

DOI: 10.59715/pntjmp.1.1.26

# Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện và các yếu tố liên quan ở người trung niên và người cao tuổi Việt Nam có nguy cơ đột quỵ cao

Hồ Như Loan<sup>1</sup>, Wang Jing Jy<sup>2</sup>, Đặng Trần Ngọc Thanh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Việt Nam.

<sup>2</sup>Trường Đại học Quốc gia Cheng Kung, Đài Loan.

## Tóm tắt

**Tổng quan chung:** Giảm thiểu thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện để được can thiệp thích hợp nhằm giảm biến chứng và ngăn ngừa tử vong do đột quỵ cấp tính. Mặc dù tỷ lệ mắc đột quỵ tăng theo tuổi tác, đặc biệt ở người cao tuổi, nhưng độ tuổi trung bình mắc bệnh đột quỵ đang ngày càng trẻ hóa ở Việt Nam. Việc xác định ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện và các yếu tố liên quan của hai nhóm tuổi nêu trên là rất quan trọng.

**Mục tiêu:** Tìm hiểu ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện, xem xét các mối quan hệ giữa ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện và các biến nhân khẩu học, và xác định các yếu tố nhân khẩu học liên quan đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện.

**Phương pháp:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành vào tháng 6 năm 2020. 90 người tham gia có nguy cơ đột quỵ cao đã được chọn từ Bệnh viện Quận 2. Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện được đánh giá theo thang điểm Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của bệnh Đột quỵ (SPDBI). Phân tích dữ liệu bao gồm phân tích dữ liệu mô tả, tương quan Spearman, và hồi quy tuyến tính.

**Kết quả:** Điểm trung bình SPDBI là 72.38 (SD = 16.13). Các yếu tố liên quan đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của bệnh đột quỵ, gồm tuổi ( $r = -0.30, p < 0.01$ ), bệnh kèm theo ( $r = 0.27, p < 0.01$ ), nơi cư trú ( $r = -0.25, p = 0.01$ ), thu nhập cá nhân hàng tháng ( $r = -0.32, p < 0.01$ ), và trình độ văn hóa ( $r = -0.37, p < 0.01$ ). Trình độ học vấn và bệnh kèm theo được xem là những yếu tố tiên đoán cho ý định trì hoãn hành vi trước bệnh viện.

**Kết luận:** Điểm trung bình của SPDBI tương đối cao và số người mắc đột quỵ tại nước ta vẫn có chiều hướng gia tăng, vì vậy hệ thống giáo dục y tế và hệ thống cấp cứu cần được phát triển.

**Từ khóa:** Trì hoãn trước bệnh viện, ý định hành vi, người trung niên, người cao tuổi, nguy cơ đột quỵ cao

**Ngày nhận bài:**

15/12/2021

**Ngày phản biện:**

10/01/2022

**Ngày đăng bài:**

20/01/2022

**Tác giả liên hệ:**

Hồ Như Loan

**Email:**

nhuloan2706@gmail.com

**ĐT:** 0938136276

## Abstract

### Pre-Hospital delay behavior intention and related factors among Vietnamese middle-age and older adults with high risk of stroke

**Background:** Decreasing the time from symptom onset to arrival of a hospital to receive appropriate intervention is an important approach to reduce severe complication of cerebral circulation and prevent death from acute stroke. Although the incidence of stroke increases with age - older adults, the average age of stroke victims

is getting younger in Vietnam, especially middle-age adults who are at productive phase of life which need special attention. Therefore, to determine pre-hospital delay behavior intention and identify factors associated with pre-hospital delay behavior intention among these two groups of people are critical.

**Aims:** The purposes of this study are to explore stroke pre-hospital delay behavior intention, to examine the relationships between stroke pre-hospital delay behavior intention and demographic variables, and to determine factors associated with pre-hospital delay behavior intention among Vietnamese middle-age and older adults with high risk of stroke.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted in June 2020. A sample size of 90 patients having high risk of stroke was recruited from Hospital District 2, Ho Chi Minh City, Vietnam. Pre-hospital delay behavior intention was assessed by Stroke Pre-hospital Delay Behavior Intention (SPDBI) scale. Data analysis included descriptive data analysis, Spearman correlation, and Multiple linear regression.

**Results:** This study found that the mean SPDBI score was 72.38 (SD = 16.13). There were some factors correlated to stroke pre-hospital delay behavior intention, including age ( $r = -0.30$ ,  $p < 0.01$ ), comorbidities ( $r = 0.27$ ,  $p < 0.01$ ), habitual residence ( $r = -0.25$ ,  $p = 0.01$ ), personal monthly income ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.01$ ), educational level ( $r = -0.37$ ,  $p < 0.01$ ). Educational level and comorbidities were found to be the predicting factors to stroke pre-hospital delay behavior intention among this group of patients.

**Conclusion:** As the number of stroke victims still increases and the mean SPDBI score is relatively high, the health education system and the emergency medical system should be developed.

**Keywords:** Pre-hospital delay, behavior intention, middle-age, older adults, high risk of stroke.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là nguyên nhân gây tử vong thứ hai và gây tàn tật đứng hàng thứ ba trên toàn Thế giới [31]. Tỷ lệ tử vong do đột quy ở châu Á cao hơn ở Tây Âu, Châu Mỹ hoặc Châu Úc, ngoại trừ một số quốc gia khác như Nhật Bản [12]. Sự phát triển trong chăm sóc đột quy trong hai thập kỷ qua đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và hệ lụy do căn bệnh này gây ra ở những nước phát triển [3]. Ngược lại, tỷ lệ mắc đột quy và tỷ lệ tử vong do đột quy ở các nước đang phát triển lại tăng lên do hạn chế trong vấn đề quản lý y tế. Tại Việt Nam, tỷ lệ đột quy ngày càng gia tăng và trẻ hóa, số ca mắc hàng năm là 230.000 trường hợp [6].

Đột quy là bệnh lý phức tạp liên quan đến tuổi tác, gây tỷ lệ tử vong cao và tàn tật. Tỷ lệ mắc đột quy tăng gấp đôi trong mỗi thập kỷ sau 55 tuổi [25]. Hiện nay, tỷ lệ người ở tuổi trung niên mắc đột quy không giảm, thậm chí gia tăng [14]. Tỷ lệ người tuổi trung niên mắc đột quy ở Pakistan, Ấn Độ, Nga, Trung Quốc và Brazil cao hơn từ 5 đến 10 lần so với Anh hoặc Hoa

Kỳ [29]. Tại Việt Nam, người từ 40 đến 45 tuổi chiếm một phần ba trên tổng tỷ lệ mắc đột quy [6]. Vì vậy, đột quy không nên được coi là bệnh của người già.

Hậu quả của đột quy kéo theo gánh nặng lớn về kinh tế, chẳng hạn như chi phí điều trị cũng như tàn tật. Do đó, việc chẩn đoán đột quy hiệu quả và nhanh chóng là rất quan trọng, nó đòi hỏi phải xác định sớm các dấu hiệu cảnh báo cũng như các kỹ thuật chẩn đoán tiên tiến. Bất chấp những tiến bộ gần đây trong điều trị đột quy, người dân vẫn chưa hiểu rõ về đột quy, và rất ít bệnh nhân đột quy đến bệnh viện kịp thời để được điều trị [4]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá kiến thức về các dấu hiệu cảnh báo đột quy và ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của nhóm dân số có nguy cơ đột quy cao và đề xuất các biện pháp phù hợp.

Thời gian trì hoãn trước bệnh viện được định nghĩa là thời gian từ khi bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện [11]. Sự chậm trễ xảy ra vì nhiều lý do khác nhau, chẳng hạn, nhiều bệnh nhân và thân nhân không nghĩ rằng các triệu

chứng của họ là nghiêm trọng nên họ chờ đợi trước khi đi đến bệnh viện điều trị. Khi cơn đột quỵ trở nên nghiêm trọng, bệnh nhân không thể tự cầu cứu [27]. Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện kém có thể làm tăng thời gian trì hoãn nhập viện và làm giảm tiên lượng của các can thiệp cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

Khảo sát ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao tại Việt Nam.

Xem xét các mối liên hệ giữa ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện do bệnh đột quỵ và các biến nhân khẩu học.

Xác định yếu tố nhân khẩu học nào tác động đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao tại Việt Nam.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số mục tiêu là người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao đang điều trị bệnh tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh ngoại trú, Bệnh viện Quận 2 từ tháng 06 đến tháng 07 năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện đã được áp dụng để chọn những người tham gia với các tiêu chí bao gồm từ 40 tuổi trở lên và đã được chẩn đoán mắc bệnh tăng huyết áp. Những người tham gia bị từ chối, nếu họ là nhân viên y tế hoặc có tiền sử đột quỵ. Cỡ mẫu được ước tính dựa trên quy tắc “ít nhất 10 đến 15 đối tượng cho mỗi biến số” [10]. Do đó, nghiên cứu này yêu cầu 90 người tham gia với việc xem xét 6 biến số.

Phương pháp thu thập số liệu: Việc thu thập dữ liệu được thực hiện vào tháng 6 năm 2020. Nghiên cứu viên có được danh sách bệnh nhân đang điều trị bệnh tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh ngoại trú thông qua sự hỗ trợ của Trưởng Khoa, từ đó nghiên cứu viên xác định tính đủ điều kiện của các đối tượng tiềm năng và mời họ tham gia. Đối tượng tham gia nghiên cứu là

các tình nguyện viên. Họ đã ký vào đơn chấp thuận với nội dung được giải thích rõ ràng trước khi tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên đã tiến hành phỏng vấn trực tiếp tình nguyện viên trong 20 phút. Trong thời gian đó, nghiên cứu viên đã giải thích các câu chữ nếu đối tượng yêu cầu. Khi kết thúc, nhà nghiên cứu thu thập bảng câu hỏi và kiểm tra tính đầy đủ của bảng câu hỏi. Nhằm tri ân những tình nguyện viên đã tham gia nghiên cứu, họ được tặng một món quà thay lời cảm ơn.

Công cụ đo lường:

Nghiên cứu này đã sử dụng thang đo Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của bệnh Đột quỵ (SPDBI) [33]. Thang đo SPDBI được phát triển bởi Zhao và các cộng sự [33], với phiên bản gốc là ngôn ngữ Trung Quốc. SPDBI đo lường khả năng xảy ra hành vi trì hoãn trước bệnh viện của những người tham gia khi các triệu chứng đột quỵ xuất hiện. Thang đo SPDBI có 5 lĩnh vực và 27 mục, bao gồm Dấu hiệu cảnh báo đột quỵ (9 mục), Giải thích không điều trị (8 mục), Biểu hiện triệu chứng (4 mục), Cách phản ứng theo thói quen (3 mục) và Sử dụng hệ thống khẩn cấp (3 mục). Mỗi câu hỏi được cho điểm theo thang điểm Likert 5 điểm, từ 1 (rất nghiêm trọng hoặc không đồng ý) đến 5 (không có gì nghiêm trọng hoặc cực kỳ đồng ý). Tổng điểm được tính bằng cách cộng các điểm mục với nhau. Tổng điểm càng cao cho thấy khả năng bị chậm trễ trước bệnh viện càng lớn. Nghiên cứu thí điểm đã được thử nghiệm với người dân Trung Quốc, độ tin cậy được kiểm tra với Cronbach's alpha là 0.808 [33].

Bảng câu hỏi được xác nhận độ chuẩn xác bởi ba chuyên gia là điều dưỡng trưởng và hai giảng viên điều dưỡng tại Việt Nam. Kết quả của I-CVI trong nghiên cứu này là 0.98. Nghiên cứu thí điểm được thực hiện trên 30 người tham gia phù hợp tiêu chí. Trước khi thu thập dữ liệu, những người tham gia sẽ ký đơn chấp thuận và thông tin của họ hoàn toàn được giữ bí mật. Cronbach's alpha của nghiên cứu này là 0.74.

Phương pháp thống kê:

Tất cả dữ liệu trong nghiên cứu này được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 17.

Phân tích mô tả được sử dụng để mô tả các biến bao gồm trung bình và độ lệch chuẩn (SD) đối với dữ liệu liên tục, tần suất và tỷ lệ phần trăm đối với dữ liệu phân loại. Kiểm định phi tham số - Tương quan Spearman được áp dụng để kiểm tra mối quan hệ giữa ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện và các biến nhân khẩu học (tuổi, giới tính, bệnh kèm theo, nơi cư trú, thu nhập cá nhân và trình độ học vấn). Trước khi sử dụng tương quan Spearman, việc tạo biến giả được áp dụng cho các biến phân loại, bao gồm giới tính, bệnh kèm theo, nơi cư trú, thu nhập cá nhân và trình độ học vấn. Cuối cùng, nhà nghiên cứu đã sử dụng hồi quy tuyến tính để thu được các yếu tố dự đoán về ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của bệnh đột quỵ.

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức trong Nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch ngày 23/03/2020.

### 3. KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Trong số 90 người tham gia, có 50 người (55.6%) là nữ, 40 người (44.4%) là nam (SD = 0.5). Độ tuổi của những người tham gia dao động từ 42 đến 75 tuổi (M=59.01, SD=8.09). Tất cả những người tham gia đều được chẩn đoán là bị tăng huyết áp và hầu hết đều có ít nhất một bệnh kèm theo. 30% trong số họ không có bệnh kèm theo, tiếp theo là bệnh tiểu đường với 28.9%, bệnh mạch vành với 25.6% và cholesterol máu cao chỉ với 15.5% (SD = 1.20). 77.8% người tham gia sống ở thành phố lớn và 22.2% sống ở ngoại ô (SD = 0.41). Thu nhập hàng tháng của những người tham gia được chia thành bốn nhóm. Tỷ lệ người không có thu nhập cá nhân cao nhất với 40%, người có thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng thấp nhất chỉ 10% (SD = 1.14). 35.6% người tham gia có trình độ trung học phổ thông, trong khi 11.1% người tham gia có trình độ tiểu học (SD = 0.91) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu (N = 90)

	Tần số	Phần trăm (%)	Trung bình (SD)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tuổi			59.01 (8.09)	42	75
<b>Giới tính</b>					
Nam	40	44.4			
Nữ	50	55.6			
<b>Bệnh kèm theo</b>					
Không	27	30.0			
Đái tháo đường	26	28.9			
Bệnh mạch vành	23	25.6			
Cholesterol máu cao	14	15.5			
<b>Nơi cư trú</b>					
Thành phố	70	77.8			
Ngoại ô	20	22.2			
<b>Thu nhập hàng tháng (VND)</b>					
Không	36	40.0			
<5 triệu	14	15.6			
5-10 triệu	31	34.4			
>10 triệu	9	10.0			
<b>Trình độ học vấn</b>					
Tiểu học	10	11.1			
Trung học	31	34.4			
Trung học phổ thông	32	35.6			
Đại học	17	18.9			

Ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện của bệnh Đột quy (SPDBI):

Nhà nghiên cứu đã sử dụng các giá trị kurtosis và skewness để kiểm tra sự phân phối của tổng điểm SPDBI. Các giá trị skewness và kurtosis lần lượt là -0.08 and -1.23, nghĩa là dữ liệu không nằm trong phạm vi phân phối chuẩn. Tổng điểm SPDBI có trung bình là 72.38 (SD = 16.14), với số điểm dao động từ 44 đến 102. Điểm trung bình trong nghiên cứu này khá cao, điều này cho thấy những người tham gia có nhiều khả năng cao trì hoãn trước bệnh viện nếu đột quy xuất hiện. Hầu hết các miền phụ/lĩnh vực của SPDBI không được phân phối bình thường trên mỗi điểm miền, chẳng hạn như các dấu hiệu cảnh báo đột quy, biểu hiện triệu chứng, cách phản ứng theo thói quen và sử dụng hệ thống khẩn cấp, ngoại trừ giải thích không điều trị (độ lệch = 0.18, kurtosis = -0.57) (Bảng 2).

*Bảng 2.* Phân phối không chuẩn của ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện do Đột quy ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quy cao (N = 90)

	Trung bình (SD)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Skewness	Kurtosis
Dấu hiệu cảnh báo đột quy	26.49 (7.74)	13	40	.089	-1.46
Giải thích không điều trị	19.81 (5.25)	10	33	.18	-.57
Biểu hiện triệu chứng	11.49 (2.55)	6	17	.18	-.65
Nơi cư trú	8.37 (3.28)	3	14	-.19	-1.34
Sử dụng hệ thống khẩn cấp	6.22 (3.12)	3	12	.19	-1.59
SPDBI	72.38 (16.14)	44	102	-.08	-1.23

Mối liên hệ giữa SPDBI và các biến nhân khẩu học:

Tương quan Spearman chỉ ra rằng mối quan hệ giữa giá trị trung bình của điểm SPDBI và tuổi của người tham gia là có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nó là mối quan hệ nghịch chiều ( $r = -0.30, p < 0.01$ ). Mối quan hệ giữa điểm SPDBI và giới tính không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này ( $r = -0.18, p = 0.08$ ). Mối tương quan có ý nghĩa giữa điểm SPDBI và các bệnh kèm theo của những người tham gia cũng được xác định ( $r = 0.27, p < 0.01$ ). Có một mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm SPDBI và nơi cư trú ( $r = -0.25, p = 0.01$ ). Mối quan hệ giữa giá trị trung bình của điểm SPDBI và thu nhập cá nhân hàng tháng của người tham gia là có ý nghĩa thống kê ( $r = -0.32, p < 0.01$ ). Mối quan hệ có ý nghĩa thống kê được tìm thấy khi so sánh giữa trình độ học vấn và điểm trung bình của SPDBI ( $r = -0.37, p < 0.01$ ). (Bảng 3).

*Bảng 3.* Mối liên hệ giữa ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện và các yếu tố ở người trung niên trở lên có nguy cơ đột quy cao

Biến số		Tương quan SPDBI	
		r	Giá trị p
Tuổi		-0.30	**
<b>Giới tính</b>			
	Nam	-0.18	0.08
	Nữ		
<b>Bệnh kèm theo</b>			
	Không		
	Đái tháo đường	0.27	**
	Bệnh mạch vành	-0.03	0.76
	Cholesterol máu cao	-0.02	0.82

<b>Nơi cư trú</b>			
	Thành phố	-0.25	0.01*
	Ngoại ô		
<b>Thu nhập hàng tháng (VND)</b>			
	Không		
	<5 triệu	0.15	0.14
	5-10 triệu	-0.39	**
	>10 triệu	-0.32	**
<b>Trình độ học vấn</b>			
	Tiểu học	0.44	**
	Trung học	0.60	**
	Trung học phổ thông	-0.37	**
	Đại học		

\*\* Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.01 (2 đầu).

\* Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.05 (2 đầu).

Các yếu tố liên quan đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao:

Mô hình hồi quy đa tuyến tính có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ , R Square điều chỉnh = 0.33). Không có đa cộng tuyến trong quá trình phân tích hồi quy. Dựa theo bảng 4, hai biến số được tìm thấy có liên quan đáng kể đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện đó là bệnh kèm theo ( $B = 0.41$ ,  $p < 0.01$ ) và trình độ học vấn ( $B = -0.34$ ,  $p < 0.01$ ). Các biến khác trong mô hình, bao gồm tuổi, nơi cư trú và thu nhập hàng tháng không phải là những yếu tố dự báo quan trọng.

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa tuyến tính

	<b>B</b>	<b>Beta</b>	<b>T</b>	<b>Std Error of the Estimation</b>	<b>Giá trị P</b>
(Constant)	2.98		43.39	0.48	<0.001
Tuổi	-0.02	-0.32	-3.24		
Đái tháo đường-Cholesterol máu cao	0.41	0.31	2.89**		
Bệnh mạch vành-Cholesterol máu cao	-0.07	-0.05	-0.46		
Thành phố	-0.36	-0.25	-2.47		
5 - 10 triệu - > 10 triệu	-0.63	-0.51	-5.09		
< 5 triệu - > 10 triệu	0.17	0.11	1.03		
Trung học phổ thông-Tiểu học	-0.34	-0.27	-2.83**		
Trung học-Tiểu học	0.97	0.63	11.29**		

\*\* Đáng kể với giá trị p là 0.01

#### 4. BÀN LUẬN

SPDBI và 5 miền phụ/linh vực của SPDBI: Kết quả chỉ ra rằng ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện do đột quỵ ở nghiên cứu này

là cao. Vì thang điểm SPDBI không xác định điểm giới hạn nên thực sự rất khó để đưa ra kết luận chắc chắn. Tuy nhiên, điểm trung bình

của SPDBI trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu Thái Lan [30] và thấp hơn nghiên cứu Trung Quốc [33].

Các dấu hiệu cảnh báo đột quy là miền phụ có giá trị trung bình cao nhất trong số tất cả 5 miền phụ, cho thấy rằng các dấu hiệu cảnh báo thường bị người bệnh bỏ qua. Lý do cho kết quả này có thể là do trình độ hiểu biết về sức khỏe - có thể được định nghĩa là năng lực thu thập, xử lý và hiểu thông tin y tế cơ bản và các dịch vụ cần thiết để đưa ra các quyết định phù hợp về sức khỏe của cá nhân - của những người tham gia còn thấp. Theo kết quả của một nghiên cứu, Việt Nam được chứng minh là quốc gia có trình độ dân trí về sức khỏe thấp nhất trong số 6 quốc gia châu Á tham gia nghiên cứu [9], [8].

Giải thích không điều trị được xếp hạng thứ hai. Trong miền phụ này, câu trả lời được lựa chọn nhiều nhất là “chờ những người khác giúp đỡ”, tiếp theo là “lo lắng về tăng thêm gánh nặng cho gia đình” và “biện pháp chờ và xem”. Mellor và cộng sự [20] đã nhấn mạnh tầm quan trọng tích cực của người ngoài cuộc (thân nhân hoặc hàng xóm) trong các quyết định đưa bệnh nhân sớm đến bệnh viện. Mackintosh và cộng sự [18] cũng nhấn mạnh phạm vi và tầm quan trọng về nhận thức của bệnh nhân đối với các triệu chứng. Một số bệnh nhân bỏ qua các triệu chứng mới xuất hiện, với hy vọng rằng các triệu chứng này sẽ sớm “biến mất”.

Việc sử dụng hệ thống khẩn cấp có điểm số thấp nhất trong số 5 lĩnh vực phụ. Điều này có thể là do gần 80% số người tham gia nghiên cứu đến từ thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM), nơi hệ thống cấp cứu được mở rộng hơn. Trên thực tế, hệ thống cấp cứu y tế tại TP. HCM được Sở Y tế thành lập từ năm 2013. Hiện trung tâm cấp cứu 115 TP. HCM có 32 trạm vệ tinh đặt tại các bệnh viện. Theo thống kê của trung tâm cấp cứu 115 TP. HCM, số cuộc gọi đến trung tâm và số lượng bệnh nhân sử dụng dịch vụ này hàng năm đều tăng. Tuy nhiên, trung tâm cấp cứu 115 còn gặp nhiều khó khăn khi kết nối, trao đổi với các trạm/bệnh viện vệ tinh trong việc phối hợp, hỗ trợ chuyên môn, vận chuyển bệnh nhân.

Mối liên hệ giữa SPDBI và các biến nhân khẩu học:

Kết quả chỉ ra rằng các biến độc lập được tìm thấy có mối liên quan đáng kể với SPDBI

ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quy cao là tuổi tác, bệnh kèm theo, nơi cư trú, thu nhập hàng tháng và trình độ học vấn. Tuổi tác có mối tương quan đáng kể với ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện, phù hợp với các nghiên cứu trước đây [13], [17], [5]. Những nghiên cứu này được báo cáo rằng tuổi càng cao có nhiều khả năng đến bệnh viện sớm hơn những bệnh nhân trẻ tuổi hơn. Tuy nhiên, trong hầu hết các báo cáo khác, tuổi và giới tính không liên quan đến sự chậm trễ trước bệnh viện [30], [33], [32]. Giải thích cho điều này có thể là những bệnh nhân lớn tuổi có nhiều khả năng xem các triệu chứng đột quy là một trường hợp sức khỏe nguy cấp dựa trên kinh nghiệm trước đó. Một lời giải thích khác có thể là do thiếu kiến thức về đột quy ở lứa tuổi trẻ hơn. Những người trẻ tuổi hơn thường nghĩ rằng họ chưa đủ cao tuổi để mắc bệnh đột quy và các triệu chứng có thể sẽ sớm hồi phục nên đã chọn dùng thuốc tại nhà trước khi tìm kiếm sự can thiệp y tế tại bệnh viện. Họ không nghĩ đến việc tìm kiếm các dịch vụ y tế cho đến khi các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn [5].

Mối tương quan có ý nghĩa nghiên cứu giữa bệnh kèm theo và sự chậm trễ trước bệnh viện do đột quy được tìm thấy trong nghiên cứu này phù hợp với một nghiên cứu trước đó [2]. Tuy nhiên, điều này mâu thuẫn với vài kết quả từ các nghiên cứu trước đây [21], [19], [24]. Đái tháo đường là bệnh kèm theo có tương quan cao nhất. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân đái tháo đường hiểu sai các dấu hiệu cảnh báo đột quy là hạ đường huyết [15]. Bệnh nhân hiểu sai hoặc không chú ý đến mức độ nghiêm trọng đối với tình trạng của họ có thể khiến họ khó nhận ra giữa các triệu chứng đã có trước và các triệu chứng mới xuất hiện [2].

Có một mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa sự chậm trễ trước khi nhập viện do đột quy và những người sống ở khu vực thành phố hoặc khu vực ngoại ô, phù hợp với các nghiên cứu trước đây [1], [2], [33]. Điều này có thể là do sự khác biệt về mức độ đô thị hóa đã được thể hiện giữa thành phố và vùng ngoại ô, bao gồm mối tương quan của các đặc điểm xã hội học của người dân với nhu cầu sinh hoạt, các yếu

tổ nguy cơ và cách tiếp cận chăm sóc sức khỏe. Khu vực đô thị trong thành phố có xu hướng có nhiều lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe tính hơn, trong khi người dân ở vùng ngoại ô hoặc khu vực xa hơn thường sống xa các cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe [22].

Mối quan hệ đáng kể được tìm thấy giữa sự chậm trễ trước khi nhập viện do đột quỵ và thu nhập hàng tháng của cá nhân trong nghiên cứu hiện tại cũng phù hợp với nghiên cứu của Zhao và cộng sự [33] và mâu thuẫn với Ashraf và cộng sự [2]. Những người có thu nhập thấp hơn và mắc cùng lúc bốn bệnh mãn tính phổ biến trở lên có tỷ lệ mắc đột quỵ cao hơn [23]. Những người có nguồn lực kinh tế tốt (chẳng hạn như thu nhập) có thể dễ dàng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn.

Trình độ học vấn cao hơn cũng đóng một vai trò quan trọng và có liên quan đến việc giảm thiểu sự chậm trễ hơn, điều này đã được minh họa trong các nghiên cứu khác [2], [16], [5]. Kết quả này cũng mâu thuẫn với hai nghiên cứu khác [28], [30]. Giải thích kết quả của nghiên cứu này đối với trình độ học vấn, có thể là do mức độ kiến thức cao hơn sẽ thúc đẩy nhận thức tốt hơn từ đó phản ứng sớm với đột quỵ [7].

Các yếu tố liên quan đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao:

Theo kết quả của phân tích hồi quy tuyến tính, có mối liên quan đáng kể giữa ý định hành vi trì hoãn đột quỵ trước bệnh viện và hai biến độc lập, bao gồm bệnh kèm theo và trình độ học vấn. Kết quả tương tự cũng được thực hiện bởi Ashraf và cộng sự [2]. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của giáo dục. Giáo dục có hiệu quả và cần được điều chỉnh về mặt văn hóa và phương pháp phổ biến trong bối cảnh xã hội.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arulprakash, N., & Umaiorubahan, M. (2018). Causes of delayed arrival with acute ischemic stroke beyond the window period of thrombolysis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1248-

## 5. HẠN CHẾ

Có một số hạn chế trong nghiên cứu này. Đầu tiên, nghiên cứu này dựa trên khảo sát bảng câu hỏi một lần, rất khó để chỉ ra mối quan hệ giữa yếu tố nguy cơ và kết quả [26]. Ngoài ra, nhận thức của những người tham gia nghiên cứu có thể thay đổi do thời điểm quan trọng của đại dịch COVID-19 diễn ra trong thời gian thu thập dữ liệu. Thứ hai, tồn tại nhiều thành kiến cá nhân khác nhau, chẳng hạn như việc nhớ lại/suy nghĩ trả lời của người tham gia, hoặc do người phỏng vấn... Cuối cùng, dữ liệu được thu thập tại duy nhất một bệnh viện, điều này làm hạn chế tính tổng quát của kết quả đối với bệnh nhân nhập viện ở các trung tâm y tế khác của TP. HCM.

## 6. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả của nghiên cứu này cung cấp thông tin về ý định hành vi có nhiều khả năng dẫn đến trì hoãn nhập viện của đối tượng và các yếu tố liên quan đến ý định hành vi trì hoãn trước bệnh viện ở người trung niên và người cao tuổi có nguy cơ đột quỵ cao. Mặc dù những phát hiện có thể không mang tính khái quát đối với những người sống trong bối cảnh khác, nhưng nó có thể hữu ích cho những người sống tại Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

Một vài kiến nghị được đưa ra trong nghiên cứu này. Thứ nhất, việc phát triển hệ thống giáo dục sức khỏe từ bệnh viện đến cộng đồng, từ nội thành đến ngoại thành và các vùng xa hơn cho người có nguy cơ mắc đột quỵ cao có bệnh kèm theo và người chưa tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc có trình độ thấp hơn. Thứ hai, cần tiếp tục nâng cao hệ thống y tế khẩn cấp ngoài bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh cũng như phát triển hệ thống này ở ngoại thành. Cuối cùng, tầm quan trọng của hệ thống y tế khẩn cấp cũng cần được nhấn mạnh thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng.

1252. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc\_122\_18  
2. Ashraf, V. V., Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015b). Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian*

- Academy of Neurology, 18(2), 162-166. doi:10.4103/0972-2327.150627
3. Asplund, K., Eriksson, M., & Persson, O. (2012). Country comparisons of human stroke research since 2001: a bibliometric study. *Stroke*, 43(3), 830-837. doi:10.1161/strokeaha.111.637249
  4. Becker, K., Fruin, M., Gooding, T., Tirschwell, D., Love, P., & Mankowski, T. (2001). Community-based education improves stroke knowledge. *Cerebrovascular Diseases*, 11(1), 34-43. doi:10.1159/000047609
  5. Chen, C. H., Huang, P., Yang, Y. H., Liu, C. K., Lin, T. J., & Lin, R. T. (2007). Pre-hospital and in-hospital delays after onset of acute ischemic stroke: a hospital-based study in southern Taiwan. *TheKaohsiung Journal of Medical Sciences*, 23(11), 552-559. doi:10.1016/s1607-551x(08)70002-0
  6. Department of Health in Hanoi, Vietnam (2019). Stroke tends to increase in young people. Retrieved from [https://soyte.hanoi.gov.vn/tin-tuc-su-kien/-/asset\\_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/dot-quy-co-xu-huong-gia-tang-o-nguoi-tre-tuoi](https://soyte.hanoi.gov.vn/tin-tuc-su-kien/-/asset_publisher/4IVkx5Jltnbg/content/dot-quy-co-xu-huong-gia-tang-o-nguoi-tre-tuoi)
  7. Derex, L., Adeleine, P., Nighoghossian, N., Honnorat, J., & Trouillas, P. (2002). Factors influencing early admission in a French stroke unit. *Stroke*, 33(1), 153-159. doi:10.1161/hs0102.100533
  8. Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., et al (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86. doi:10.1016/j.je.2016.09.005
  9. Duong, T. V., Aringazina, A., Kayupova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., et al (2019). Development and Validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the General Public in Six Asian Countries. *Health Literacy Research and Practice*, 3(2), e91-e102. doi:10.3928/24748307-20190225-01
  10. Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M., & Arestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)-a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 168. doi:10.1186/1477-7525-11-168
  11. Evenson, K. R., Foraker, R. E., Morris, D. L., & Rosamond, W. D. (2009). A comprehensive review of prehospital and in-hospital delay times in acute stroke care. *International Journal of Stroke*, 4(3), 187-199. doi:10.1111/j.1747-4949.2009.00276.x
  12. Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., et al (2014). Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *TheLancet*, 383(9913), 245-254. doi:10.1016/s0140-6736(13)61953-4
  13. Fladt, J., Meier, N., Thilemann, S., Polymeris, A., Traenka, C., Seiffge, D. J., et al (2019). Reasons for Prehospital Delay in Acute Ischemic Stroke. *Journal of the American Heart Association*, 8(20), e013101. doi:10.1161/jaha.119.013101
  14. Giang, K. W., Björck, L., Nielsen, S., Novak, M., Sandström, T. Z., Jern, C., et al (2013). Twenty-year trends in long-term mortality risk in 17,149 survivors of ischemic stroke less than 55 years of age. *Stroke*, 44(12), 3338-3343. doi:10.1161/strokeaha.113.002936
  15. Iguchi, Y., Wada, K., Shibazaki, K., Inoue, T., Ueno, Y., Yamashita, S., & Kimura, K. (2006). First impression at stroke onset plays an important role in early hospital arrival. *Internal Medicine Journal*, 45(7), 447-451. doi:10.2169/internalmedicine.45.1554
  16. Iosif, C., Papatheasiou, M., Staboulis, E., & Gouliamos, A. (2012). Social factors influencing hospital arrival time in acute ischemic stroke patients. *Neuroradiology*, 54(4), 361-367. doi:10.1007/s00234-011-0884-9
  17. Jin, H., Zhu, S., Wei, J., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., et al (2012). Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*, 43, 362-370. doi:10.1161/STROKEAHA.111.623512
  18. Mackintosh, J. E., Murtagh, M. J., Rodgers, H., Thomson, R. G., Ford, G. A., & White, M. (2012). Why people do, or do not, immediately contact emergency medical services following the onset of acute stroke:

- qualitative interview study. *PLoS One*, 7(10), e46124. doi:10.1371/journal.pone.0046124
19. Maestroni, A., Mandelli, C., Manganaro, D., Zecca, B., Rossi, P., Monzani, V., & Torgano, G. (2008). Factors influencing delay in presentation for acute stroke in an emergency department in Milan, Italy. *Emergency Medicine Journal* 25, 340-345. doi:10.1136/emj.2007.048389
20. Mellor, R. M., Bailey, S., Sheppard, J., Carr, P., Quinn, T., Boyal, A., et al (2015). Decisions and delays within stroke patients' route to the hospital: a qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*, 65(3), 279-287. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.10.018
21. Memis, S., Tugrul, E., Evci, E. D., & Ergin, F. (2008). Multiple causes for delay in arrival at hospital in acute stroke patients in Aydin, Turkey. *BMC Neurology*, 8(1), 15. doi:10.1186/1471-2377-8-15
22. National Academies of Sciences, E., Medicine, Health, Medicine, D., Board on Health Care, S., Committee on Health Care, U., & Adults with, D. (2018). Health-care utilization as a proxy in disability determination. In. Washington (DC): National Academies Press (US)
23. National Center for Health, S. (2017). Health, United States, 2016: with chartbook on long-term trends in health. In. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US).
24. Nowacki, P., Nowik, M., Bajer-Czajkowska, A., Porębska, A., Żywica, A., Nocoń, D., et al (2007). Patients' and bystanders' awareness of stroke and pre-hospital delay after stroke onset: perspectives for thrombolysis in West Pomerania Province, Poland. *European Neurology*, 58(3), 159-165. doi:https://doi.org/10.1159/000104717
25. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., et al (2012). Executive summary: heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125(1), 188-197. doi:https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182456d46
26. Sedgwick, P. (2014). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ*, 348.
27. Shah, M., Makinde, K. A., & Thomas, P. (2007). Cognitive and behavioral aspects affecting early referral of acute stroke patients to hospital. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 16(2), 71-76. doi:https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2006.11.004
28. Soto-Cámara, R., González-Santos, J., González-Bernal, J., Martín-Santidrian, A., Cubo, E., & Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2019). Factors associated with shortening of prehospital delay among patients with acute ischemic stroke. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1712. doi:https://doi.org/10.3390/jcm8101712
29. Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology*, 6(2), 182-187. doi:https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70031-5
30. Waelveerakup, W., Lapvongwatana, P., Leelacharas, S., & Davison, J. (2019). Factors Predicting Stroke Pre-hospital Delay Behavior Intention among People with High Risk of Stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 271-284.
31. World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
32. Yanagida, T., Fujimoto, S., Inoue, T., & Suzuki, S. (2014). Causes of prehospital delay in stroke patients in an urban aging society. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 5, 77-81.
33. Zhao, Q., Yang, L., Zuo, Q., Zhu, X., Zhang, X., Wu, Y., et al (2014). Instrument development and validation of the stroke pre-hospital delay behavior intention scale in a Chinese urban population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 170.