

# Đánh giá kiến thức và các yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Thống Nhất, năm 2023

Nguyễn Thị Hận<sup>1\*</sup>, Phạm Văn Hậu<sup>2</sup> và Lê Đình Thanh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất

<sup>2</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp là một bệnh mãn tính đặc trưng bởi tình trạng huyết áp tăng. Kiến thức về bệnh tăng huyết áp luôn có sự ảnh hưởng đến việc điều trị, kiểm soát cũng như quản lý bệnh này ngăn ngừa các hậu quả nghiêm trọng của tăng huyết áp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện để xác định tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng và các yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Thống Nhất. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 4 năm 2023 đến ngày 30 tháng 8 năm 2023. 497 người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập bằng Bảng câu hỏi có cấu trúc. Phép kiểm T-test được sử dụng để phân tích dữ liệu. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh tăng HA có kiến thức đúng là 44.1%. Các yếu tố về nhân khẩu học (tuổi, học vấn, người sống cùng, BMI, công việc) liên quan đến kiến thức của người bệnh cho thấy ở người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có kiến thức tốt về THA gấp 20.25 lần so với trình độ dưới cấp 3 (95% CI: 8.68 - 47.26); sống cùng vợ/chồng gấp 2.69 lần nhóm sống cùng những người khác (95% CI: 1.52 - 4.74); không bị thừa cân/béo phì gấp 0.664 lần có thừa cân/ béo phì (95% CI: 0.45 - 0.96) và nhóm tuổi dưới 50 tuổi có tỷ lệ kiến thức tốt về THA gấp 2.16 lần (95% CI: 1.33 - 3.52) so với nhóm trên 70 tuổi. Ngoài ra riêng yếu tố về vấn đề hoạt động cường độ vừa phải có liên quan đến mức độ kiến thức ( $p < 0.05$ ). Nhóm có hoạt động cường độ vừa phải có kiến thức tốt hơn 0.67 lần nhóm còn lại (95% CI: 0.46 - 0.96). **Kết luận:** người bệnh tăng huyết áp có kiến thức đúng về bệnh chưa cao, các cơ sở y tế cần quan tâm đến công tác hướng dẫn giáo dục sức khỏe nhằm cung cấp kiến thức đúng cho người bệnh.

**Từ khóa:** người bệnh ngoại trú, tăng huyết áp, kiến thức

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mãn tính đặc trưng bởi tình trạng huyết áp tăng [1]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, ước tính có khoảng 1.28 tỷ người trưởng thành từ 30 - 79 tuổi trên toàn thế giới bị tăng huyết áp, hầu hết (2/3) sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [2]. Số liệu điều tra ở Việt Nam cho thấy tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành năm 2021 là 26.2%, tương đương với khoảng 17 triệu người; tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường/tăng đường huyết ở người trưởng thành là 7.06%, tương đương với 4.6 triệu người [3]. Tăng huyết áp có thể gây tổn thương tim mạch nghiêm trọng. Áp lực quá cao có thể làm cứng động mạch, làm giảm lưu lượng máu và oxy đến tim [2]. Theo WHO, chưa đến 50% người bệnh tăng huyết áp trên toàn Thế giới biết bản thân mắc bệnh (ở các nước có thu nhập thấp và trung bình là dưới 40%, thậm chí ở một số nhóm dân cư thì tỷ lệ này là dưới 10%) [4]. Kiến thức về bệnh THA luôn có sự ảnh

hưởng đến việc điều trị, kiểm soát cũng như quản lý bệnh này ngăn ngừa các hậu quả nghiêm trọng của tăng huyết áp, chẳng hạn như đột quỵ và suy tim [5]. Không tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp là nguyên nhân chính dẫn đến kết quả lâm sàng không tối ưu ở người bệnh tăng huyết áp [6]. Tỷ lệ không tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp ước tính ở châu Á là 48% [7]. Có đến một phần ba số người bệnh cao tuổi bị tăng huyết áp không tuân thủ thuốc của họ. Việc tuân thủ thuốc giảm khi tuổi càng cao và khả năng nhận thức giảm, do đó người bệnh cao tuổi, suy giảm nhận thức có khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn [8]. Bệnh viện Thống Nhất - Bộ Y tế là một Bệnh viện lớn trong khu vực. Với nhiệm vụ chính là khám chữa bệnh cho cán bộ cấp trung cao cấp của Đảng, Nhà nước, lực lượng vũ trang, nhân dân các tỉnh phía Nam và khu vực lân cận. Đồng thời làm nhiệm vụ bảo vệ sức khỏe Trung ương [9]. Đối tượng điều trị chủ yếu là người

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hận

Email: [becoi0207@gmail.com](mailto:becoi0207@gmail.com)

cao tuổi do đó tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp nhiều, trong khi giáo dục người bệnh là trách nhiệm của nhân viên y tế, việc tuân thủ điều trị phụ thuộc vào từng người bệnh. Vậy câu hỏi đặt ra là người bệnh có đủ kiến thức về bệnh tăng huyết áp không? Những yếu tố nào liên quan đến kiến thức về bệnh tăng huyết áp? Đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn người bệnh được lựa chọn:* Từ 18 tuổi trở lên; Người bệnh được chẩn đoán xác định tăng HA; Người bệnh có giao tiếp bằng tiếng Việt, nghe, nói và hiểu rõ; Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn người bệnh bị loại trừ:* Người bệnh được chẩn đoán xác định tăng HA thai kỳ; Người bệnh không hoàn thành bộ câu hỏi; Người bệnh có rối loạn tâm thần.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

#### *Phương pháp chọn mẫu:*

Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu không sử dụng mẫu chứng. Những người tham gia được phỏng vấn trực tiếp để hoàn thành bộ câu hỏi soạn sẵn của tác giả Thái Thanh Trúc bao gồm các thông tin về đặc điểm dân số xã hội, đặc điểm về tiền sử bệnh, hành vi lối sống liên quan đến THA, KAP về THA [10]. Thông tin trên bệnh án như HA, nhịp tim, chỉ số khối cơ thể cũng được thu thập từ dữ liệu của lần thăm khám gần nhất của người bệnh. Quy trình này được thực hiện cho đến khi đủ 497 người bệnh.

#### *Cỡ mẫu:*

Số lượng mẫu nghiên cứu được tính bằng cách sử dụng công thức sau [59].

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng.

$\alpha$  là mức ý nghĩa = 0.05. độ tin cậy 95%.

z là trị số từ phân phối chuẩn ( $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ ).

p là tỷ lệ tuân thủ điều trị của đối tượng từ nghiên cứu của Trần Thiện Thuần và cộng sự [11] tại Quận 9, Thành phố Hồ Chí Minh ( $p = 0.86$ ).

d là sai số cho phép của nghiên cứu, chọn  $d = 0.05$ .

Thay số vào công thức, ta tính được cỡ mẫu là 451 người bệnh. Chúng tôi cộng thêm 10% hao hụt trong nghiên cứu:

$$n = 451 + (451 \times 10\%) = 497 \text{ người bệnh}$$

#### *Công cụ thu thập số liệu:*

Công cụ thu thập số liệu bao gồm 2 phần.

Phần đầu tiên của bảng câu hỏi được sử dụng để thu thập thông tin nhân khẩu học; Tiền sử bệnh; Lối sống hành vi.

Phần 2: Biểu mẫu đánh giá kiến thức về bệnh tăng HA bao gồm 47 câu hỏi, mỗi câu trả lời đúng sẽ được 1 điểm và sai được 0 điểm. Điểm kiến thức sẽ từ 0 đến 47 điểm. Kiến thức tốt về THA được đánh giá qua việc người bệnh trả lời đúng ít nhất 75% các câu hỏi thuộc phần đánh giá về kiến thức tương đương 35 điểm trở lên [10].

#### *Độ tin cậy của thang đo*

Tính nhất quán nội bộ và độ tin cậy của bảng câu hỏi trong phần 2 được đánh giá bằng cách sử dụng Cronbach's Alpha 0.77. Một nghiên cứu thử nghiệm được thực hiện với 20 người bệnh tăng HA ở khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Thống Nhất để đánh giá sự phù hợp của thang đo.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu từ 497 người bệnh tham gia, như bảng 3.1 ghi nhận nữ giới chiếm 52.9% và nam giới là 47.1%. Tuổi tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 60 - 69 tuổi và trên 70 tuổi đều chiếm 26.4%. Hầu hết người bệnh thuộc dân tộc Kinh và chỉ có 0.2% người bệnh là dân tộc Hoa. Người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên chiếm tỷ lệ 78.5%. Có 94.8% người bệnh đã kết hôn và chỉ 5.2% là chưa kết hôn. Đa phần các đối tượng nghiên cứu đi làm tự do hoặc không đi làm, thuộc nhóm công việc khác có tỷ lệ là 76.4% và có 178 người bệnh bị thừa cân/béo phì.

**Bảng 1.** Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 497)

Nội dung		n	%
Giới tính	Nữ	263	52.9
	Nam	234	47.1

Nội dung		n	%
Tuổi	< 50	155	31.2
	50-59	80	16.0
	60-69	131	26.4
	70+	131	26.4
Dân tộc	Kinh	496	99.8
	Khác	1	0.2
Trình độ học vấn	Dưới cấp 3	107	21.5
	Từ cấp 3 trở lên	390	78.5
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	26	5.2
	Đã kết hôn	471	94.8
Công việc	Hưu trí	117	23.6
	Khác	380	76.4
Người sống chung	Vợ/Chồng	425	85.5
	Khác	72	14.5
Thừa cân/béo phì	Có	178	35.8
	Không	319	61.2

**3.2. Kiến thức của người bệnh về tăng HA**

Đánh giá kiến thức của người bệnh về bệnh tăng HA, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về THA tương đối cao. Trong đó 98% người bệnh đều định nghĩa được tăng HA là

gì? 100% người bệnh trả lời tốt Câu hỏi “THA gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho sức khỏe”. Tuy nhiên không có người bệnh nào trả lời đạt câu hỏi về phân loại tăng HA tức là chưa có kiến thức về THA nguyên phát và THA thứ phát (Bảng 2).

**Bảng 2.** Kiến thức của người bệnh về tăng HA

Câu hỏi kiến thức	Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)
THA là tình trạng HA tâm thu $\geq 140$ mmHg và/hoặc HA tâm trương $\geq 90$ mmHg	487 (98.0)	10 (2.0)
THA được chia thành tăng HA nguyên phát và tăng HA thứ phát	0 (0.0)	497 (100)
THA là không thể điều trị khỏi hoàn toàn	442 (88.7)	55 (11.3)
Triệu chứng biểu hiện của THA là rõ ràng dễ nhận biết và như nhau với mọi người	343 (69.0)	154 (31.0)
Cách theo dõi bệnh tăng HA tốt nhất là kiểm tra HA thường xuyên	364 (73.2)	133 (26.8)
HA tâm thu ở mức $< 140$ mmHg là bình thường	389 (78.3)	108 (21.7)
HA tâm trương ở mức $< 90$ mmHg là bình thường	389 (78.3)	108 (21.7)
THA gây nhiều biến chứng nguy hiểm cho sức khỏe	497 (100)	0 (0.0)
Kiểm soát HA là cần thiết đối với người bệnh THA	375 (75.5)	122 (24.5)
Việc tuân thủ uống thuốc điều trị THA đều đặn là quan trọng	437 (87.9)	60 (12.1)
Việc giảm HA (dù chỉ 1 ít) cũng sẽ giúp cải thiện sức khỏe	481 (96.8)	10 (3.2)
THA là bệnh chỉ xảy ra ở người lớn tuổi	357 (71.8)	140 (28.2)
Việc điều trị THA là có hiệu quả khi đạt được HA mục tiêu	390 (78.5)	107 (22.5)
Đa số người bệnh THA không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện bệnh	345 (69.4)	152 (30.6)
THA nguyên phát (tự phát) - không rõ nguyên nhân chiếm hầu hết ở những người bị THA	265 (53.3)	232 (46.7)

Câu hỏi kiến thức	Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)
Không nên ăn sáng hoặc uống thuốc trước khi đo HA	327 (65.8)	170 (34.2)
Nếu ông/bà bị THA, con ông/bà có nguy cơ cao bị THA	382 (76.9)	114 (23.1)
Nếu ông/bà bị THA, ông/bà có nguy cơ cao bị mắc bệnh mạch vành	419 (84.3)	77 (15.7)
Nếu ông/bà tập thể dục sau khi thức dậy, hãy lấy HA trước khi tập thể dục	334 (67.2)	163 (32.8)
Nên tránh thức ăn, caffeine, thuốc lá và rượu trong 30 phút trước khi đo HA	350 (51.5)	147 (48.5)
Nên đi vệ sinh trước khi đo HA	211 (42.5)	286 (57.5)
Cánh tay của ông/bà nên ở trên một bề mặt phẳng với tim khi đo HA	287 (57.7)	210 (42.3)
Điều trị bệnh THA, uống thuốc có thể thay thế ăn kiêng hay tập thể dục	276 (55.5)	221 (44.5)
Bệnh THA có thể điều trị bằng chế độ ăn uống và tập thể dục phù hợp	133 (26.8)	364 (73.2)
Sử dụng thuốc thảo dược/gia truyền ít biến chứng hơn thuốc được kê toa bởi bác sĩ	322 (64.8)	175 (35.2)
Các phương pháp điều trị thay thế (châm cứu, điều trị chỉnh hình, yoga), các bài tập thư giãn hoặc biện pháp thảo dược tốt hơn việc kiểm soát chế độ ăn uống và thuốc?	426 (85.7)	71 (14.3)
Ông/bà có nghĩ rằng việc sử dụng thuốc thảo dược tốt hơn cho người bệnh THA so với các thuốc do bác sĩ kê toa?	426 (85.7)	71 (14.3)
Ông/Bà đã có đủ thông tin về thời điểm sử dụng thuốc của mình	322 (64.8)	175 (35.2)
Ông/Bà đã có đủ thông tin về liều lượng sử dụng thuốc của mình	322 (64.8)	175 (35.2)
Ông/Bà đã có đủ thông tin về cách sử dụng thuốc của mình	322 (64.8)	175 (35.2)
<b>Theo Ông/bà, những yếu tố sau đây là yếu tố nguy cơ của tăng HA?</b>		
Có người thân trong gia đình bị THA	372 (74.8)	127 (25.2)
Cân nặng (mập/béo phì)	372 (74.8)	127 (25.2)
Mỡ trong máu cao	372 (74.8)	127 (25.2)
Ít vận động (lối sống tĩnh tại)	245 (49.3)	254 (50.7)
Hút thuốc lá	245 (49.3)	254 (50.7)
Uống nhiều rượu/bia	245 (49.3)	254 (50.7)
Căng thẳng, lo lắng, stress	372 (74.8)	127 (25.6)
<b>Theo Ông/bà, những biến chứng sau đây là biến chứng của tăng HA?</b>		
Đột quỵ	368 (74.0)	129 (26.0)
Bệnh lý tim mạch	368 (74.0)	129 (26.0)
Suy tim	368 (74.0)	129 (26.0)
Bệnh lý về thận	368 (74.0)	129 (26.0)
Bệnh lý võng mạc/bệnh lý về mắt	368 (74.0)	129 (26.0)

### 3.3. Kiến thức chung của người bệnh về THA

Đánh giá kiến thức chung của người bệnh về tăng HA

ghi nhận tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về tăng HA đạt 219/497 người bệnh chiếm 44.1% (Bảng 3).

**Bảng 3.** Kiến thức chung của người bệnh về THA

Đặc điểm	Tốt n (%)	Không tốt n (%)
Kiến thức chung	219 (44.1)	278 (55.9)

**3.4. Các yếu tố liên quan đến Kiến thức của người bệnh về tăng HA**

**3.4.1. Các yếu tố nhân khẩu học liên quan đến kiến thức, phân tích đơn biến**

Kết quả cho thấy các yếu tố về nhóm tuổi, trình độ học vấn, người sống cùng với người bệnh và thừa cân/béo phì là những yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh tăng HA ( $p < 0.05$ ). Cụ thể, người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có kiến thức tốt về THA gấp 20.25 lần so với trình độ dưới cấp 3 (95% CI: 8.68 - 47.26); sống cùng vợ/chồng gấp 2.69 lần nhóm sống cùng những người khác (95% CI: 1.52 -

4.74); không bị thừa cân/béo phì gấp 0.664 lần có thừa cân/béo phì (95% CI: 0.45 - 0.96). Đồng thời, nghiên cứu còn tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh các nhóm tuổi với nhau, nhóm tuổi dưới 50 tuổi có tỷ lệ kiến thức tốt về THA gấp 2.16 lần (95% CI: 1.33 - 3.52) so với nhóm trên 70 tuổi. Điều này cho thấy nếu người bệnh càng trẻ kiến thức của họ càng tốt và người bệnh có trình độ học vấn càng cao kiến thức của họ cũng tốt hơn nhóm người có trình độ học vấn thấp. Việc sống cùng với vợ/ chồng sẽ giúp cho kiến thức của người bệnh tốt hơn ở cùng với con cháu và những người khác (Bảng 4).

**Bảng 4.** Yếu tố nhân khẩu học liên quan đến kiến thức

Đặc điểm		Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)	OR (95% CI)	p	
Giới tính	Nữ	121 (46.0)	142 (54.0)	0.84 (0.59 - 1.20)	0.367	
	Nam	98 (41.9)	136 (58.1)			
Tuổi	< 50	77 (49.7)	78 (50.3)	0.73 (0.42 - 1.25)	<b>0.001</b>	
	50 - 59	46 (57.5)	34 (42.5)		0.256	
	60 - 69	55 (42.0)	76 (58.0)		1.36 (0.85 - 2.17)	0.194
	70 +	41 (31.3)	90 (68.7)		2.16 (1.33 - 3.52)	<b>0.002</b>
Học vấn	Từ cấp 3 trở lên	213 (54.6)	177 (45.4)	20.25 (8.68 - 47.26)	<b>0.00001</b>	
	Dưới cấp 3	6 (5.6)	101 (94.4)			
Dân tộc	Kinh	219 (44.2)	277 (55.8)	-	1.000 <sup>a</sup>	
	Khác	0 (0.0)	1 (100)			
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	207 (43.9)	264 (56.1)	0.91 (0.41 - 2.02)	0.842	
	Chưa kết hôn	12 (46.2)	14 (53.8)			
Người sống cùng	Vợ/chồng	201 (47.3)	224 (52.7)	2.69 (1.52 - 4.74)	<b>0.00001</b>	
	Khác	18 (25.0)	54 (75.0)			
Công việc	Khác	161 (42.4)	219 (57.6)	0.74 (0.49 - 1.13)	0.201	
	Hưu trí	58 (49.6)	59 (50.4)			
Thừa cân/béo phì	Không	129 (40.4)	190 (59.6)	0.66 (0.45 - 0.96)	<b>0.031</b>	
	Có	90 (50.6)	88 (49.4)			

<sup>a</sup> Kiểm định Fisher

**3.4.2. Tiền sử bệnh và mối liên quan đến kiến thức về THA, phân tích đơn biến**

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về THA thuộc nhóm phát hiện bệnh THA khi đi khám sức khỏe ở bệnh viện là 43.1%. Số người

bệnh tham gia nghiên cứu có bệnh THA từ 5 năm trở lên có tỷ lệ kiến thức tốt về THA là 46%. Yếu tố về vấn đề điều trị bằng thuốc trong 2 tuần là yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh THA với  $p$  là 0.027.

**Bảng 5.** Yếu tố tiền sử bệnh liên quan đến kiến thức

Đặc điểm		Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)	OR (95% CI)	p
Hoàn cảnh biết THA	Khi đi khám ở bệnh viện	188 (43.1)	248 (56.9)	0.73 (0.42 - 1.25)	0.273
	Không biết	31 (50.8)	30 (49.2)		

Đặc điểm		Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)	OR (95% CI)	p
Thời điểm chẩn đoán THA	≥ 5 năm	126 (46.0)	148 (54.0)	1.19 (0.83 - 1.70)	0.364
	< 5 năm	93 (41.7)	130 (58.3)		
Điều trị THA bằng thuốc trong 2 tuần	Có	218 (44.9)	268 (55.1)	8.13 (1.03 - 64.03)	<b>0.027<sup>a</sup></b>
	Không	1 (9.1)	10 (90.9)		

<sup>a</sup> Kiểm định Fisher

### 3.4.3. Mối liên quan giữa lối sống và hành vi đến kiến thức về THA, phân tích đơn biến

Kết quả Bảng 6 cho thấy hầu hết các yếu tố thuộc lối sống hành vi không có mối liên quan với kiến thức của

người bệnh về THA, chỉ riêng yếu tố về vấn đề hoạt động cường độ vừa phải có liên quan đến mức độ kiến thức ( $p < 0.05$ ). Nhóm có hoạt độ cường độ vừa phải có kiến thức tốt hơn 0.67 lần nhóm còn lại (95% CI: 0.46 - 0.96).

**Bảng 6.** yếu tố lối sống và hành vi liên quan đến kiến thức

Đặc điểm		Kiến thức tốt n (%)	Kiến thức không tốt n (%)	OR (95% CI)	p
Đã từng hút thuốc lá	Không	167 (45.3)	202 (54.7)	1.20 (0.80 - 1.81)	0.409
	Có	52 (40.6)	76 (59.4)		
Hiện đang hút thuốc lá	Không	184 (44.9)	226 (55.1)	1.21 (0.75 - 1.93)	0.476
	Có	35 (40.2)	52 (59.8)		
Từng uống rượu bia/sản phẩm có cồn	Không	100 (41.0)	144 (59.0)	0.78 (0.54 - 1.11)	0.177
	Có	119 (47.0)	134 (53.0)		
Uống rượu bia 12 tháng qua	Không	141 (45.0)	172 (55.0)	1.11 (0.77 - 1.60)	0.576
	Có	78 (42.4)	106 (57.6)		
Uống ít nhất 1 ly chuẩn 12 tháng qua	Chưa lần nào	141 (45.0)	172 (55.0)	1.11 (0.77 - 1.60)	0.576
	≥ 1 lần/tháng	78 (42.4)	106 (57.6)		
Thường thêm muối trước/trong khi ăn	Không	81 (44.5)	101 (55.5)	1.02 (0.71 - 1.48)	0.925
	Có	138 (43.8)	177 (56.2)		
Thường thêm muối chuẩn bị thức ăn	Không	11 (52.4)	10 (47.6)	1.41 (0.59 - 3.40)	0.503
	Có	208 (43.7)	268 (56.3)		
Thường ăn thức ăn nhiều muối	Không	81 (44.3)	102 (55.7)	1.01 (0.70 - 1.46)	1.000
	Có	138 (43.9)	176 (56.1)		
Mức độ tiêu thụ muối	Vừa phải/ ít/ rất ít	155 (43.9)	198 (56.1)	0.97 (0.66 - 1.44)	0.921
	Nhiều/Rất nhiều	64 (44.4)	80 (55.6)		
Hoạt động cường độ mạnh	Có	4 (21.1)	15 (78.9)	0.32 (0.10- 0.99)	0.057
	Không	215 (45.0)	263 (55.0)		
Hoạt động cường độ vừa phải	Có	121 (40.2)	180 (59.8)	0.67 (0.46 - 0.96)	<b>0.034</b>
	Không	98 (50.0)	98 (50.0)		
Hoạt động giải trí cường độ mạnh	Có	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
	Không	219 (44.1)	278 (55.9)		
Hoạt động giải trí cường độ vừa phải	Có	172 (44.8)	212 (55.2)	1.13 (0.74 - 1.74)	0.591
	Không	47 (41.6)	66 (58.4)		

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi của đối tượng nghiên cứu tập trung từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số 52.8%, nghiên cứu này phù hợp nghiên cứu của Trần Đức Sĩ và cộng sự cho thấy độ

tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 56.78 (ĐLC: 8.97) [12] và nghiên cứu của Phạm Phương Mai tại Thanh Hóa cho thấy nhóm tuổi trên 60 chiếm đa số (25.3%), và của Mayckel da Silva Barreto cho thấy tuổi tập trung bị tăng HA đa số là

người cao tuổi tức là từ 60 trở lên [13-15]. Điều này cho thấy xu hướng tăng HA đang gia tăng và tập trung chủ yếu từ 50 tuổi trở lên [2], [16]. Nghiên cứu này cho thấy 52.9% người bệnh trong nhóm nghiên cứu là nữ giới, kết quả này phù hợp với nhiều tác giả khác nhau trong và ngoài nước như Viera 68.5% [16], phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn và Phạm Phương Mai [13], [17]. Tuy nhiên, khác với nghiên cứu của Almass và cộng sự cho thấy 50.1% đối tượng nghiên cứu của họ là nam giới và 49.8% là nữ giới [15]. Điều này được giải thích do nền văn hóa của Pakistan khác với nền văn hóa của Việt Nam, dân số của Pakistan đang có sự chênh lệch nam - nữ lớn nên việc đối tượng nghiên cứu tập trung chủ yếu vào nam giới là điều có thể giải thích được.

Về dân tộc, nghiên cứu này cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập trung là dân tộc kinh 99.8%, phù hợp với nghiên cứu của Phạm Phương Mai, Trần Đức Sĩ và Hoàng Thái Sơn [12], [13], [17]. Điều này được giải thích do người Việt Nam chủ yếu là dân tộc kinh chiếm đa số (90%), do nghiên cứu triển khai trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh nên đa số đối tượng nghiên cứu này đều tập trung ở nhóm dân tộc kinh là điều dễ hiểu. Về trình độ học vấn có đến 78.5% đối tượng nghiên cứu có trình độ từ cấp 3 trở lên, nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phương Mai 72.7% [13], nghiên cứu của Trần Đức Sĩ, Hoàng Đức Hạnh và Trần Văn Tân, Nguyễn Văn Tuấn (50.0%) cho thấy đa số người bệnh có trình độ từ THPT trở lên [12], [18-21] Điều này được lý giải do trình độ văn hóa của người Việt Nam tăng cao, hiện nay không còn tình trạng học sinh bỏ học, tình trạng xóa mù chữ đã được xóa bỏ trong toàn quốc, do nghiên cứu được triển khai tại 1 thành phố lớn tại Việt Nam nơi tập trung những người có trình độ văn hóa tại các tỉnh về làm việc do đó trình độ văn hóa của đối tượng nghiên cứu từ THPT trở lên. Về tình trạng hôn nhân, đa số đối tượng nghiên cứu này đã kết hôn chiếm 94.8%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phương Mai và cộng sự 79.2% [13], của Nguyễn Văn Tuấn 77.7% [21]. Về tình trạng cân nặng của người bệnh, đa số người bệnh trong nghiên cứu ở cân nặng bình thường 61.2%, nghiên cứu này phù hợp nghiên cứu của Malik và cộng sự (47.5%) [22], của Phương Mai 89.4% [13], của Nguyễn Văn Tuấn (82.1%) [21].

#### 4.2. Kiến thức của người bệnh tăng HA

Trong số 497 người bệnh tham gia nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức THA của người bệnh tương đối cao, kiến thức

chung tốt của người bệnh về THA chiếm 44.1%. Kết quả nghiên cứu này cho thấy kiến thức tương đương với kết quả nghiên cứu trên 200 BN tại phòng khám chuyên khoa Bệnh viện Quận 2 của Thái Thanh Trúc năm 2019 ghi nhận 45.0% BN có kiến thức tốt [10], thấp hơn nghiên cứu của Bentley và cộng sự cho thấy 118 (53.4%) có kiến thức trung bình, trong khi 72 (32.6%) có kiến thức kém về bệnh tăng HA [1], phù hợp với nghiên cứu của Almas cho thấy tổng điểm kiến thức trung bình là 20.97(4.93) trên tổng số điểm tối đa là 38 [15], nghiên cứu của Motlagh và cộng sự cho thấy trên 50% người bệnh có kiến thức trung bình về tăng HA [23]. Kết quả nghiên cứu này cao hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huy (28.9%) [24] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Đinh Thu Hương thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh 61.2% [19], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn 67.3% [21]. Lý giải điều này là do nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện đa khoa tuyến cuối nhưng công tác truyền thông giáo dục chưa được chú trọng do nhân viên y tế áp lực về số lượng người bệnh do đó tỷ lệ tiếp cận với các nguồn cung cấp thông tin về bệnh của người bệnh từ nhân viên y tế còn hạn chế. Tuy vậy việc so sánh này cũng không hoàn toàn chính xác do các thang điểm đánh giá trong các nghiên cứu không thống nhất.

#### 4.3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh tăng HA

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi, trình độ học vấn, người sống cùng với người bệnh và thừa cân/béo phì là những yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh tăng HA ( $p < 0.05$ ). Cụ thể, người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có kiến thức tốt về THA gấp 20.25 lần so với trình độ dưới cấp 3 (95% CI: 8.68 - 47.26); sống cùng vợ/chồng gấp 2.69 lần nhóm sống cùng những người khác (95% CI: 1.52 - 4.74); không bị thừa cân/ béo phì gấp 0.664 lần có thừa cân/béo phì (95% CI: 0.45 - 0.96). Đồng thời, nghiên cứu còn tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh các nhóm tuổi với nhau, nhóm tuổi dưới 50 tuổi có tỷ lệ kiến thức tốt về THA gấp 2.16 lần (95% CI: 1.33 - 3.52) so với nhóm trên 70 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nhiều nghiên cứu của Thái Thanh Trúc cho thấy các yếu tố về tuổi, học vấn liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức tốt về THA. Nghiên cứu của Trần Thiện Thuận chỉ ra kết quả tương tự, người bệnh có trình độ học vấn dưới cấp II thì có kiến thức sai về bệnh THA gấp 3 lần người bệnh có trình độ học vấn từ cấp II trở lên (OR = 3.11. KTC 95% = 1.89 - 5.14.  $p < 0.001$ ) [11]. Trong nghiên cứu của Trần Văn

Tân cũng chỉ ra rằng người từ 45 - 54 tuổi có OR cho kiến thức so với người 25 - 34 là 0.6 ( $p < 0.05$ ); có học vấn trên trung học thì OR cho kiến thức tăng HA là 4.9 ( $p < 0.05$ ). Nghiên cứu của Chimberengwa P.T. và cộng sự (2017) tại Zimbabwe, kết quả cho thấy số chênh kiến thức đúng về phòng chống tăng HA ở những người có trình độ học vấn trung học cơ sở là 3.68 (KTC 95%: 1.61 - 8.41) và ở những người có trình độ học vấn phổ thông trung học trở lên là 7.52 (KTC 95%: 2.76 - 20.46) so với những người có trình độ học vấn dưới tiểu học [25]. Trình độ học vấn phản ánh một phần khả năng nhận thức của người dân đối với sự chăm sóc sức khỏe, qua đó liên quan tốt đối với kiến thức phòng chống tăng HA.

Đánh giá các yếu tố về tiền sử bệnh, hành vi và lối sống liên quan đến kiến thức của người bệnh tăng HA kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về THA thuộc nhóm phát hiện bệnh THA khi đi khám sức khỏe ở bệnh viện là 43.1%. Số người bệnh tham gia nghiên cứu có bệnh THA từ 5 năm trở lên có tỷ lệ kiến thức tốt về THA là 46%. Yếu tố về vấn đề điều trị bằng thuốc trong 2 tuần là yếu tố liên quan đến kiến thức ( $p = 0.027$ ). Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần các đối tượng nghiên cứu không uống rượu/ bia trong 12 tháng qua (46%). Hầu hết đều có thói quen sử dụng muối và thức ăn nhiều muối chiếm tỷ lệ trên 43.9% và 44.4% người bệnh tự nhận xét mình có mức độ tiêu thụ muối nhiều/rất nhiều. Hoạt động làm việc cường độ vừa phải có mối liên quan với kiến thức về THA của người bệnh ( $p < 0.05$ ). Tuy nhiên, hoạt động làm việc cường độ mạnh không chỉ ra mối liên quan với kiến thức về THA của người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tăng HA có kiến thức đúng là 44.1%. Các yếu tố về nhân khẩu học (tuổi, học vấn,

người sống cùng, BMI và công việc) liên quan đến kiến thức của người bệnh cho thấy người bệnh có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên có kiến thức tốt về THA gấp 20.25 lần so với trình độ dưới cấp 3 (95% CI: 8.68 - 47.26); sống cùng vợ/chồng gấp 2.69 lần nhóm sống cùng những người khác (95% CI: 1.52 - 4.74); không bị thừa cân/béo phì gấp 0.664 lần có thừa cân/ béo phì (95% CI: 0.45 - 0.96) và nhóm tuổi dưới 50 tuổi có tỷ lệ kiến thức tốt về THA gấp 2.16 lần (95% CI: 1.33 - 3.52) so với nhóm trên 70 tuổi. Ngoài ra riêng yếu tố về vấn đề hoạt động cường độ vừa phải có mối liên quan đến mức độ kiến thức ( $p < 0.05$ ). Nhóm có hoạt động cường độ vừa phải có kiến thức tốt hơn 0.67 lần nhóm còn lại (95% CI: 0.46 - 0.96).

## 6. KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả của nghiên cứu nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị như sau:

Đánh giá kiến thức, thái độ của người bệnh trước và sau khi truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh trở thành việc bắt buộc và là chỉ tiêu đo lường chất lượng chăm sóc người bệnh. Xây dựng và hoàn thiện hệ thống tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Xây dựng chương trình can thiệp toàn diện cho người bệnh ngoại trú. Xây dựng hệ thống quản lý người bệnh THA từ xa, nhằm giảm tần suất tái nhập viện. Nhân viên y tế cần chủ động học tập nâng cao trình độ chuyên môn, tuân thủ quy định và nhiệm vụ được giao đặc biệt là nhiệm vụ cung cấp kiến thức, đánh giá thái độ và sự tuân thủ điều trị của người bệnh THA.

Cần có những hình thức truyền thông phù hợp với từng vị trí của mình (có thể trực tiếp, gián tiếp hoặc phối hợp cả 2 tùy vào từng trường hợp cụ thể) nhằm nâng cao chất lượng truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh THA

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bentley Mbekwa Akoko, Peter Nde Fon, Roland Chefor Ngu, and Kathleen Blackett Ngu, "Knowledge of Hypertension and Compliance with Therapy Among Hypertensive Patients in the Bamenda Health District of Cameroon: A Cross-sectional Study", *Cardiol Ther*, vol. 6. no. 1. pp. 53-67. 2017. doi: 10.1007/s40119-016-0079-x.
- [2] World Health Organization (WHO), "Viet Nam Hypertension Fact Sheet", 2021.
- [3] Bộ Y tế, "Cần quan tâm hơn về hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở", 2022. [Online]. Available: <https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/>

/asset\_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/can-quan-tam-hon-ve-hoat-ong-quan-ly-benh-khong-lay-nhiem-va-roi-loan-suc-khoe-tam-than-tai-tuyen-y-te-co-so#:~:text=Số liệu điều tra cho,với 4%2C6 triệu người.

[4] H. Thương, "Ngày Tăng huyết áp thế giới năm 2021: Đo huyết áp đúng cách, kiểm soát huyết áp, sống lâu hơn!", HCDC. [Online]. Available: <https://hcdc.vn/category/van-de-suc-khoe/ngay-tang-huyet-ap-the-gioi-nam-2021-do-huyet-ap-dung-cach-kiem-soat-huyet-ap-song-lau-hon-5b70ee30ab4be925c7350f23b06bfccf.html>

[5] P. R. Gard, "Non-adherence to antihypertensive



medication and impaired cognition: which comes first?", *Int J Pharm Pract.*, vol. 18. no. 5. pp. 252-9. 2010. doi: 10.1111/j.2042-7174.2010.00045.x.

[6] M. H. Nishimura S, Kumamaru H, Shoji S, Sawano M, Kohsaka S, "Adherence to antihypertensive medication and its predictors among non-elderly adults in Japan", *Hypertens Res.*, vol. 43. no. 7. pp. 705-714. 2020. doi: 0.1038/s41440-020-0440-2.

[7] S. KU. Mahmood S, Jalal Z, Hadi MA, Khan TM, Haque MS, "Prevalence of non-adherence to antihypertensive medication in Asia: a systematic review and meta-analysis", *Int J Clin Pharm.*, vol. 43. no. 3. pp. 486-501. doi: 10.1007/s11096-021-01236-z.

[8] M. Kilic, T. Uzunçakmak, and H. Ede, "The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure", *International Journal of the Cardiovascular Academy*, vol. 2. no. 1. pp. 27-32. 2016. doi: 10.1016/j.ijcac.2016.01.003.

[9] Bệnh viện Thống Nhất, "Bộ máy tổ chức bệnh viện" [Online]. Available: <http://bvtn.org.vn/bo-may-to-chuc>

[10] Thái Thanh Trúc, Nguyễn Thị Dung, Hồ Mỹ, and Huỳnh Quỳnh, "Kiến thức, thái độ và thực hành về tăng huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quận 2. Thành phố Hồ Chí Minh", 2019.

[11] Trần Thiện Thuận, "Xác định yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức - thái độ - thực hành của bệnh nhân cao huyết áp tại quận 9 TP. Hồ Chí Minh năm 2006", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, vol. 1. no. 11. pp. 127-135. 2007.

[12] Trần Đức Sĩ và Nguyễn Hùng, "Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại khoa tim mạch phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn", pp. 39-43. 2021.

[13] Phạm Phương Mai, Nguyễn Thị Hà, Hoàng Vân và Phạm Thị Thu, "Kiến thức về bệnh tăng huyết áp của người trưởng thành tại huyện Quảng Xương, Thanh Hóa", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, vol. 144. no. 8. pp. 7-9. 2021.

[14] M. da S. Barreto, A. A. O. Reiners, and S. S. Marcon, "Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia", *Rev Lat Am Enfermagem*, vol. 22. no. 3. pp. 491-498. 2014. doi: 10.1590/0104-1169.3447.2442.

[15] A. Almas, S. S. Godil, S. Lalani, Z. A. Samani, and A. H. Khan, "Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan", *BMC Res Notes*, vol. 5. pp. 1-8. 2012. doi: 10.1186/1756-0500-5-579.

[16] A. J. Viera, L. W. Cohen, C. M. Mitchell, and P. D. Sloane, "High blood pressure knowledge among

primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 21. no. 4. pp. 300-308. 2008. doi: 10.3122/jabfm.2008.04.070254.

[17] Hoàng Thái Sơn, "Current status of knowledge, attitude, practice of environmental hygiene of Pho Yen people, Thai Nguyen province", Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, 2009. Accessed: Nov. 22. 2018. [Online]. Available: <http://www.lrc-tnu.edu.vn>

[18] Hoàng Đức Hạnh và Chu Thị Thu Hà, "Kiến thức của người dân về các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp tại ba xã/ phường Hà Nội năm 2013", *Tạp chí Y học dự phòng*, vol. 15. no. 6. p. 410. 2015.

[19] Đinh Thị Thu, Nguyễn Hồng Hạnh, Trần Thị Ly, Đỗ Văn Doanh và Bùi Văn Cường, "Nghiên cứu khoa học kiến thức và thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp của người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2018", *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*, vol. 2. no. 1. pp. 19-26. 2019.

[20] Trần Văn Tân và Trương Quang Đạt., "Kiến thức và thực hành về phòng chống tăng huyết áp của người dân ở các xã đảo của thành phố Quy Nhơn", *Tạp chí Y học dự phòng.*, vol. 15. no. 9. p. 128. 2015.

[21] Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Anh Thơ, "Kiến thức, thái độ và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp", *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 502. no. 2. pp. 125-130. 2021.

[22] A. Malik, Y. Yoshida, T. Erkin, D. Salim, and N. Hamajima, "Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan", *Nagoya J Med Sci*, vol. 76. no. 3-4. pp. 255-263. 2014.

[23] S. F. Z. Motlagh *et al.*, "Knowledge, treatment, control, and risk factors for hypertension among adults in Southern Iran", *Int J Hypertens*, vol. 2015. pp. 1-8. 2015.

[24] Nguyễn Ngọc Huy, Nguyễn Văn Tập, Trần Phúc Hậu và Nguyễn Thanh Bình, "Kiến thức phòng chống tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào chăm khu vực Nam trung bộ", *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 501. no. 1. Jul. 2021. doi: 10.51298/vmj.v501i1.474.

[25] P. T. Chimberengwa and M. Naidoo, "Knowledge, attitudes and practices related to hypertension among residents of a disadvantaged rural community in southern Zimbabwe", *PLoS One*, vol. 14. no. 6. pp. 1-16. 2018. [Online]. Available: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31237883/#:~:text=Conclusion%3A Members of the community,were linked to poor knowledge.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31237883/#:~:text=Conclusion%3A%20Members%20of%20the%20community,were%20linked%20to%20poor%20knowledge.)

# Assessing the knowledge and related factors of hypertensive patients receiving outpatient treatment at the on-Demand Examination Department of Thong Nhat Hospital, 2023

Nguyen Thi Han, Pham Van Hau and Le Dinh Thanh

## ABSTRACT

*Background: Hypertension is a chronic disease characterized by increased blood pressure. Knowledge about hypertension always has an influence on the treatment, control and management of this disease to prevent serious consequences of hypertension. Objective: Cross-sectional study was conducted to determine the proportion of patients with correct knowledge and related factors of hypertensive patients receiving outpatient treatment at the On-Demand Examination Department of Thong Nhat Hospital. Methods: The study was conducted at Thong Nhat Hospital during the period from April 1, 2023 to August 30, 2023. 497 patients agreed to participate in the study. Data were collected using a Structured Questionnaire. T-test was used to analyze the data. Results: The proportion of hypertensive patients with correct knowledge was 44.1%. Demographic factors (age, education, people living with, BMI, job) related to patient knowledge show that patients with a high school education or higher have good knowledge about Hypertension is 20.25 times higher than level below grade 3 (95% CI: 8.68 - 47.26); living with a spouse is 2.69 times higher than the group living with others (95% CI: 1.52 - 4.74); Not being overweight/obese is 0.664 times more likely to be overweight/obese (95% CI: 0.45 - 0.96) and the under 50 age group is 2.16 times more likely to have good knowledge about hypertension (95% CI: 1.33 - 3.52) compared to the group over 70 years old. In addition, the factor of moderate-intensity activity alone is related to the level of knowledge ( $p < 0.05$ ). The group with moderate intensity activity had 0.67 times better knowledge than the other group (95% CI: 0.46 - 0.96). Conclusion: Hypertensive patients have low correct knowledge about the disease, medical facilities need to pay attention to health education guidance to provide correct knowledge to patients.*

**Keywords:** outpatients, hypertension, knowledge

---

Received: 10/02/2024

Revised: 10/03/2024

Accepted for publication: 14/03/2024