

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

CAO NGUYỄN HOÀI THƯƠNG

HIỆU QUẢ CỦA NHÂN VIÊN SỨC KHỎE
CỘNG ĐỒNG TRONG QUẢN LÝ
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG:
THỬ NGHIỆM CAN THIỆP
Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI QUẬN 10
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Ngành: Y tế công cộng

Mã số: 9720701

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh, năm 2023

Công trình được hoàn thành tại:
Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: PGS. TS. BS. Trần Thiện Thuận
TS. BS. Võ Thị Xuân Hạnh

Phản biện 1:
Phản biện 2
Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
hợp tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
vào hồi giờ ngày tháng năm 2023

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:
- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học tổng hợp
- Thư viện Đại học Y Dược TP. HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Tăng huyết áp (THA) là một trong những nguyên nhân gây tử vong sớm trên toàn thế giới. Mặc dù tỉ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tỉ lệ nhận biết, điều trị và kiểm soát huyết áp lại thấp, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.⁴ Chiến lược dựa vào cộng đồng trong phòng chống các bệnh không lây nhiễm, trong đó có THA khi thực hiện ở các nước có thu nhập thấp và trung bình thường gặp nhiều thách thức do sự thiếu hụt về nhân lực y bác sĩ. Chính sự thiếu hụt lực lượng nhân viên y tế đã dẫn đến một số quốc gia sử dụng lực lượng nhân viên sức khỏe cộng đồng (NV SKCĐ) để đảm nhận một số nhiệm vụ cụ thể trong việc phòng ngừa và quản lý bệnh tật.¹⁰ Trong 10 năm qua, mặc dù nghiên cứu về hiệu quả của NV SKCĐ trong lĩnh vực này còn tương đối mới, nhưng cũng đã có một số kết quả khả quan về tính hiệu quả và tính kinh tế của việc sử dụng NV SKCĐ trong quản lý bệnh THA tại các nước có thu nhập thấp và trung bình.¹¹⁻¹⁵

Tại Việt Nam, vài năm gần đây đã có một số nghiên cứu và dự án thí điểm nhằm cải thiện tình hình quản lý và điều trị THA được triển khai. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2016 có chương trình “Cộng đồng vì trái tim khỏe”¹⁸ và nghiên cứu ở thành phố Thủ Đức năm 2020¹⁹ có đề cập đến sự tham gia của nhóm NV SKCĐ. Tuy nhiên, trong cả hai nghiên cứu này, vai trò của NV SKCĐ chưa được mô tả cụ thể, sự tham gia của họ vào nghiên cứu như thế nào, họ thực hiện những công việc gì để hỗ trợ cho nhân viên y tế, mang lại hiệu quả ra sao cũng không có thông tin.

Chính vì vậy chúng tôi quyết định tiến hành thử nghiệm can

thiệp bằng NV SKCD vãng gia giáo dục sức khỏe cho người bệnh về tuân thủ điều trị và hỗ trợ trạm y tế trong theo dõi, quản lý thông tin bệnh nhân, với các mục tiêu như sau:

1. Xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp ở người bệnh từ 60 tuổi trở lên tại Quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh trước khi can thiệp và các yếu tố liên quan.

2. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh từ 60 tuổi trở lên ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau khi nhân viên sức khỏe cộng đồng can thiệp.

3. So sánh sự thay đổi tỉ lệ kiểm soát huyết áp của người bệnh từ 60 tuổi trở lên ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau khi nhân viên sức khỏe cộng đồng can thiệp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu giả thực nghiệm ở những người từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán THA tại Quận 10 TP. Hồ Chí Minh, gồm có:

+ Mục tiêu 1: nghiên cứu cắt ngang trên 537 người bệnh, xác định tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc bằng thang đo Morisky-8, xác định các tỉ lệ tuân thủ không dùng thuốc (tái khám, không hút thuốc lá, hạn chế uống rượu/bia, giảm muối và tăng cường vận động thể lực).

+ Mục tiêu 2 và 3: nghiên cứu can thiệp cộng đồng, so sánh trước sau có nhóm chứng, không phân bổ ngẫu nhiên. Thực hiện can thiệp bằng NV SKCD tại Phường 10 Quận 10 để theo dõi thông tin bệnh và giáo dục sức khỏe về tuân thủ điều trị, sau đó tiến hành so sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp của người bệnh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Đây là nghiên cứu đầu tiên sử dụng đội ngũ nhân viên sức khỏe cộng đồng hỗ trợ theo dõi, quản lý THA theo mô hình khá tương đồng với các khuyến cáo và nghiên cứu đã triển khai trên thế giới.

Kết quả nghiên cứu đã chứng minh những hiệu quả ban đầu của đội ngũ nhân viên sức khỏe cộng đồng trong việc hỗ trợ bệnh nhân THA tăng cường tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp, giảm các chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương. Ngoài ra còn giúp bệnh nhân duy trì hành vi không hút thuốc lá, hạn chế uống rượu bia, giảm muối và tăng cường vận động thể lực.

Bên cạnh đó, đội ngũ nhân viên sức khỏe cộng đồng còn hỗ trợ cho trạm y tế trong công tác theo dõi và quản lý bệnh, hướng tới đạt các mục tiêu mà Bộ Y tế đề ra trong chương trình Phòng chống bệnh không lây nhiễm.

Bố cục của luận án

Luận án gồm 132 trang, gồm: đặt vấn đề 3 trang, mục tiêu 1 trang, tổng quan tài liệu 37 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 27 trang, kết quả 27 trang, bàn luận 34 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. Có 41 bảng, 8 hình, 3 biểu đồ và 189 tài liệu tham khảo.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp

- Trên Thế giới

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống đánh giá về tuân thủ điều trị đã tổng hợp 28 nghiên cứu từ 15 quốc gia. Tất cả các nghiên cứu này đều sử dụng thang đo Morisky-8 để đo lường tuân thủ của

bệnh nhân. Tổng cộng có 25 nghiên cứu được đưa vào phân tích. Kết quả phân tích gộp cho thấy tỉ lệ không tuân thủ điều trị thuốc là 45,2% (KTC 95% = 34,4 – 56,1, $p < 0,001$). Khi phân theo khu vực nghiên cứu thì các nghiên cứu ở Châu Phi có tỉ lệ không tuân thủ cao nhất (62,5%), sau đó là Châu Á (43,5%), các nước Châu Âu và Mỹ có tỉ lệ thấp hơn (37,1% và 36,6%).⁶⁰

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống khác tổng hợp các nghiên cứu về tuân thủ điều trị tại khu vực Châu Á. Tổng cộng có 66 nghiên cứu từ 22 nước châu Á được đưa vào phân tích. Kết quả của phân tích gộp ước tính tỉ lệ không tuân thủ điều trị ở Châu Á là 48% (KTC 95% = 41 – 54; $p = 0,001$). Khi phân theo khu vực, tỉ lệ không tuân thủ thuốc cao nhất ở Nam Á với 48%, tiếp theo là Đông Á với 45% và Trung Đông 41%.⁶¹

- Tại Việt Nam

Từ năm 2017 đến nay, có 16 nghiên cứu đánh giá sự tuân thủ điều trị THA được công bố. Hầu hết các nghiên cứu là nghiên cứu cắt ngang và được thực hiện trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú tại các bệnh viện, chỉ có 02 nghiên cứu là can thiệp cộng đồng.^{8,72}

Phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị được sử dụng chủ yếu là thang đo tuân thủ dùng thuốc Morisky-8 (12/16 nghiên cứu), còn lại là các tác giả tự xây dựng bộ câu hỏi. Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc trong các nghiên cứu từ 28,4% đến 91,7%. Kết quả của các nghiên cứu có sự dao động rất lớn là do sự khác biệt về địa điểm nghiên cứu, phương pháp đo lường và đối tượng nghiên cứu.

1.2. Phương pháp can thiệp bằng nhân viên sức khỏe cộng đồng

Các chương trình NV SKCĐ được thiết kế để cải thiện những

kết quả liên quan đến sức khỏe thông qua khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc tốt hơn, nâng cao trình độ kiến thức và tăng cường phòng ngừa bệnh tật, quản lý bệnh tật. Có một số loại mô hình chăm sóc, chủ yếu khác nhau về vai trò của NV SKCD trong các nhóm chăm sóc sức khỏe và loại đối tượng mà họ phục vụ. Theo Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (2011), các mô hình chăm sóc của NV SKCD có thể được nhóm thành sáu loại như sau:¹⁰⁵

- a) Thành viên của nhóm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- b) Điều phối viên chăm sóc sức khỏe
- c) Người cung cấp dịch vụ sàng lọc và giáo dục sức khỏe
- d) Nơi tiếp nhận và thông báo thông tin
- e) Người tổ chức cộng đồng
- f) Nhân viên y tế không chuyên

1.3. Các nghiên cứu can thiệp hành vi tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng nhân viên sức khỏe cộng đồng

1.3.1. Trên Thế giới

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để thử nghiệm và chứng minh hiệu quả của đội ngũ NV SKCD trong hỗ trợ quản lý và giúp tăng cường tuân thủ điều trị ở bệnh nhân THA.

Một tổng quan hệ thống được thực hiện vào năm 2022 với mục tiêu đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp bằng NV SKCD trong việc quản lý và phòng ngừa THA ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Có 14 nghiên cứu được đưa vào phân tích. Trong tất cả các nghiên cứu, NV SKCD là những người có sẵn tại cộng đồng và đa số là nữ. Hầu hết các nghiên cứu đã sử dụng các NV SKCD sẵn có và đang làm việc trong hệ thống chăm sóc sức

khỏe. Việc đào tạo các NV SKCD trong các nghiên cứu này đều khác nhau, thời gian đào tạo kéo dài từ 2 ngày đến 6 tuần. Nội dung đào tạo bao gồm: giáo dục sức khỏe tại nhà về nguy cơ bệnh tim mạch và chiến lược truyền thông thay đổi hành vi; kiến thức cơ bản về THA và đánh giá các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch; kỹ thuật đo huyết áp và đo nhân trắc học và các phương pháp khảo sát cộng đồng. Ngoài việc sàng lọc hoặc theo dõi THA thông qua đo huyết áp, NV SKCD cũng tham gia vào các hoạt động khác nhằm quản lý và kiểm soát THA như: giáo dục sức khỏe tại nhà và tư vấn thay đổi hành vi lối sống; đánh giá nguy cơ tim mạch bằng cách sử dụng công cụ trên máy tính bảng di động; hướng dẫn hoạt động 60 phút tập thể dục cho tim, thực hiện 03 lần/tuần trong thời gian 03 tháng; giới thiệu và khuyến khích những người cần điều trị THA đến các cơ sở y tế tại địa phương. Thời gian can thiệp thay đổi từ 3 tháng đến 2 năm, trong đó tần suất vãng gia cũng khác nhau dao động từ mỗi 3 tuần đến mỗi 3 tháng. Nhìn chung, có sự giảm đáng kể về huyết áp tâm thu trung bình trong 07/09 nghiên cứu; 03/06 nghiên cứu có sự cải thiện đáng kể về tỉ lệ kiểm soát được huyết áp. Các kết quả khác được báo cáo là những thay đổi về HA tâm trương, natri trong nước tiểu, tỉ lệ người được đo huyết áp và được chăm sóc trong số bệnh nhân THA được chẩn đoán, tỉ lệ bệnh nhân điều trị THA.¹⁰²

1.3.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam đã có nhiều nỗ lực để cải thiện tuân thủ điều trị ở bệnh nhân THA từ các chương trình quốc gia đến các chương trình điều trị ngoại trú tại các bệnh viện và các nghiên cứu trên

khắp cả nước. Tuy nhiên, việc áp dụng NV SKCD như các nghiên cứu trên thế giới thì chưa được thực hiện.

Nghiên cứu vào năm 2016 do Quỹ Novartis phối hợp với Sở Y tế và Cục Y tế Dự phòng thực hiện. NV SKCD trong nghiên cứu này được tập huấn để xây dựng điểm tầm soát, sàng lọc THA trong cộng đồng. Có rất nhiều chỉ số được dùng để đánh giá hiệu quả của mô hình can thiệp này, tuy nhiên lại không có kết quả về tuân thủ điều trị. Nhìn chung, trong số bệnh nhân được điều trị THA, tỉ lệ không đạt mức huyết áp mục tiêu đã giảm từ 73,2% còn 58,3% ($p < 0,005$) sau 3 năm. Ngoài ra, chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình cũng giảm ($p < 0,001$).¹⁸

Nghiên cứu thứ hai đã triển khai một mô hình can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt HA mục tiêu ở bệnh nhân THA tại trạm y tế phường Linh Xuân, TP Thủ Đức vào năm 2021. Nghiên cứu này có sự dụng nhóm cộng tác viên tại tổ dân phố, tương tự như NV SKCD, để hỗ trợ cho hoạt động can thiệp của nhân viên y tế tại trạm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc, kiểm tra HA, tái khám định kỳ đúng lịch hẹn, tuân thủ chế độ ăn giảm mặn, nhiều rau/củ/quả, giảm chất béo, mỡ động vật, hạn chế uống rượu/bia, ngưng hút thuốc và tập thể dục thường xuyên tại thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0. Sau can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân đạt HA mục tiêu tăng lên rõ rệt, T3 (33,2%); T6 (52,0%); T12 (77,4%) và T18 (94,5%) so với T0 (12,7%) (chỉ số hiệu quả từ 161,4 – 644,1%; $p < 0,001$).¹⁹

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu giả thực nghiệm, gồm có:

- Mục tiêu 1: nghiên cứu cắt ngang đánh giá tỉ lệ tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp trước can thiệp.
- Mục tiêu 2 và 3: nghiên cứu can thiệp cộng đồng, so sánh trước sau có nhóm chứng, không phân bổ ngẫu nhiên.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán THA tại Quận 10 TPHCM vào thời điểm nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

❖ Địa điểm nghiên cứu

- Mục tiêu 1: Phường 10 và Phường 6 Quận 10, TPHCM.
- Mục tiêu 2 và 3: nhóm can thiệp là Phường 10, Quận 10, TPHCM và nhóm chứng là Phường 6, Quận 10, TPHCM.

❖ Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2021

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Mục tiêu 1: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ, tính được số người cần khảo sát ít nhất là 385 người bệnh.

Mục tiêu 2: Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỉ lệ, tính được cần khảo sát ít nhất 222 người ở mỗi phường.

Mục tiêu 3: Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỉ lệ, tính được cần khảo sát ít nhất 149 người ở mỗi phường.

Thực tế ở giai đoạn cắt ngang nghiên cứu khảo sát được 256 người tại Phường 10 và 281 người tại Phường 6.

2.4.2. Kỹ thuật chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

Mục tiêu 1: Điều tra viên đến nhà những người từ 60 tuổi trở lên của mỗi phường theo danh sách người cao tuổi, sau đó xác định những người này có THA bằng cách xem sổ khám bệnh có chẩn đoán của bác sĩ hoặc toa thuốc điều trị THA. Những người nào xác định là có THA thì được mời tham gia nghiên cứu. Tiến hành khảo sát theo danh sách từng tổ dân phố cho đến khi đủ mẫu.

Mục tiêu 2 & 3: Khảo sát sau can thiệp trên cùng đối tượng đã tham gia nghiên cứu ở từng nhóm. Thực tế ở thời điểm này nghiên cứu khảo sát được 231 người ở Phường 10 (mất mẫu 25 người) và 249 người (mất mẫu 32 người) ở Phường 6.

2.4.3. Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí chọn vào: người từ 60 tuổi trở lên, đã có chẩn đoán THA của bác sĩ hoặc đang dùng thuốc điều trị THA trong thời gian ít nhất là 1 tháng, đang sống tạm trú hoặc thường trú tại Phường 6 và Phường 10 Quận 10 TPHCM ít nhất là 3 tháng tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: những người không có khả năng trả lời phỏng vấn hay mắc các bệnh tâm thần.

2.5. Biến số nghiên cứu

2.5.1. Mục tiêu 1

Nghiên cứu đánh giá tuân thủ điều trị THA của người bệnh ở 2 lĩnh vực: tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ không dùng thuốc.

+ **Tuân thủ dùng thuốc:** được đo lường bằng Thang đo tuân thủ điều trị của Morisky,¹¹¹ bao gồm 8 câu hỏi, mỗi câu hỏi được

đánh giá theo điểm số là 0 và 1 điểm, tổng điểm cao nhất là 8 điểm, người bệnh được cho là có tuân thủ khi đạt từ 6-8 điểm.

+ **Tuân thủ không dùng thuốc:** đánh giá qua 5 biến số sau:

- Tuân thủ tái khám: có tái khám bệnh THA trong 1 tháng qua, theo đúng lịch hẹn của bác sĩ hoặc sớm/trễ hẹn trong vòng 3 ngày.
- Tuân thủ không hút thuốc lá: trước giờ chưa từng hút hoặc hiện tại không hoặc bỏ hút thuốc lá hoàn toàn (kể cả thuốc lá điện tử).²⁴
- Tuân thủ hạn chế uống rượu bia: không uống hoặc có uống với số lượng ≤ 2 cốc chuẩn/ngày (nam) hoặc ≤ 1 cốc chuẩn/ngày (nữ) trong 1 tháng qua và tổng phải ≤ 10 cốc chuẩn/tuần (nam) hoặc ≤ 5 cốc chuẩn/tuần (nữ).²⁴
- Tuân thủ giảm muối: lượng Natri trung bình dùng mỗi ngày $< 1,9g$. Trong đó, lượng Na trung bình mỗi ngày được tính dựa vào bảng câu hỏi tần suất tiêu thụ các loại thực phẩm (FFQ) xét trên những loại thực phẩm chứa nhiều muối.¹¹²
- Tuân thủ vận động thể lực: mức độ vận động từ trung bình trở lên. Trong đó, mức độ vận động thể lực được đánh giá bằng Bộ câu hỏi IPAQ-SF, bao gồm 4 câu hỏi về tần suất các hoạt động tĩnh tại, đi bộ, vận động thể lực vừa và vận động thể lực nặng.¹¹³

2.5.2. Mục tiêu 2

Tất cả các biến số kết cục ở cả 2 lĩnh vực tuân thủ dùng thuốc và tuân thủ không dùng thuốc (mục tiêu 1) được đo lường sau can thiệp bằng phương pháp tương tự như trước can thiệp trên cùng đối tượng đã tham gia nghiên cứu ở từng nhóm.

2.5.3. Mục tiêu 3

- Kiểm soát huyết áp: người bệnh được cho là có kiểm soát huyết áp khi có chỉ số huyết áp tâm thu < 130 mmHg ở người < 65 tuổi và < 140 mmHg ở người ≥ 65 tuổi, và chỉ số huyết áp tâm trương đạt < 80 mmHg.²⁴

2.6. Phương pháp can thiệp

Nghiên cứu can thiệp bằng đội ngũ NV SKCĐ để theo dõi thông tin bệnh và giáo dục sức khỏe về tuân thủ điều trị.

Các tài liệu hướng dẫn dành cho NV SKCĐ và người bệnh được xây dựng dựa trên Quyết định số 5904/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 20/12/2019 về “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm y tế xã”.²⁴

Nghiên cứu tuyển chọn NV SKCĐ từ những cộng tác viên hiện có, hoặc tổ trưởng, hoặc các hội, đoàn thể tại địa phương. Nhóm nghiên cứu tiếp cận đối tượng này, trình bày mục tiêu, các hoạt động, kinh phí và những lợi ích mang lại của chương trình và mời họ tham gia. Người nào đồng ý sẽ ký tên vào Phiếu đồng ý tham gia chương trình. Sau đó, bắt đầu tập huấn cho nhóm NV SKCĐ trong 1 tuần theo nội dung đã xây dựng và chuẩn bị.

Định kỳ mỗi tháng 1 lần, NV SKCĐ vãng gia những bệnh nhân THA để giáo dục sức khỏe, nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ điều trị và tái khám đều đặn. Ngoài ra còn cập nhật thông tin về huyết áp, tái khám, nhập viện, bệnh mới mắc vào sổ tay.

Sau khi NV SKCĐ hoàn thành công tác vãng gia trong tháng, họ gửi sổ vãng gia cho nhân viên phụ trách quản lý bệnh không lây tại Trạm để cập nhật thông tin vào phần mềm.

Tại Phường 6

Người bệnh có thể đến khám bệnh THA tại phòng khám Bác sĩ gia đình, khám bệnh BHYT tại trạm hoặc bất cứ cơ sở y tế nào mà người bệnh muốn. Khi tái khám và điều trị, người bệnh có thể nhận được những tư vấn, nhắc nhở dùng thuốc và thay đổi lối sống từ bác sĩ theo phác đồ điều trị. Việc nhập và quản lý thông tin người bệnh trên phần mềm quản lý tại trạm không được thực hiện.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0 và phần mềm R (Mô hình BMA).

Mục tiêu 1: tất cả các biến số đều được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Mô hình Bayesian Model Averaging (BMA) được dùng để chọn các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị, sau đó dùng mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát (GLM) với các biến số đã chọn để ước tính mức độ liên quan bằng tỉ số tỉ lệ hiện mắc (PR) hiệu chỉnh với KTC 95%.

Mục tiêu 2 & 3: để so sánh trước – sau can thiệp trong từng phường, nghiên cứu sử dụng kiểm định Mc Nemar và kiểm định T-test bất cặp. Nghiên cứu sử dụng mô hình hồi quy GEE để so sánh sự thay đổi trước – sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 373/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 02/06/2020.

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu cắt ngang

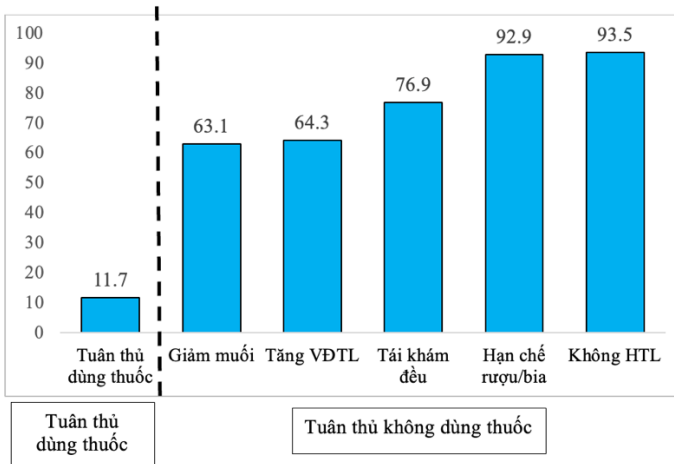
Mẫu nghiên cứu có tỉ lệ nữ nhiều hơn nam (63,7%), nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm nhiều nhất (47,5%). Nghề nghiệp trước đây chủ yếu là cán bộ viên chức (28,5%) và kinh doanh/buôn bán (22,0%). Trình độ học vấn chiếm tỉ lệ cao nhất là cấp 3 (31,1%).

Đa số người bệnh có BHYT (97%). Thời gian mắc THA chiếm tỉ lệ cao nhất là >10 năm (41%). Tỉ lệ từng bị biến chứng của THA là 22,9% và tỉ lệ có bệnh mạn tính khác đi kèm là 46,9%.

Mẫu nghiên cứu có tỉ lệ thừa cân – béo phì khá cao (64,5%). Tỉ lệ có nguy cơ chỉ số vòng eo và tỉ số eo/hông lần lượt là 53,4% và 76,6%. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp của mẫu nghiên cứu là 23,7%.

3.2. Tuân thủ điều trị THA của người từ 60 tuổi trở lên tại Quận 10 trước can thiệp và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tuân thủ điều trị của người bệnh



Biểu đồ 3.3: Tỉ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh (n = 537)

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Bảng 3.7: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của người bệnh sau khi chọn theo mô hình BMA

Tuân thủ dùng thuốc	PR_{hc}	KTC 95%	Giá trị p
Thời gian mắc THA < 1 năm			
1 năm – 5 năm	0,57	0,28 – 1,17	0,125
> 5 năm – 10 năm	0,36	0,16 – 0,79	0,011
> 10 năm	0,32	0,15 – 0,66	0,002
Bệnh mạn tính đi kèm	1,99	1,23 – 3,22	0,005

Bảng 3.9: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ tái khám của người bệnh sau khi chọn theo mô hình BMA

Tuân thủ tái khám	PR_{hc}	KTC 95%	Giá trị p
Bảo hiểm y tế	2,03	1,09 – 3,77	0,025
TT dinh dưỡng bình thường			
Gầy	0,75	0,53 – 1,07	0,117
Thừa cân	1,14	1,02 – 1,27	0,025
Béo phì	1,14	1,01 – 1,30	0,042
Đồng mắc ĐTĐ	1,18	1,08 – 1,29	< 0,001

Bảng 3.11: Các yếu tố liên quan đến tuân thủ giảm muối của người bệnh sau khi chọn theo mô hình BMA

Tuân thủ giảm muối	PR_{hc}	KTC 95%	Giá trị p
Bệnh mạn tính đi kèm	0,79	0,69 – 0,90	< 0,001

3.3. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị THA ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau can thiệp

3.3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu can thiệp

Mẫu nghiên cứu đưa vào phân tích can thiệp có tỉ lệ nữ giới là 64,2% và nhóm từ 60 – 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 52,1%. Không có sự khác biệt về giới, tuy nhiên có sự khác biệt về nhóm tuổi giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc trước can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trong các tỉ lệ tuân thủ không dùng thuốc thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ không HTL và giảm muối.

Tỉ lệ kiểm soát huyết áp trước can thiệp ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng có nghĩa thống kê.

3.3.2. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị THA tại nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau can thiệp

(*)Tất cả các bảng so sánh tỉ lệ tuân thủ điều trị giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng đều sử dụng mô hình GEE có kiểm soát theo nhóm tuổi, BHYT, biến chứng THA, bệnh mạn tính đi kèm, tình trạng dinh dưỡng, tỉ số eo/hông nguy cơ, tuân thủ không HTL, tuân thủ giảm muối và kiểm soát HA trước can thiệp.

Bảng 3.24: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc

	Δ trước-sau trong từng nhóm*		So sánh Δ trước-sau giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ dùng thuốc				
Can thiệp	4,26 (3,11 – 5,82)	< 0,001	1,64 (1,34 – 2,02)	< 0,001
Chứng	3,88 (2,57 – 5,84)	< 0,001		

Bảng 3.25: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ tái khám

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ tái khám				
Can thiệp	0,74 (0,66 – 0,82)	< 0,001	1,07 (0,96 – 1,20)	0,236
Chứng	0,47 (0,40 – 0,56)	< 0,001		

Bảng 3.26: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ không HTL

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ không HTL				
Can thiệp	0,96 (0,91 – 1,02)	0,171	1,06 (1,02 – 1,10)	0,007
Chứng	0,83 (0,78 – 0,88)	< 0,001		

Bảng 3.27: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ hạn chế uống rượu/bia

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ hạn chế uống rượu/bia				
Can thiệp	1,04 (0,99 – 1,10)	0,107	1,02 (0,98 – 1,07)	0,272
Chứng	0,91 (0,86 – 0,96)	0,001		

Bảng 3.28: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ giảm muối

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ giảm muối				
Can thiệp	1,41 (1,19 – 1,66)	< 0,001	1,01 (0,93 – 1,09)	0,877
Chứng	0,82 (0,73 – 0,92)	0,001		

Bảng 3.29: So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ VĐTL

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Tuân thủ VĐTL				
Can thiệp	1,04 (0,93 – 1,18)	0,469	1,42 (1,27 – 1,60)	< 0,001
Chứng	0,67 (0,56 – 0,80)	< 0,001		

3.4. So sánh sự thay đổi tỉ lệ kiểm soát HA ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau can thiệp

Bảng 3.34: So sánh sự thay đổi tỉ lệ kiểm soát huyết áp

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	RR (KTC 95%)	p	RR (KTC 95%)	p
Kiểm soát huyết áp				
Can thiệp	2,14 (1,72 – 2,67)	< 0,001	1,76 (1,50 – 2,07)	< 0,001
Chứng	1,37 (0,99 – 1,89)	0,054		

Bảng 3.35: So sánh sự thay đổi chỉ số huyết áp tâm thu

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	Hệ số β (KTC 95%)	p	Hệ số β (KTC 95%)	p
HA tâm thu				
Can thiệp	0,60 (-1,81 – 3,00)	0,628	- 5,89 (-7,91 – -3,86)	< 0,001
Chứng	9,56 (7,48 – 11,64)	< 0,001		

Bảng 3.36: So sánh sự thay đổi chỉ số huyết áp tâm trương

	$\Delta_{\text{trước-sau}}$ trong từng nhóm*		So sánh $\Delta_{\text{trước-sau}}$ giữa can thiệp và chứng*	
	Hệ số β (KTC 95%)	p	Hệ số β (KTC 95%)	p
HA tâm trương				
Can thiệp	-2,62 (-4,41 – -0,83)	0,004	- 5,41 (-6,79 – -4,03)	< 0,001
Chứng	4,52 (2,75 – 6,29)	< 0,001		

BÀN LUẬN

4.2. Tuân thủ điều trị THA của người từ 60 tuổi trở lên tại Quận 10 trước can thiệp

Tỉ lệ người bệnh có tuân thủ điều trị dùng thuốc trong nghiên cứu này khá thấp (chỉ có 11,7%) khi so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới. Theo một tổng quan hệ thống cho thấy mức độ không đồng nhất khá cao về tỉ lệ tuân thủ điều trị với thấp nhất là 6,8%, cao nhất là 90,4% và tỉ lệ gộp chung là 54,8%.⁶⁰ Kết quả từ một phân tích gộp khác ước tính tỉ lệ tuân thủ điều trị ở Châu Á là 52%, trong đó thấp nhất là ở Indonesia với 11% và cao nhất là ở Ấn Độ với 95%.⁶¹ Khi tổng hợp riêng những nghiên cứu có nhóm đối tượng là bệnh nhân THA trên 60 tuổi thì tỉ lệ này dao động từ 18,2% đến 90,4% với trung bình là 68,8%.⁶² Khi so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, trong 16 nghiên cứu từ năm 2017 trở lại đây mà chúng tôi tổng hợp được thì nghiên cứu này cũng có tỉ lệ thấp nhất. Tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc ở các nghiên cứu tại Việt Nam dao động từ 28,4%⁸ đến 91,7%.⁶⁷ Nhìn chung, có thể

thấy rằng trong các nghiên cứu tại cộng đồng, tỉ lệ tuân thủ khá thấp trong khi các nghiên cứu tại bệnh viện hoặc phòng khám thì tỉ lệ này cao hơn nhiều, có thể là do chính những bệnh nhân đến tại bệnh viện đã có ý thức tốt hơn trong việc theo dõi và điều trị bệnh, trong khi đó trong cộng đồng vẫn còn rất nhiều người chưa quan tâm đến bệnh trạng của bản thân.

Tỉ lệ người có vận động thể lực ở mức vừa và nặng khá cao, chiếm 64,3%. Từ trước đến nay, trong các nghiên cứu trên bệnh nhân THA, VĐTTL của người bệnh rất ít được đánh giá hoặc sẽ đánh giá qua việc hỏi người bệnh có tham gia tập thể dục trên 30 phút/ngày và trên 5 lần/tuần. Việc này thứ nhất là sẽ không cung cấp được kết quả chuẩn xác để đánh giá việc vận động của người bệnh. Thứ hai là sẽ rất khó cho việc so sánh giữa các nghiên cứu khi không thống nhất về cách lượng giá. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo IPAQ-SF, một công cụ đo lường đã được chứng minh là đáng tin cậy và hợp lý để đánh giá và theo dõi hoạt động thể lực của người cao tuổi ở Việt Nam.¹¹³ Đây là một thang đo ngắn gọn, chỉ gồm 4 câu hỏi, dễ thực hiện, khá phù hợp trong điều tra cộng đồng.

Trong tất cả các hành vi tuân thủ không dùng thuốc, việc giảm muối trong chế độ ăn của người bệnh là có tỉ lệ tuân thủ thấp nhất, đạt 63,1%. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thơm (54,8%)¹¹⁸ nhưng thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thu Hằng (70%).⁷⁴ Điều đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi là việc tiêu thụ muối hàng ngày được đánh giá thông qua bộ câu hỏi FFQ, đánh giá tần suất và lượng thực phẩm tiêu thụ hàng ngày của

người bệnh, từ đó tính được lượng Na trung bình mỗi ngày người bệnh tiêu thụ. Do đó, kết quả này sẽ phần nào phản ánh một cách chính xác hơn việc tuân thủ giảm muối của bệnh nhân.

4.3. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị THA của người bệnh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau can thiệp

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để thử nghiệm và chứng minh hiệu quả của đội ngũ NV SKCD trong hỗ trợ quản lý và giúp tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân THA. Một nghiên cứu về Hiệu quả của can thiệp đa thành phần do NV SKCD thực hiện tại Argentina vào năm 2017 cho thấy tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm can thiệp đã tăng từ 31,3% lên 48,3% sau 6 tháng và đạt 54,5% sau 12 tháng; ở nhóm chứng cũng tăng tương ứng từ 38% lên 41,2% và 49,6%.¹⁵⁶ Nghiên cứu về Hiệu quả của mạng lưới NV SKCD trong việc kiểm soát bệnh và tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ và/hoặc THA ở Chiapas, Mexico cũng được công bố vào năm 2017 cho thấy so với nhóm chứng, nhóm can thiệp đã tăng 86% tỉ lệ tuân thủ điều trị.¹⁰⁹ Có thể nhận thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc trong các nghiên cứu đều tăng sau can thiệp. Tuy nhiên khi so sánh giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng thì có một số nghiên cứu lại chưa tìm thấy sự khác biệt. Các nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có đặc điểm chung là thời gian can thiệp ngắn, thậm chí có nghiên cứu chỉ trong 6 tuần, từ đó có thể thấy là với những bệnh mạn tính, cần có thời gian can thiệp từ 6 tháng trở lên để có thể quan sát được hiệu quả của can thiệp một cách chính xác hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ vận động thể lực theo khuyến

cáo của người bệnh ở nhóm can thiệp tăng cao hơn trước, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, ở nhóm chứng, tỉ lệ này giảm 33%. Và khi so sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ VĐTL trước – sau can thiệp giữa 2 nhóm thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Một nghiên cứu tại vùng nông thôn Ấn Độ vào năm 2019, cùng sử dụng mô hình can thiệp bằng NV SKCĐ, nhưng không tìm thấy sự khác biệt về thay đổi VĐTL giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng.¹⁶⁵ Tại Việt Nam, theo nghiên cứu tại tỉnh Phú Thọ năm 2019 cho thấy tỉ lệ tuân thủ VĐTL ở nhóm can thiệp tăng 43,3% trong khi nhóm chứng giảm 7%.¹⁵⁹ Một nghiên cứu tại Hải Phòng có chỉ số hiệu quả sau can thiệp 01 năm là 25%, trong đó tỉ lệ tuân thủ VĐTL ở nhóm chứng không thay đổi.⁷² Như vậy tuy tỉ lệ tuân thủ VĐTL ở nhóm can thiệp không tăng, nhưng so sánh với việc giảm VĐTL ở nhóm chứng cũng đã chứng minh được một phần hiệu quả của can thiệp bằng NV SKCĐ trong việc giúp người bệnh duy trì VĐTL theo khuyến cáo, thậm chí trong giai đoạn giãn cách xã hội.

4.4. So sánh sự thay đổi tỉ lệ kiểm soát HA của người bệnh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau can thiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau can thiệp, nhóm can thiệp tăng tỉ lệ kiểm soát HA 1,76 lần, giảm 5,89 mmHg HA tâm thu và 5,41 mmHg HA tâm trương so với nhóm chứng. Khi so sánh kết quả với các nghiên cứu trên thế giới cũng áp dụng biện pháp can thiệp bằng NV SKCĐ, chúng tôi nhận thấy có sự thống nhất chung về hiệu quả của mô hình can thiệp trong việc giúp bệnh nhân THA giảm được chỉ số huyết áp và đạt mục tiêu điều trị. Một nghiên

cứ được thực hiện trên nhóm bệnh nhân THA có thu nhập thấp tại Argentina, tỉ lệ người bệnh kiểm soát được huyết áp tăng từ 17,0% lên 72,9% sau 18 tháng ở nhóm can thiệp và từ 17,6% lên 52,2% ở nhóm chứng, sự khác biệt về mức tăng tỉ lệ kiểm soát huyết áp là 20,6%.¹⁵⁶ Còn theo nghiên cứu tại vùng nông thôn Ấn Độ thì sau 3 tháng, tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm can thiệp tăng 20,3% trong khi nhóm chứng chỉ tăng 9,5%.¹⁶⁵ Và nghiên cứu tại Nepal cũng báo cáo sau 6 tháng can thiệp, nhóm chứng tăng 38,3% tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu còn nhóm chứng chỉ tăng 28,3%, nhưng chưa tìm thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm.¹⁸⁴ Tại Việt Nam, có một nghiên cứu có đề cập đến nhóm NV SKCD trong mô hình can thiệp, nhưng vai trò của họ chỉ là hỗ trợ cho nhân viên y tế tại trạm và cũng chưa được mô tả rõ ràng cụ thể nhiệm vụ. Kết quả của nghiên cứu này là tỉ lệ người bệnh đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 12,7% ở thời điểm ban đầu đến 33,2%; 52% và 77,4% ứng với 3, 6 và 12 tháng can thiệp.¹⁹ Nhìn chung, mô hình can thiệp bằng NV SKCD đã chứng minh được hiệu quả trong việc cải thiện tỉ lệ kiểm soát HA ở bệnh nhân. Mô hình này khi được áp dụng cần chú ý thời gian can thiệp vì thay đổi hành vi là cả quá trình chứ không thể thực hiện trong thời gian ngắn, nếu có thể thì nên duy trì việc vắng gia của NV SKCD vào công tác thường quy tại trạm y tế.

KẾT LUẬN

1. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người từ 60 tuổi trở lên tại Quận 10 trước can thiệp

Tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc là 11,7%.

Trong các hành vi tuân thủ không dùng thuốc, tỉ lệ tuân thủ bỏ

hút thuốc lá và hạn chế uống rượu/bia khá cao (> 90%). Tỷ lệ tuân thủ giảm muối và tăng cường vận động thể lực lần lượt là 63,1% và 64,3%. Tỷ lệ tuân thủ tái khám đúng lịch hẹn là 76,9%.

Tỷ lệ kiểm soát huyết áp là 23,7%.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị gồm có:

+ Liên quan đến tuân thủ dùng thuốc là thời gian mắc bệnh và có bệnh mạn tính đi kèm.

+ Liên quan đến tuân thủ không dùng thuốc là bảo hiểm y tế, bệnh mạn tính đi kèm và tình trạng dinh dưỡng.

2. So sánh sự thay đổi tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Sau can thiệp, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc đều tăng ở cả 2 nhóm (nhóm can thiệp tăng 4,26 lần, nhóm chứng tăng 3,88 lần) và nhóm can thiệp tăng nhiều hơn nhóm chứng 1,64 lần.

Tỷ lệ tuân thủ không dùng thuốc: có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự thay đổi trước – sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng ở các hành vi sau:

+ Tuân thủ không hút thuốc lá: nhóm can thiệp không thay đổi trong khi nhóm chứng giảm 17%.

+ Tuân thủ vận động thể lực: nhóm chứng bị giảm 33% trong khi nhóm can thiệp duy trì được tỷ lệ này.

+ Các hành vi tuân thủ không dùng thuốc còn lại bao gồm tuân thủ tái khám, hạn chế uống rượu/bia và giảm muối không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự thay đổi của 2 nhóm.

3. So sánh sự thay đổi tỷ lệ kiểm soát huyết áp của người bệnh

ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng

Sau can thiệp, tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm can thiệp tăng 2,14 lần trong khi ở nhóm chứng thì không thay đổi. Khi so sánh giữa 2 nhóm thì nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự thay đổi chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương giữa 2 nhóm, trong đó nhóm can thiệp giảm được 5,89 mmHg huyết áp tâm thu và 5,41 mmHg huyết áp tâm trương so với nhóm chứng.

KIẾN NGHỊ

Can thiệp bằng nhân viên sức khỏe cộng đồng nên được triển khai theo diện rộng, trước hết là trên toàn quận, lồng ghép vào hoạt động thường quy tại trạm y tế, nhằm hỗ trợ cho nhân viên y tế tại trạm trong công tác theo dõi và quản lý thông tin bệnh.

Việc áp dụng phương pháp này trên phạm vi rộng hơn như các quận khác hoặc toàn thành phố cần cân nhắc và hiệu chỉnh theo điều kiện của từng địa phương, đặc biệt là đặc điểm của mạng lưới nhân viên sức khỏe cộng đồng sẵn có tại địa phương.

Trung tâm y tế cần đề xuất nguồn kinh phí thường xuyên cho hoạt động quản lý bệnh tăng huyết áp của nhân viên sức khỏe cộng đồng để duy trì hoạt động một cách hiệu quả.

Các nhà nghiên cứu có thể thử nghiệm cách áp dụng thêm các thiết bị công nghệ thông tin hiện đại và phù hợp để hỗ trợ cho công tác vãng gia, ghi nhận thông tin của nhân viên sức khỏe cộng đồng được nhanh gọn hơn, nhập trực tiếp vào hệ thống quản lý bệnh của trạm y tế nhằm tiết kiệm thời gian và nguồn lực.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Cao Nguyen Hoai Thuong, Tran Thien Thuan, Vo Thi Xuan Hanh, Ho Nguyen Anh Tuan, Tran Ngoc Dang. Factors associated to treatment adherence in elderly people with hypertension: A cross-sectional study in Ho Chi Minh city. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2022; 16:101099.
2. Cao Nguyễn Hoài Thương, Trần Thiện Thuận, Võ Thị Xuân Hạnh, Lê Kiều Chinh, Bùi Hồng Cẩm, Trần Thanh Thiên Trúc. Hiệu quả của mô hình cộng tác viên trong tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Quận 10 thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2023; 167(6):263-272.

