủ yếu là từ 5 đến < 10 năm chiếm 34,9%.

### 3.2. Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Kết quả tự đánh giá chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng sức khỏe bản thân của đối tượng nghiên cứu (n=209)**

	Tự đánh giá	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chất lượng cuộc sống	Kém	42	20,1
	Trung bình	92	44
	Tốt	75	35,9
Mức độ hài lòng về tình trạng sức khỏe của bản thân	Rất không hài lòng	1	0,5
	Không hài lòng	79	37,8
	Chấp nhận được	101	48,3
	Hài lòng	128	13,4

Trong nghiên cứu này có 42 người (20,1%) tự đánh giá chất lượng cuộc sống kém. Kết quả của

chúng tôi có khả quan hơn nghiên cứu của Kidist Amud (Kidist Amud, et al. 2022). Trong nghiên

cứu này, 79 người (37,8%) không hài lòng về tình trạng sức khỏe của bản thân. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu ở Ethiopia (Kidist Adamu, et al. 2022). Lý giải sự chênh lệch này có thể do sự khác nhau về điều kiện kinh tế, văn hóa xã hội, mức độ hài lòng với cơ sở hạ tầng và dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa các quốc gia. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu trên Thế giới cũng báo cáo rằng CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp thấp hơn

CLCS cùng những người không bị tăng huyết áp (Saleem F, et al. 2014). Một nghiên cứu khác cho thấy tăng huyết áp có liên quan đến tăng nguy cơ có CLCS tồi tệ hơn (Ogunlana MO, et al. 2009). Thêm vào đó, bản chất của bệnh và những biến chứng nặng nề của bệnh gây căng thẳng và ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế và xã hội của bệnh nhân.

**Bảng 3. Phân loại điểm chất lượng cuộc sống (n=209)**

Phân mức CLCS	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thấp	9	4,3
Trung bình	147	70,3
Tốt	53	25,4

Kết quả tại Bảng 3 cho thấy, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp ở mức thấp chiếm 4,3%. Điều này là một dấu hiệu khả quan trong công tác chăm sóc sức khỏe ở bệnh nhân tăng huyết áp. Tuy nhiên đa số bệnh nhân có CLCS trung bình chiếm 70,3%. Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp là

chưa tốt, có 5/8 lĩnh vực có điểm số dưới trung bình (Vũ Thị Hồng Nhung, cộng sự, 2020). Điều này có thể lý giải do tăng huyết áp gây ra những hạn chế nghiêm trọng về chế độ ăn uống, thay đổi hoạt động hàng ngày và hoạt động giải trí, gây căng thẳng cao cho người bệnh, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (Heidarzadeh M, et al. 2015).

**Bảng 4. Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu (n=209)**

Lĩnh vực CLCS	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Dao động (Min-Max)
Sức khỏe thể chất	52,86 ± 16,26	19 - 94
Tâm lý	52,90 ± 15,65	19 - 81
Quan hệ xã hội	59,77 ± 13,15	25 - 75
Môi trường	54,33 ± 13,26	31 - 81
<b>Điểm trung bình CLCS</b>	<b>54,97 ± 13,08</b>	<b>28,25 - 81,25</b>

Trong các lĩnh vực CLCS thì lĩnh vực sức khỏe thể chất là thấp nhất (52,86 ± 16,26). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Ethiopia (Kidist Adamu, et al. 2022), nghiên cứu tại Nigeria (Adedapo AD, et al.2015). Điều này có thể lý giải là do đối tượng của nghiên cứu này có độ tuổi trung bình cao 63,92 ± 13,50. Khi con người già đi, thị giác và thính giác sẽ suy giảm, sức mạnh và chức năng cơ xương suy yếu và chức năng miễn dịch bị tổn hại. Với tuổi tác ngày càng tăng, mọi người có nhiều khả năng mắc nhiều bệnh hơn, điều này có tác động đáng kể đến CLCS, tác động lớn hơn khi cộng gộp của các tình trạng cá nhân (Viola AP, et al. 2013). Ngược lại, nghiên cứu của Azar và cộng sự, điểm CLCS lĩnh vực quan hệ xã hội là thấp nhất trong các lĩnh vực (46,1 ± 18,44) (Azar FEF, et al. 2020). Điểm trung bình CLCS lĩnh vực tâm lý của nghiên cứu này lại tương đồng với nghiên cứu thực hiện ở Ethiopia (Kidist Adamu, et al. 2022), nghiên cứu của Ninh Thị Hà và cộng sự (Ninh Thị Hà, et al.2014). Điểm trung bình CLCS lĩnh vực

tâm lý các nghiên cứu này đều thấp. Điều này phản ánh sức khỏe tâm lý của đối tượng nghiên cứu rằng có thể họ cảm thấy ít tích cực hơn về cuộc sống; khả năng tư duy, học tập, trí nhớ và sự tập trung không tốt và lòng tự trọng kém (Ninh Thị Hà, et al. 2014) .

Trong nghiên cứu này, CLCS ở lĩnh vực quan hệ xã hội có điểm cao nhất 59,77 ± 13,15 điểm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ninh Thị Hà (Ninh Thị Hà, et al. 2014), nghiên cứu tại Brazil (Melchioris AC, et al.2010), nghiên cứu của Nigeria (Adedapo AD, et al. 2015), nghiên cứu tại Ethiopia (Kidist Adamu, et al. 2022). Điều này phản ánh mối quan hệ tốt giữa các cá nhân, sự hỗ trợ, chia sẻ từ gia đình, bạn bè.

Kết quả tại Bảng 4 cho thấy, điểm lĩnh vực CLCS môi trường cao hơn trong nghiên cứu của Farbod Ebadi Fard Azar (46,1 ± 18,44) (Azar FEF, et al. 2020).

Trong nghiên cứu này, điểm trung bình của tất cả các lĩnh vực chất lượng cuộc sống liên quan đến



sức khỏe của bệnh nhân tăng huyết áp ( $54,97 \pm 13,08$ ) thấp hơn so với nghiên cứu được thực hiện ở Brazil (Melchioris AC, et al. 2010), nghiên cứu ở Nigeria (Adedapo AD, et al. 2015). Tuy nhiên điểm trung bình CLCS của nghiên cứu này khá quan hơn nghiên cứu của Farbod Ebadi Fard Azar ( $49,60 \pm 18,44$ ) (Azar FEF, et al. 2020). Sự khác biệt này kết quả nghiên cứu ở các quốc gia có thể là do sự khác biệt lớn về kinh tế xã hội giữa các quốc gia, mức độ hài lòng với cơ sở hạ tầng và dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở các quốc gia và một số khía cạnh khác trong cuộc sống. Tuy điểm trung bình CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp còn khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng nhìn chung điểm CLCS còn thấp. Điều này càng nhấn mạnh rằng CLCS của bệnh nhân tăng huyết áp bị giảm do những tác động của bệnh. Vì vậy, chuyên gia y tế,

chính phủ, các tổ chức phi chính phủ và cộng đồng phải quan tâm nhiều hơn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và có các biện pháp phù hợp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp.

#### 4. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân tăng huyết áp có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (70,3%). Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp là  $54,97 \pm 13,08$ . Điểm chất lượng cuộc sống cao nhất ở lĩnh vực quan hệ xã hội với  $59,77 \pm 13,15$  điểm, thấp nhất thuộc lĩnh vực sức khỏe thể chất với  $52,86 \pm 16,26$  điểm. Vì vậy, các nhân viên chăm sóc sức khỏe, nhân viên y tế cần có các giải pháp thích hợp nhằm cải thiện, nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp.

## QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSION PATIENTS RECEIVED INPATIENT TREATMENT AT THE CENTRAL HIGHLANDS REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Ha Thi Thanh Trang<sup>1</sup>, Nguyen Thi Kim Quyen<sup>1</sup>

Received Date: 10/10/2023; Revised Date: 03/01/2024; Accepted for Publication: 10/01/2024

### ABSTRACT

**Background:** Hypertension is one of the eight leading causes of disability and death globally. It is forecasted that by 2025, the rate of hypertension in the world will increase to about 60%, reaching 1.56 billion adults. Hypertension is a silent disease but greatly affects the quality of life of patients, especially hypertension has complications in the organ systems. The quality of life of people with hypertension is affected by problems related to the persistence and chronic nature of hypertension, the negative impact of the disease on physical and emotional health. **Objective:** Determine the quality of life of inpatient hypertension patients at the Central Highlands Regional General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 209 adults aged 18 years and older with a diagnosis of hypertension. **Results:** 44% of research subjects self-assessed their quality of life as average, 20.1% of research subjects self-assessed their quality of life as poor. The mean score of quality of life of hypertensive patients was  $54.97 \pm 13.08$ . The highest quality of life score was in the field of social relations with  $59.77 \pm 13.15$  points, the lowest in the field of physical health with  $52.86 \pm 16.26$  points. **Conclusion:** Most hypertensive patients have an average quality of life. The mean score of quality of life of hypertensive patients was  $54.97 \pm 13.08$ . The highest quality of life score was in the field of social relations with  $59.77 \pm 13.15$  points, the lowest in the field of physical health with  $52.86 \pm 16.26$  points. Healthcare workers and medical staff need appropriate solutions to improve and enhance the quality of life in hypertensive patients.

**Keywords:** *quality of life, hypertension.*

<sup>1</sup>Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University;

Corresponding author: Ha Thi Thanh Trang; Tel: 0359175827; Email: htttrang@ttn.edu.vn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tài liệu tiếng Việt

Hội tim mạch học Việt Nam (2016). Báo động: hơn 5.000 người Việt Nam mắc bệnh tăng huyết áp, <http://www.vnha.org.vn/detail.asp?id=219#>., truy cập 01/6/2023.

Hội tim mạch học Việt Nam (2018), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, tr. 1 - 56.

Vũ Thị Hồng Nhung, Vũ Văn Thành, cộng sự (2020). “Thực trạng chất lượng cuộc sống 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 2018”, Khoa học Điều dưỡng, Số 02, tr. 57-62.

### Tài liệu tiếng nước ngoài

Adedapo AD, Akunne OO, Adedokun BO (2015). “Comparative assessment of determinants of health-related quality of life in hypertensive patients and normal population in south-west Nigeria”, *Int J Clin Pharmacol Ther*, 53(3), pp. 265-271.

Azar FEF, Solhi M, Chabaksva F (2020). “Investigation of the quality of life of patients with hypertension in health centers”, *J Educ Health Promot*, 9, pp. 185.

Brouwer WBF, Meerding W, Lamers LM, Severens JL (2005), “The Relationship between Productivity and Health-Related QOL”, *An Exploration*, 23, pp. 209–218.

Chin Y.R., Lee I.S., H.Y. L (2014). “Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey”, *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 8(4), pp. 267-273.

Heidarzadeh M, Ghanavati A, Pashaie A, Kolahdoozipour J, et al (2015). “Quality of life in congestive heart failure patients: Comparing with other groups”, *Iran J Nurs Res*, 10, pp. 54–62.

Kidist Adamu, Amsalu Feleke, Amare Muche, et al (2022). “Health related quality of life among adult hypertensive patients on treatment in Dessie City, Northeast Ethiopia”, *PLoS ONE* 17(9), pp. e0268150.

Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, De Oliveira De Souza Santos F, et al (2010). “Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil”, *Arq Bras Cardiol*, 94, pp. 357–364.

Min S.K, K.I. Kim, C.I. Lee, et al (2002). “Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF”, *Quality of Life Research*, 11, pp. 593–600.

Ninh Thi Ha, et al (2014). “Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community”, *BMC Public Health*, 14, pp. 833.

Ogunlana MO, Adedokun B, Dairo MD (2009). “Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria”, *BMC Cardiovasc Disord*, 8, pp. 1–8.

Pandey N. (2022). “The Lifestyle of Hypertensive People and its Health Effects”, *Madhyabindu J*, 7, p.55–65.

Saleem F, Hons BP, Pharm MP, Hrm MBA, et al (2014). “A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan”, *Health Expect*, 17(3), pp. 388-395.

Trevisol DJ, et al (2011). “Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies”, *J Hypertens*, 29(2), pp. 179-188.

Viola AP, Takamiya AS, Monteiro DR, Barbosa DB (2013). “Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil”, *J Prosthodont Res*, 57, pp. 36–41.

Yin R, Yin L, Li L, et al (2022). “Hypertension in China: burdens, guidelines and policy responses: a state-of-the-art review”, *J Hum Hypertens*, 36(2), pp. 126-134

World Health Organization (1996). “WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment”, *Health Quality Life Outcomes*, pp. 4-18.

WorldHealthOrganization(2023).“Hypertension”,<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, accessed to 2<sup>nd</sup> January, 2024.

World Health Organization, (2023). “Blood pressure/hypertension”, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3155>, accessed to 2<sup>nd</sup> January, 2024.