

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

TRẦN THỊ MỸ HẠNH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO THỰC HÀNH THEO DẪI HUYẾT ÁP VÀ TUÂN
THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN 50 TUỔI
TẠI HUYỆN TIỀN HẢI, TỈNH THÁI BÌNH**

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ CHUYÊN NGÀNH: 62.72.03.01

Hà Nội, 2017

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

TRẦN THỊ MỸ HẠNH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP
NÂNG CAO THỰC HÀNH THEO DỠI HUYẾT ÁP VÀ TUÂN
THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN 50 TUỔI
TẠI HUYỆN TIỀN HẢI, TỈNH THÁI BÌNH**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số : 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

Hà Nội, 2017

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC BẢNG.....	v
DANH MỤC CÁC HÌNH, BIỂU ĐỒ.....	vii
TÓM TẮT LUẬN ÁN	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	4
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	5
1.1. Tổng quan về tăng huyết áp	5
1.1.1. Khái niệm, cách đo và phân loại.....	5
1.1.2. Tình hình tăng huyết áp và gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp gây ra	9
1.1.3. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp	17
1.2. Tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị trong điều trị tăng huyết áp.....	19
1.2.1. Thực trạng tự theo dõi huyết áp ở người THA tại cộng đồng.....	19
1.2.2. Tuân thủ điều trị thuốc.....	20
1.3. Một số chương trình quản lý điều trị tăng huyết áp	25
1.3.1. Chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc Gia.....	25
1.3.2. Mô hình quản lý và điều trị ngoại trú tại bệnh viện	26
1.3.3. Một số cách tiếp cận mới trong phòng chống tăng huyết áp tại Việt Nam.....	27
1.3.4. Một số cơ sở để xây dựng mô hình can thiệp tăng cường tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị.....	29
1.4. Khái quát chung về địa bàn nghiên cứu	36
KHUNG LÝ THUYẾT: CÁC NHÓM YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP	39
Chương 2: PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	40
2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	40
2.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu	41
2.2.1. Công thức tính cỡ mẫu.....	41
2.2.3. Chiến lược chọn mẫu	41
2.3. Chỉ số và biến số của nghiên cứu.....	44

2.3.1. Chỉ số đánh giá trước và sau can thiệp	44
2.3.2. Chỉ số theo dõi can thiệp.....	45
2.3.3. Đo lường kết quả can thiệp.....	45
2.3.4 Cách tính hiệu quả can thiệp	45
2.4. Tiêu chí đánh giá chỉ số nghiên cứu.....	47
2.4.1. Tiêu chí để đánh giá thực hành tự theo dõi huyết áp của bệnh nhân	47
2.4.2. Tiêu chí đo lường tuân thủ điều trị thuốc	47
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	47
2.5.1 Phần định lượng.....	47
2.5.2 Phần định tính	48
2.6. Quy trình thu thập số liệu.....	48
2.6.1 Thu thập số liệu cho nghiên cứu ban đầu và đánh giá sau.....	48
2.6.2 Thu thập số liệu quá trình can thiệp	49
2.7. Tuyển chọn và tập huấn điều tra viên, cộng tác viên	49
2.7.1. Tiêu chuẩn chọn ĐTV, CTV	49
2.7.2. Tập huấn điều tra viên, CTV.....	50
2.8. Mục tiêu, nguyên tắc xây dựng, nội dung và kế hoạch can thiệp	50
2.8.1. Mục tiêu can thiệp.....	50
2.8.2. Nguyên tắc xây dựng chương trình can thiệp	50
2.8.3. Nội dung của mô hình can thiệp	52
2.8.4. Tổ chức can thiệp.....	54
2.8.5. Theo dõi/Giám sát quá trình can thiệp	54
2.9. Quản lý và sử dụng số liệu.....	55
2.10. Nhập và xử lý số liệu	55
2.11. Đạo đức nghiên cứu	55
2.12. Sai số nghiên cứu và cách khắc phục	56
2.13. Hạn chế của nghiên cứu	56
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	57
3.1. Kết quả đánh giá trước can thiệp	57
3.1.1. Đặc điểm người bệnh trong mẫu nghiên cứu.....	57

3.1.2. Kiến thức và thực hành theo dõi HA và yếu tố liên quan	60
3.1.3. Thực hành dùng thuốc hạ HA trước can thiệp và một số yếu tố liên quan.....	65
3.1.4. Thực hành tuân thủ điều trị trước can thiệp và một số yếu tố liên quan.....	67
3.2. Kết quả xây dựng mô hình can thiệp	71
3.2.1. Gói giải pháp can thiệp tư vấn cá nhân về dùng thuốc cho người bệnh	71
3.2.2. Gói giải pháp áp dụng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp (chi tiết xây dựng công cụ này xin xem tại Phụ lục 1)	72
3.2.3. Gói giải pháp vận hành phương thức nhắc nhau theo nhóm.....	72
3.3. Kết quả đánh giá sau can thiệp.....	73
3.3.1. Kiến thức, thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh sau can thiệp.....	73
3.3.2. Thực trạng dùng thuốc hạ huyết áp của người bệnh sau can thiệp.....	75
3.3.3. Thực trạng tuân thủ điều trị sau can thiệp.....	75
3.4. Đánh giá kết quả can thiệp	78
3.4.1. Sự thay đổi về kiến thức và kỹ năng đo huyết áp trước và sau can thiệp	78
3.4.2. Sự thay đổi về thực hành đo huyết áp trước và sau can thiệp	81
3.4.3. Sự cải thiện tỷ lệ dùng thuốc, giảm tình trạng bỏ trị	83
3.4.4. Phân tích hai biến so sánh chỉ số về kiến thức, kỹ năng tự theo dõi huyết áp, thực hành theo dõi HA, dùng thuốc và tuân thủ điều trị.....	86
3.4.5 Phân tích mô hình hồi quy logistic về sự thay đổi các chỉ số can thiệp sau khi hiệu chỉnh với nghề nghiệp, học vấn, giới, nhóm đối tượng	86
Chương 4: BÀN LUẬN	93
4.1. Một số đặc điểm chính của người bệnh tham gia nghiên cứu	93
4.2. Kiến thức và thực hành tự theo dõi huyết áp trước can thiệp	95
4.2.1. Kiến thức về tự theo dõi huyết áp của người bệnh trước can thiệp.....	95
4.2.2. Thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh trước can thiệp.....	95
4.3. Thực trạng dùng thuốc và tuân thủ điều trị trước can thiệp.....	96
4.3.1 Thực trạng dùng thuốc hạ huyết áp trước can thiệp.....	96
4.3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị trước can thiệp	97
4.4. Bàn luận về mô hình can thiệp	99
4.5. Bàn luận về quá trình thực hiện can thiệp.....	101

4.6. Bàn luận về kết quả can thiệp	102
4.6.1. <i>Kết quả trong tăng cường kiến thức, kỹ năng tự theo dõi huyết áp</i>	102
4.6.2. <i>Kết quả trong tăng cường thực hành tự theo dõi huyết áp</i>	103
4.6.3. <i>Kết quả trong tăng cường tỷ lệ dùng thuốc hạ huyết áp</i>	104
4.6.4. <i>Kết quả trong cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị</i>	104
4.6.5 <i>Điểm mạnh và những hạn chế của nghiên cứu</i>	107
Chương 5: KẾT LUẬN	110
Chương 6: KHUYẾN NGHỊ.....	112
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	113
PHỤ LỤC 1: PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG GIẢI PHÁP BẢNG PHIÊN GIẢI VÀ HỖ TRỢ TỰ THEO DÕI HUYẾT ÁP	126
PHỤ LỤC 2: QUÁ TRÌNH TRIỂN KHAI CAN THIỆP	149
PHỤ LỤC 3: LỊCH GIÁM SÁT CAN THIỆP	152
PHỤ LỤC 4: SƠ ĐỒ CÁC YẾU TỐ DỰ KIẾN TÁC ĐỘNG.....	153
PHỤ LỤC 5: PHIẾU HỎI MỘT SỐ THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI	154

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1: Phân loại huyết áp theo Tổ chức Y tế thế giới (2003).....	8
Bảng 1.2: Phân loại huyết áp ở người ≥ 18 tuổi theo JNC 7, 8-2014	8
Bảng 2.1: Các giai đoạn của nghiên cứu.....	41
Bảng 2.2: Danh sách địa bàn nghiên cứu.....	43
Bảng 2.3: Biến số nghiên cứu	46
Bảng 2.4: Tóm tắt các giải pháp và hoạt động can thiệp	52
Bảng 3.1: Tóm tắt một số đặc điểm nhân khẩu học	57
Bảng 3.2: Thời gian phát hiện tăng huyết áp của bệnh nhân	59
Bảng 3.3. T- test so sánh tuổi bệnh nhân được chẩn đoán THA trung bình.....	59
Bảng 3.4: Các bệnh mắc kèm theo.....	60
Bảng 3.5: Kiến thức, kỹ năng và máy đo HA của bệnh nhân trước can thiệp.....	60
Bảng 3.6: Thực hành theo dõi HA của bệnh nhân trước CT	62
Bảng 3.7: Phân tích đơn biến mối liên quan đến tự theo dõi HA tại nhà	63
Bảng 3.8: Mô hình hồi quy logistic mối liên quan tới thực hành theo dõi HA trước can thiệp	64
Bảng 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc hạ áp trước can thiệp.....	65
Bảng 3.1. Phân bố điểm Morisky trong nhóm đang điều trị TCT (n = 151)	68
Bảng 3.2: Phân loại tuân thủ điều trị của bệnh nhân TCT (n = 302).....	68
Bảng 3.12: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân trước can thiệp	69
Bảng 3.13: Phân tích mối liên quan đến tuân thủ điều trị trước can thiệp.....	69
Bảng 3.14: Mô hình hồi quy logistic liên quan tới tuân thủ điều trị trước CT	71
Bảng 3.15: Kiến thức, kỹ năng và máy đo HA của bệnh nhân sau can thiệp.....	73
Bảng 3.16: Thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà sau can thiệp	74
Bảng 3.17: Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp sau can thiệp.....	75
Bảng 3.18: Phân bố điểm Morisky của bệnh nhân sau can thiệp (n = 182)	75
Bảng 3.20: Phân bố tình trạng tuân thủ theo thang đo của Morisky sau CT	76
Bảng 3.21: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân sau can thiệp	76

Bảng 3.22: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái kiến thức về tự TD huyết áp Trước và Sau CT.....	79
Bảng 3.23: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái từ việc chưa biết đo HA thành biết đo HA đúng cách.....	80
Bảng 3.24: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái từ việc không đo HA tại nhà thành tự TD huyết áp tại nhà trước và sau can thiệp	82
Bảng 3.25: Bệnh nhân chuyển trạng thái dùng thuốc trước và sau CT	84
Bảng 3.26: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái tuân thủ điều trị Trước và Sau CT	85
Bảng 3.27: Các thay đổi của bệnh nhân trước và sau can thiệp.....	86
Bảng 3.28: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi kiến thức về theo dõi HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng.....	88
Bảng 3.29: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi kỹ năng tự đo HA đúng cách trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	88
Bảng 3.30: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi thực hành theo dõi HA tại nhà trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	89
Bảng 3.31: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi thực hành ghi chép lại chỉ số HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	90
Bảng 3.32: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi dùng thuốc hạ HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	91
Bảng 3.33: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi tỷ lệ tuân thủ điều trị trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	91
Bảng 3.34: Mô hình hồi quy logistic các thay đổi trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng	92

DANH MỤC CÁC HÌNH, BIỂU ĐỒ

Hình 1.1: Một số nguyên nhân gây tử vong trên thế giới năm 2000	11
Hình 1.2: Bản đồ Huyện Tiền Hải – Tỉnh Thái Bình.....	37
Hình 1.3: Bản đồ hành chính tỉnh Hưng Yên.....	38
Hình 3.1: Kết quả Bảng phiên giải tại lớp 2 Vòng 1.....	135
Hình 3.2: Bảng phiên giải thu được sau nghiên cứu Delphi.....	136
Biểu đồ 3.1: Sự thay đổi kiến thức và kỹ năng tự theo dõi HA sau CT	78
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân tự theo dõi HA và ghi lại chỉ số Trước và Sau CT....	81
Biểu đồ 3.3: Tình trạng được nhắc uống thuốc Trước và Sau can thiệp	83
Biểu đồ 3.4: Tình trạng dùng thuốc và tuân thủ điều trị Trước và Sau can thiệp.....	83

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BV:	Bệnh viện
BVĐK:	Bệnh viện đa khoa
BYT:	Bộ Y tế
CSSK:	Chăm sóc sức khỏe
CSYT:	Cơ sở y tế
CDC:	Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ
DASH:	Chế độ ăn phòng ngừa tăng huyết áp
ĐHYTCC:	Đại học y tế công cộng
ISH	Hội Tăng huyết áp quốc tế
JNC	Liên Ủy ban Quốc gia Mỹ về phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp
KCB:	Khám chữa bệnh
NCDs	Các bệnh không lây nhiễm
NCT:	Người cao tuổi
TBMMN:	Tai biến mạch máu
THA:	Tăng huyết áp
TTĐT:	Tuân thủ điều trị
TYT:	Trạm y tế
TTYT:	Trung tâm y tế
WHO:	Tổ chức Y tế thế giới
UBND:	Ủy ban nhân dân
YTCS:	Y tế cơ sở

TÓM TẮT LUẬN ÁN

Tính cấp thiết của nghiên cứu

Trong nhiều năm gần đây, tỷ lệ mắc tăng huyết áp (THA) gia tăng trên phạm vi toàn cầu và là nguyên nhân gây ra tỷ lệ tàn tật và tử vong cao nhất. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng cho biết tình trạng tương tự. Đã có nhiều can thiệp với chiến lược tiếp cận như tăng cường phát hiện sớm, quản lý điều trị tại tuyến cơ sở, cải thiện phác đồ điều trị và truyền thông thay đổi hành vi có lợi cho người tăng huyết áp. Song cho đến nay, mô hình can thiệp nhằm tăng cường sự tham gia của người bệnh vào quá trình theo dõi tại cộng đồng vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Mặc dù, cấp độ dự phòng này được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) khuyến nghị vì được cho là có thể cải thiện tỷ lệ tuân thủ thuốc và hiệu quả điều trị cho những bệnh nhân ngoại viện. Vì vậy nhu cầu cần tìm kiếm một mô hình can thiệp phù hợp dành cho người tăng huyết áp ngoại viện theo dõi huyết áp thường xuyên, duy trì dùng thuốc và tăng cường tuân thủ là rất cần thiết, góp phần giảm tàn tật và tử vong do tăng huyết áp.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá thực trạng tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc của người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình và Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015.
2. Xây dựng mô hình can thiệp và đánh giá kết quả mô hình trong tăng cường tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc ở người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu

Bằng nghiên cứu can thiệp phỏng thực nghiệm, cỡ mẫu được tính nhằm so sánh các tỷ lệ trước và sau can thiệp, nhóm can thiệp và nhóm chứng, nghiên cứu được thực hiện trên 151 bệnh nhân và nhóm chứng là 151 được chọn tại 2 tỉnh Thái Bình và Hưng Yên tuổi từ 51-80. Mô hình can thiệp gồm có 3 nhóm giải pháp lớn là tư vấn cho người bệnh về nguyên tắc dùng thuốc, hỗ trợ chọn thuốc hạ huyết áp phù hợp được thực hiện bởi bác sỹ bệnh viện đa khoa tuyến huyện; khuyến khích

người bệnh tự theo dõi huyết áp bằng một công cụ mới do nghiên cứu nhánh tự xây dựng là bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh; giải pháp thứ 3 là thiết lập nhóm nhỏ gồm 7 bệnh nhân cùng khu vực để nhắc nhau uống thuốc theo nhóm 7 ngày trong tuần. Mô hình can thiệp nhằm giải quyết trực tiếp ba khoảng trống lớn nhất trong phòng chống tăng huyết áp mà những chương trình đã có chưa thực hiện được, đó là đối tượng thụ hưởng là người bệnh ngoại viện, đã từng được chẩn đoán và quản lý điều trị tại tuyến huyện – đối tượng này chưa từng có những can thiệp tương tự nhằm tăng tỷ lệ duy trì điều trị và tăng cường tuân thủ điều trị; khoảng trống thứ 2 là tỷ lệ bệnh nhân tự theo dõi huyết áp tại nhà rất thấp do thiếu động lực và công cụ phù hợp; khoảng trống thứ 3 là tình trạng bỏ trị cao hoặc tuân thủ thuốc rất kém do thiếu kiến thức về nguyên tắc điều trị, lo ngại tác dụng phụ của thuốc và quên thuốc.

Với tổng thời gian can thiệp là 5 tháng, quá trình can thiệp được theo dõi chặt chẽ, có đánh giá giữa kỳ và số theo dõi can thiệp để đảm bảo mức độ tiếp cận và thụ hưởng các giải pháp can thiệp của người bệnh đạt từ 90% trở lên.

Kết quả can thiệp chính

Điều tra ban đầu cho biết tỷ lệ nam bệnh nhân chiếm 57,9% và nữ là 42,1%; 44% người bệnh có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, trong đó tuổi trung bình của người bệnh nhóm can thiệp, trình độ học vấn và tỷ lệ có lương hưu cao hơn ở nhóm chứng một cách có ý nghĩa nhưng ở mức tương đồng với các khảo sát trên người cao tuổi Việt Nam.

Trước can thiệp, tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về theo dõi huyết áp là 63,6%, biết tự đo HA đúng cách là 44,6%, tỷ lệ bỏ trị là 50% và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm chứng và can thiệp. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc là 28,4%, tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa.

Can thiệp được thực hiện trong 5 tháng với tỷ lệ người bệnh nhóm can thiệp được thụ hưởng các giải pháp khá toàn diện.

- Về kiến thức, can thiệp đã giúp làm tăng thêm 26,4% người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

- Can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân có kỹ năng tự đo huyết áp đúng cách thêm 17,6%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.
- Về thực hành, can thiệp đã giúp tăng 36,4% số bệnh nhân tự đo huyết áp thường xuyên tại nhà và tăng 59,9% tỷ lệ người bệnh ghi chép lại chỉ số huyết áp của mình khi đo được. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.
- Đặc biệt, về cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị, can thiệp đã giúp tăng thêm 29,2% tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp và giúp tăng thêm 22,6% tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.
- Nếu so sánh với tất cả các mục tiêu đề ra của can thiệp, gồm có việc tăng thêm 30% số bệnh nhân thực hành theo dõi huyết áp tại nhà; tăng thêm 15% tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc và tăng tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thì mô hình can thiệp đạt được mục tiêu đề ra.
- Mô hình hồi quy logistic cho phép kết luận can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà nhưng chưa thực sự làm tăng một cách có ý nghĩa thống kê người bệnh biết tự đo huyết áp đúng cách. Bên cạnh đó, cũng có thể thấy can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà, ghi lại chỉ số huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê. Về thực hành dùng thuốc và tuân thủ điều trị, việc dùng thuốc và tuân thủ điều trị cũng cải thiện rõ rệt nhờ mô hình can thiệp.

Kết luận và khuyến nghị

Kết quả nghiên cứu cho thấy tác dụng bước đầu của mô hình can thiệp đã đem lại những thay đổi về kiến thức, kỹ năng và thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà của người bệnh, cải thiện tỷ lệ dùng thuốc và tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị. Vì can thiệp được thực hiện trong thời gian ngắn nên có thể dẫn đến những kết quả cao hơn thực tế do sự tiếp xúc liên tục và thường xuyên của cán bộ y tế với người bệnh, bên cạnh đó cũng chưa có đánh giá tác động sau thời gian ngừng can thiệp lâu dài hơn để đo lường hiệu quả của mô hình cũng như tính bền vững xong mô hình đã gợi ý một cách tiếp cận mới trong can thiệp tăng cường phòng chống tăng huyết áp tại cộng đồng.

Nghiên cứu cũng cho thấy sự phù hợp, tính mới của mô hình can thiệp đề xuất, đặc biệt Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà đã được nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên phương pháp Delphi đảm bảo tính khoa học, thực tiễn lâm sàng và sự chấp nhận của cộng đồng, có thể sử dụng như một sản phẩm truyền thông, công cụ hỗ trợ bệnh nhân theo dõi huyết áp cũng như sử dụng như một công cụ tương tác giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tăng huyết áp (THA) đã trở thành nguy cơ gây bệnh tật và tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Là một bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất trong cộng đồng với tỷ lệ mắc ở người lớn khoảng 25-35% và được mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng”, THA chịu trách nhiệm cho khoảng 9 triệu người tử vong mỗi năm trên thế giới. Tại Việt Nam, với số mắc hiện tại ước khoảng 12 triệu người và quá trình già hóa dân số diễn ra nhanh chóng, tăng huyết áp sẽ gây ra những gánh nặng tàn tật và tử vong ngày một nghiêm trọng [35, 85, 124].

Trong các báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và các tổ chức phòng chống tăng huyết áp đã chỉ ra 3 nghịch lý đang tồn tại đó là: (i) THA phát hiện dễ nhưng tỷ lệ chủ động phát hiện thấp, (ii) điều trị đơn giản nhưng tỷ lệ được điều trị chỉ chiếm khoảng 30% và quan trọng hơn nữa (iii) tỷ lệ đạt được huyết áp mục tiêu rất hạn chế. Nguyên nhân của tình trạng này là do tính chất âm thầm của bệnh nên thường bị bỏ qua ở giai đoạn chưa biến chứng, sự tác động của nhiều yếu tố liên quan đến lối sống, thói quen ăn uống và tập thể dục, lạm dụng rượu bia và hút thuốc lá. Đặc biệt, mặc dù việc duy trì dùng thuốc hạ huyết áp đóng vai trò quan trọng nhất trong việc giúp đạt được huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân thì qua nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cho thấy việc bỏ trị và tuân thủ điều trị kém phổ biến ở hầu hết các khu vực. Theo CDC, năm 2013, tỷ lệ tuân thủ điều trị trên thế giới chỉ đạt từ 20-30% [61]. Tại Việt Nam, Vũ Xuân Phú và Bùi Thị Mai Tranh cho biết tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân thành thị khoảng từ 25- 44,8% [34]. Khảo sát tình trạng bỏ điều trị ở bệnh nhân đã từng khám và điều trị ở bệnh viện Trung Vương, Thành phố Hồ Chí Minh, Lý Huy Khanh cho biết sau khi rời phòng khám 6 tháng đã có tới 79% bệnh nhân bỏ trị [25]. Điều này cho thấy tình trạng bỏ điều trị và không tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân ngoại viện hết sức đáng lo ngại và cần có những can thiệp kịp thời.

Nhiều yếu tố tăng cường tuân thủ điều trị đã được chỉ ra như việc bệnh nhân tin vào tác dụng của loại thuốc đang dùng, chi trả tiền thuốc hợp lý, thuốc ít tác dụng phụ ...đã được một số nhà nghiên cứu Việt Nam khẳng định [8, 31, 38, 103].

Trên thế giới, từ năm 1980, Veen đã khuyến nghị người bệnh THA nên có bảng ghi lại trị số huyết áp hàng ngày. Márquez cho rằng việc tự theo dõi huyết áp tại nhà làm tăng hiệu quả điều trị; Việc duy trì hệ thống phản hồi 2 chiều giữa bệnh nhân và thầy thuốc cũng có tác dụng tăng cường dùng thuốc và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp. Năm 2010, Van Onzenoort HA đã tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa việc bệnh nhân tự theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà với tuân thủ điều trị một cách có ý nghĩa thống kê. Năm 2015, nghiên cứu của Hội dược sỹ Ontario - Canada cho biết việc được tư vấn về dùng thuốc hạ áp sẽ giúp tăng cường tuân thủ điều trị [60, 89, 93, 117]. Đây là những cơ sở tốt cho việc thiết kế các mô hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị.

Một số can thiệp tại Việt Nam đã chọn cách tiếp cận như: truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện việc phát hiện sớm, tăng cường khả năng tiếp cận điều trị THA cho bệnh nhân và xây dựng mô hình quản lý điều trị tại y tế tuyến cơ sở; một số can thiệp dùng thuốc tập trung lựa chọn các thuốc ít tác dụng phụ, điều trị người bệnh dựa trên phân tầng các yếu tố nguy cơ tim mạch...đã mang lại những cải thiện đáng kể, đặc biệt đã cải thiện tỷ lệ người THA được chẩn đoán sớm hơn; dễ dàng tiếp cận điều trị tại TTYT và BVĐK huyện. Tất cả các mô hình trên đều tác động vào việc nâng cao chất lượng, hoạt động chủ động từ phía cơ quan và cán bộ y tế. Nhưng cho đến nay, mô hình với chiến lược can thiệp tăng cường sự tham gia của chính người bệnh vào việc tự theo dõi bệnh tật của chính họ tại cộng đồng, phát hiện dấu hiệu nguy cơ và nâng cao chất lượng tương tác giữa thầy thuốc và người bệnh vẫn là một cách tiếp cận mới mẻ tại Việt Nam. Mặc dù, cấp độ dự phòng này là cấp độ dự phòng số I, đã được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) khuyến nghị vì thấy được vai trò của nó trong cải thiện tỷ lệ tuân thủ thuốc và hiệu quả điều trị bệnh không lây nhiễm nói chung trong đó có tăng huyết áp [61, 95]. Từ phân tích khoảng trống đó, chúng tôi xác định chiến lược can thiệp dựa trên việc tăng cường tự theo dõi huyết áp của người bệnh, đối tượng can thiệp là người từng được chẩn đoán THA đang sinh sống tại cộng đồng (ngoại viện), với giải pháp tư vấn tăng cường kiến thức về điều trị THA, tạo môi trường thuận lợi cho việc dùng thuốc và tránh quên thuốc; khuyến

khích, hỗ trợ người bệnh tự theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà, phát hiện mức huyết áp nguy cơ, ghi nhận kết quả và phản hồi kịp thời tới bác sỹ tại tuyến huyện. Các giải pháp này sẽ thúc đẩy người bệnh đang bỏ trị quay trở lại điều trị cũng như khuyến khích họ tuân thủ điều trị tốt hơn.

Thái Bình và Hưng Yên là hai tỉnh đồng bằng sông Hồng, có thành phần dân cư đa dạng gồm nhiều ngành nghề, có mức sống tương đương như nhiều khu vực Nông thôn miền Bắc Việt Nam. Đến tháng 12 năm 2014, hai tỉnh chưa triển khai Chương trình phòng chống THA Quốc gia nhưng tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình và 4 huyện thuộc Hưng Yên đã triển khai phòng khám ngoại trú tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện và Bệnh viện Đa khoa huyện theo chương trình hỗ trợ người cao tuổi của địa phương. Tại đây người cao tuổi ở một số xã được hỗ trợ điều trị ngoại trú bằng bảo hiểm y tế, thời điểm đó có hơn 1000 bệnh nhân ở mỗi tỉnh đã được khám sàng lọc và hỗ trợ quản lý điều trị THA tại tuyến huyện. Do vậy chúng tôi chọn một số xã thuộc Tiền Hải, tỉnh Thái Bình và một số xã thuộc tỉnh Hưng Yên làm địa bàn để tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại một số xã thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình năm 2015”**.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá thực trạng tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc của người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình và Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015.
2. Xây dựng mô hình can thiệp và đánh giá kết quả mô hình trong tăng cường tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc ở người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về tăng huyết áp

1.1.1. Khái niệm, cách đo và phân loại

1.1.1.1. Khái niệm tăng huyết áp

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), người được gọi là tăng huyết áp (THA) khi có một trong hai hoặc cả hai trị số:

Huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) ≥ 90 mmHg. Trị số được tính trung bình cộng của ít nhất 2 lần đo liên tiếp với cách đo chuẩn [71].

Trong nghiên cứu này, nghiên cứu sinh sử dụng khái niệm tăng huyết áp của Tổ chức Y tế thế giới được trình bày ở trên. Khái niệm này cũng trùng hợp với khái niệm mà Bộ y tế và các chương trình y tế tại Việt Nam đang sử dụng [28].

1.1.1.2. Cách đo huyết áp chuẩn

Theo Hội Tim mạch Việt Nam và Phân Hội tăng huyết áp Việt Nam, các phương thức đo huyết áp chuẩn được áp dụng tại phòng khám và tại nhà được khuyến nghị như sau:

1.1.1.2.1. Đo HA tại phòng khám/ huyết áp lâm sàng

Huyết áp có thể được đo bằng một HA kế thủy ngân với các bộ phận (ống cao su, van, ống định lượng bằng thủy ngân ...) được bảo quản trong các điều kiện thích hợp. Một số máy đo HA không xâm nhập như dụng cụ đo dựa vào áp lực khí kèm ống nghe hoặc dụng cụ đo dạng sóng bán tự động. Đây là những loại máy đo phổ biến được dung rộng rãi hiện nay do máy đo huyết áp thủy ngân cồng kềnh, dễ vỡ và bảo quản ngặt nghèo. Một dụng cụ đo chuẩn phải đảm bảo được chuẩn hóa và có độ chính xác cao khi đối chiếu với giá trị đo bằng huyết áp kế thủy ngân [26, 29].

1.1.1.2.2. Đo HA thông dụng tại cộng đồng / tự đo tại nhà

Bệnh nhân ngồi 5 phút trong một phòng yên tĩnh trước khi bắt đầu đo. Ngồi thẳng lưng ghế, thư giãn trong lúc đo.

- Đối với người già và bệnh nhân ĐTD, nếu khám lần đầu thì nên đo cả HA tư thế đứng.

- Cởi bỏ quần áo chật, cánh tay để tựa trên bàn ở mức ngang tim, thả lỏng tay và không nói chuyện trong khi đo.

- Đo ít nhất hai lần cách nhau 1-2 phút, nếu hai lần đo này quá khác biệt thì tiếp tục đo thêm vài lần nữa và lấy trung bình 2 giá trị sau cùng.

- Dùng băng quấn tay chặt ở mức độ vừa phải, băng quấn đặt ngang mức tim dù bệnh nhân ở tư thế nào. Mép dưới băng quấn trên lằn khuỷu 3 cm.

- Sau khi áp lực hơi trong băng quấn làm mất mạch quay, bơm hơi lên tiếp 30 mm Hg nữa và sau đó hạ cột thuỷ ngân từ từ.

- Sử dụng âm thanh lần thay đổi thứ nhất và lần thay đổi thứ 2 để xác định huyết áp tương ứng với huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương.

- Đo HA cả hai tay trong lần đo đầu tiên để phát hiện sự khác biệt gây ra do bệnh lý mạch máu ngoại biên. Khi đó giá trị bên cao hơn được theo dõi sử dụng lâu dài sau này.

- Không bao giờ điều trị THA khi chỉ dựa vào kết quả một lần đo HA.

- Nên dùng máy đo đã chuẩn hoá và đo đúng quy trình [29].

1.1.1.2.3. Một số điểm lưu ý khi đo thông dụng tại cộng đồng hay tự đo tại nhà

- Nên sử dụng các máy đo đã chuẩn hoá, máy quấn ngang cổ tay thường cho độ chính xác thấp hơn cánh tay. Khi đo cánh tay của bệnh nhân phải đặt ngang mức tim.

- Tuy máy đo huyết áp thủy ngân có độ chính xác cao nhưng thích hợp với đo tại phòng khám/bệnh viện hơn. Với cách đo thông thường, để thuận tiện trong việc bảo quản và vận chuyển, nên sử dụng máy bán tự động và tự động, thậm chí máy đo cơ (bao gồm cả băng hơi và tai nghe) cũng cần cân nhắc nếu bệnh nhân tự đo nếu sức nghe và phản xạ bệnh nhân suy giảm, đặc biệt ở người già.

- Bệnh nhân cần ngồi nghỉ vài phút trước khi đo và bệnh nhân cần được phổ biến để biết các trị số huyết áp có thể khác nhau trong các lần đo khác nhau do sự thay đổi áp lực máu tự động.

- Không nên đo liên tiếp quá nhiều lần, nhưng nên đo vài lần trước những quyết định dùng thuốc và trong suốt quá trình điều trị.

- Lưu ý rằng các giá trị bình thường đo nhà thấp hơn so với đo ở phòng khám. Giá trị đo ở nhà 135/85 mm Hg tương ứng với 140/90mmHg đo ở phòng khám hoặc bệnh viện. Do đó có một số tổ chức khác đã đưa ra khái niệm về tăng huyết áp với ngưỡng thấp hơn, tương ứng với hoàn cảnh đo huyết áp khác nhau [28, 29].

- Bệnh nhân được khuyến cáo nên tự theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà, Phân Hội phòng chống tăng huyết áp Việt Nam và Chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc gia đề xuất theo dõi hàng tuần và tốt nhất là nên vài ngày một lần đối với bệnh nhân đang điều trị ổn định. Bệnh nhân mới điều trị hoặc có những thay đổi về thuốc, mắc các bệnh kèm theo phải theo dõi với tần suất nhiều hơn, tốt nhất là hàng ngày. Tần suất này phù hợp với khuyến cáo của một số tổ chức phòng chống tăng huyết áp quốc tế và CDC [28, 61, 122].

Trong nghiên cứu này, tổng hợp hướng dẫn, nghiên cứu sinh đưa ra tiêu chuẩn đánh giá thực hành đo huyết áp đúng cách của người bệnh được quan sát dựa trên bảng kiểm gồm các tiêu chí chính:

- Bệnh nhân nghỉ 5 phút trước khi đo
- Đặt cách tay/cổ tay ở vị trí ngang mức tim
- Quần bằng hơi vừa phải
- Ngồi/nằm thư giãn/thả lỏng
- Không nói cười khi đo
- Khởi động đúng
- Đọc được chỉ số huyết áp/tần số tim.

Đây cũng là các tiêu chí dựa theo hướng dẫn của Phân Hội tăng huyết áp Việt Nam và Viện Tim mạch Việt Nam .

1.1.1.3. Phân loại huyết áp

Trên thực tế, có 2 cách phân loại tăng huyết áp được dùng phổ biến, gồm có phân loại dựa trên nguyên nhân tìm được và phân loại dựa trên mức chỉ số huyết áp.

- Phân loại theo nguyên nhân được sử dụng nhiều trong lâm sàng gồm 2 nhóm: Tăng huyết áp nguyên phát (tên cũ là vô căn) và Tăng huyết áp thứ phát.

Dưới nhóm của Tăng huyết áp nguyên phát lại được phân loại theo mức chỉ số thành độ 1, 2 và 3 tương ứng với mức 140-159/90-99; 160- 179/100-109; $\geq 180/\geq 110$.

Bên cạnh đó, tên gọi tăng huyết áp tâm thu đơn độc được dành để chỉ nhóm có chỉ số huyết áp tâm thu từ 140 mmHg trở lên trong khi HA tâm trương < 90 mmHg.

Bảng 1.1: Phân loại huyết áp theo Tổ chức Y tế thế giới (2003) [96]

Phân độ theo WHO	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	< 130	< 85
HA bình thường cao	130-139	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (vừa)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	≤ 90

Bảng 1.2: Phân loại huyết áp ở người ≥ 18 tuổi theo JNC 7, 8-2014 [115]

Phân độ theo JNC 8	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA bình thường	< 120	< 80
Tiền tăng HA	130-139	85-89
THA giai đoạn 1	140-159	90 - 99
THA giai đoạn 2	≥ 160	≥ 100

Việc phân nhóm tiền THA của WHO cùng các tổ chức nói trên rất có ý nghĩa dựa trên nhiều bằng chứng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong do bệnh lý về mạch vành trong nhóm đối tượng có chỉ số này cao hơn có ý nghĩa so với mức huyết áp bình thường. Những người tiền tăng huyết áp nếu không đưa được huyết áp về bình thường sẽ tiến triển thành THA thực sự. Nhóm này được khuyến cáo cải thiện tình trạng huyết áp thông qua thay đổi lối sống [40, 95, 115].

Với nhóm tăng huyết áp thứ phát, nhiều nguyên nhân đã được biết đến như hẹp động mạch chủ, bệnh mạch máu thận, suy thận, hội chứng cường Aldosterol, u tủy thượng thận [3, 45].

Như vậy có rất nhiều cách phân loại huyết áp theo mức huyết áp khá khác nhau giữa các tổ chức. Những phân loại này đảm bảo ý nghĩa về mặt học thuật và chủ yếu được sử dụng bởi bác sỹ nhưng lại không thích hợp và khó hiểu, khó nhớ đối với bệnh nhân [46].

Chính vì vậy trong nghiên cứu này, nghiên cứu sinh hướng tới xây dựng một bảng phiên giải trong đó tích hợp các bảng phân loại nói trên nhưng đồng thời lại phù hợp với người bệnh trong sử dụng để giải thích ý nghĩa của các giá trị đo được.

1.1.2. Tình hình tăng huyết áp và gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp gây ra

1.1.2.1. Tình hình tăng huyết áp

1.1.2.1.1. Tình hình tăng huyết áp trên thế giới

Hiện nay, tăng huyết áp đã trở thành mối quan tâm toàn cầu khi vượt qua các khoảng cách về địa lý cũng như khoảng cách giàu nghèo giữa các quốc gia, với tỷ lệ mắc cao nhất trong nhóm các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng. Tỷ lệ mắc có xu hướng tăng lên ở hầu hết các quốc gia trên phạm vi toàn thế giới và có mối liên quan chặt với tuổi.

Theo Tổ chức y tế thế giới năm 2008, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trên 25 tuổi toàn cầu khoảng 40%. Trong đó, khu vực Châu Phi có tỷ lệ cao nhất với 46% và thấp nhất là Châu Mỹ với 35%. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ, bên cạnh đó các nước thu nhập bình quân đầu người thấp lại có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn so với các nước giàu một cách có ý nghĩa thống kê. Vì có mối liên quan chặt với tuổi nên tăng huyết áp luôn đồng hành với các quá trình già hóa dân số, vì lẽ đó, tỷ lệ mắc tăng huyết áp có xu hướng gia tăng nhanh ở khu vực Châu Á trong đó có Việt Nam [59].

Thống kê của CDC cũng cho biết tăng huyết áp là một trong bốn loại bệnh tật luôn có tỷ lệ mắc cao tại Mỹ. Trong giai đoạn từ năm 1999-2000, khoảng 29,6% người Mỹ trên 25 tuổi bị THA, 31% thuộc nhóm tiền tăng huyết áp. Tuy nhiên 10 năm sau đó, từ năm 2007-2011, tỷ lệ mắc THA ở người Mỹ trên 18 tuổi vẫn khoảng 30%.

Theo Mozaffarian D (2012), với nhóm tuổi từ 25 – 34, tỷ lệ của nữ và nam tương ứng là 6,2% và 8,6%; nhóm tuổi 35-44 tăng lên 18,3% và 22,6% và từ trên 65 tuổi, tỷ lệ nữ là 53,7% và nam là 54,6%. Ở tuổi từ 75 trở lên, tỷ lệ tăng huyết áp sấp xỉ 80%. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho biết tỷ lệ mắc có sự khác biệt đáng kể giữa các chủng tộc, người da đen có xu hướng tăng huyết áp nhiều hơn người da trắng và thấp nhất tại vùng Mexico, nhận định này đúng đối với cả nam và nữ [52, 61, 69].

Năm 2010, tỷ lệ người Đức tăng huyết áp trong nhóm từ 20-79 tuổi là 15,9% và ở Anh là 10,4%, ở nhóm tuổi 40-49 sấp xỉ 20% và nhóm từ trên 60 tuổi là 40-45%. Điều tra tại Malaysia cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp không ngừng tăng lên từ suốt năm 1998, năm 2013 tỷ lệ người trên 25 tuổi mắc tăng huyết áp sấp xỉ 33%. Tại Trung Quốc, năm 2013, 2014, tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn được công bố từ 26,6% - 41%. Nghiên cứu tổng quan năm 2014 tại Ấn Độ của Anchala R và cộng sự công bố tỷ lệ mắc tăng huyết áp tại quốc gia thuộc khu vực Nam Á này là 29,8%, mặc dù là nước có cơ cấu dân số trẻ [67, 88, 100, 101, 120].

Như vậy có thể thấy rằng ở hầu hết các khu vực trên thế giới, từ những nước phát triển cho tới các nước trong khu vực Đông Nam Á, tăng huyết áp là một bệnh có tỷ lệ mắc phổ biến ở người trưởng thành. Thực trạng này hoàn toàn thay đổi quan niệm trước đây là tăng huyết áp là bệnh phổ biến ở các nước giàu và dân số già.

1.1.2.1.2. Tình hình tăng huyết áp tại Việt Nam

Tình hình mắc tăng huyết áp tại Việt Nam được cho là có thay đổi nhanh chóng kể từ khảo sát trên diện rộng đầu tiên năm 1992 do Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch mai thực hiện, khi đó tỷ lệ mắc trên người trưởng thành chỉ vào khoảng vài phần trăm. Năm 2011, nghiên cứu của Hà Anh Đức trên 2368 người ≥ 25 tuổi tại Thái Nguyên cho biết tỷ lệ mắc THA người lớn tại đây là 23%, trong đó có sự khác biệt rõ giữa nam và nữ, nhóm tuổi và ở người thừa cân béo phì [21, 51].

Điều tra năm 2012 của Phạm Thái Sơn và cộng sự thuộc Viện Tim mạch Quốc Gia ước lượng một tỷ lệ THA ở người trên 25 tuổi là 25,1%, trong đó nam là 28,3% và nữ là 23,1%. Tỷ lệ này tăng theo tuổi cả ở 2 giới (32,7% và 17,3%, $p < 0,001$). Nghiên cứu cũng cho biết tỷ lệ tăng huyết áp tại khu vực thành thị nhiều hơn nông thôn ($p < 0,001$) [110].

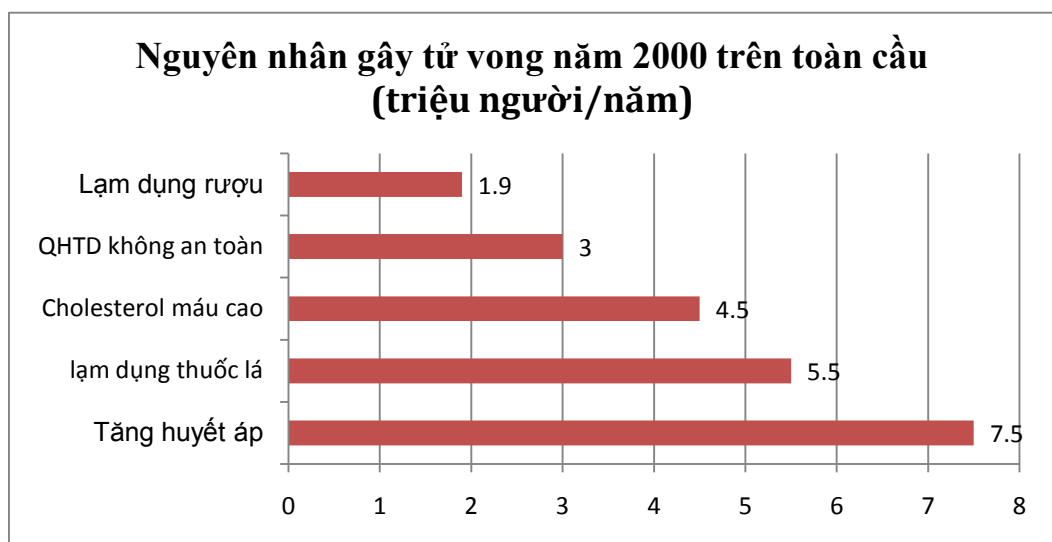
Nghiên cứu của Do HT, Geleijnse JM(2014) cho biết tỷ lệ THA ở người Việt Nam từ 25-64 tuổi là 20,7 % (CI 95% = 19,4-22,1). Nghiên cứu cũng đã so sánh và cho biết tỷ lệ này thấp hơn so với trung bình của khu vực Đông Nam Á (31%) và Trung Quốc (26,6%). Bên cạnh đó, người Việt Nam trong nhóm tuổi 18- 65 có tỷ lệ mắc tương đương với tỷ lệ chung của người ≥ 25 tuổi toàn cầu cho thấy tuổi mắc tăng huyết áp ngày càng trẻ hóa [120, 123].

Những số liệu trên cho chúng ta thấy, tăng huyết áp là bệnh không lây nhiễm có tính phổ biến nhất trên toàn thế giới và tại Việt Nam, có độ bao phủ rộng và không khác biệt giữa các châu lục, chủng tộc và mức độ phát triển. Với tỷ lệ mắc trung bình khoảng người lớn khoảng 40%, tuổi càng cao tỷ lệ mắc càng cao. Vì thế, tăng huyết áp đứng đầu trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng và có sức ảnh hưởng rộng lớn, nhất là với nước ta, khi tốc độ già hóa dân số đang diễn ra rất nhanh [6, 7, 44, 83].

1.1.2.2. Gánh nặng bệnh tật và tử vong do tăng huyết áp gây ra

1.1.2.2.1. Gánh nặng bệnh tật và tử vong do tăng huyết áp trên thế giới

Từ năm 2000, Tổ chức Y tế thế giới đã cho biết tăng huyết áp là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu, tương đương 7,5 triệu người chết một năm và 64 triệu người sống trong tàn phế, cao hơn các nguyên nhân khác như lạm dụng thuốc lá, thừa cân béo phì hay bệnh lây truyền qua đường tình dục [96].



Hình 1.1: Một số nguyên nhân gây tử vong trên thế giới năm 2000

Nguồn: Tổ chức Y tế thế giới - 2000

Năm 2008, trong tổng số 57 triệu ca tử vong toàn cầu có tới 36 triệu ca chết do NCDs (63%), năm 2010, số tử vong do bệnh không lây nhiễm (NCDs) tăng lên 65,5 triệu ca. Trong đó 3 nguyên nhân quan trọng nhất gồm tăng huyết áp, đái tháo đường và ung thư. Đặc biệt, ở các nước đang phát triển, tuổi tử vong do NCDs đang trẻ hơn và tăng nhanh hơn so với các nước phát triển. Báo cáo cũng cho thấy trong khi tỷ lệ tử vong dưới 70 tuổi ở nước giàu chỉ có 26% thì tại các nước nghèo hơn tại Đông Nam Á chiếm tới 56%. Mặt khác, tuổi có con đầu thất bại lần đầu ở Đông Nam Á là 53 tuổi, trong khi toàn cầu là 59 tuổi, mà phần lớn là do tăng huyết áp kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác [63, 124].

Tỷ lệ tử vong do tăng huyết áp là đều tăng và chiếm tỷ trọng lớn nhất ở mọi khu vực, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển. Tổ chức Y tế thế giới cũng dự báo rằng, tỷ lệ tử vong do NCDs sẽ tăng 15% trong khoảng thời gian từ 2010 – 2020 (tương đương khoảng 44 triệu ca tử vong), tăng nhanh nhất ở châu Phi, Đông Nam Á và Đông Âu. Đồng thời đến năm 2030, số ca tử vong do NCDs tại khu vực thu nhập thấp sẽ đảo chiều rõ rệt, cao gấp 8 lần so với các quốc gia phát triển. Trong đó vai trò của tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch vẫn là nguyên nhân tử vong chiếm tỷ lệ cao nhất tại tất cả các khu vực. Năm 2014, riêng THA mỗi năm chịu trách nhiệm cho khoảng 9,4 triệu ca tử vong trên phạm vi toàn cầu [41, 61, 124].

1.1.2.2.2. Gánh nặng bệnh tật tử vong do tăng huyết áp tại Việt Nam

Tại Việt Nam, theo ước tính năm 2008, tổng gánh nặng bệnh tật do NCDs là 12,3 triệu DALYs, trong đó tăng huyết áp chiếm 40% tương đương khoảng 5 triệu DALYs. Theo Bùi Tú Quyên nghiên cứu tại Chililab, tăng huyết áp đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi tại Chí Linh, Hải Dương, hàng năm chịu trách nhiệm cho khoảng 29,11% trên tổng số ca tử vong tại đây ở cả nam và nữ [35, 40].

Tổng YLL của Việt Nam năm 2008 là 6,8 triệu năm. Trong đó gần hai phần ba tổng YLL là do các bệnh tim mạch và quan trọng nhất là tăng huyết áp. Gánh nặng bệnh tật do tàn tật của cả hai giới của Việt Nam năm 2008 đều là 2,7 triệu YLD và trong đó chiếm hơn 30% là do tăng huyết áp gây ra [6, 7, 30].

1.1.2.3. Nguy cơ biến chứng ở người tăng huyết áp

1.1.2.3.1 Ở người tăng huyết áp, mức huyết áp càng cao, nguy cơ bệnh tim mạch và đột quy càng tăng.

Từ những năm 1990, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng người THA khi điều trị đưa được mức huyết áp giảm xuống sẽ giảm biến chứng tim mạch và đột quy. Nghiên cứu của Collins, Mac Mahon và cộng sự theo dõi các bệnh nhân THA đang điều trị trong 5 năm từ 1985-1990 cho biết cứ giảm 10-12 mmHg HA tâm thu hoặc 5-6 mmHg HA tâm trương sẽ giảm được 35-42% tỷ lệ đột quy và giảm 12-16% tỷ lệ bệnh động mạch vành. Lewington và cộng sự nghiên cứu năm 2002 cho biết nếu HATT tăng 20 mmHg hoặc HATTr tăng 10 mmHg thì nguy cơ bị bệnh mạch vành mà chủ yếu là nhồi máu do cục máu đông sẽ tăng lên gấp 2 lần và đến nay vẫn tiếp tục được nhiều nghiên cứu khẳng định [86, 105, 112].

Cho tới nay, phân tích của Tổ chức Y tế thế giới vẫn tiếp tục khẳng định vai trò của việc duy trì huyết áp trong giới hạn cho phép nhằm hạn chế tai biến bệnh mạch vành và đột quy não. Vì vậy việc không kiểm soát được huyết áp chính là nguyên nhân gây ra những gánh nặng bệnh tật của tăng huyết áp [95].

Mặc dù được kiểm chế bằng nhiều biện pháp xong tỷ lệ tăng huyết áp chưa kiểm soát được huyết áp vẫn không ngừng tăng lên. Theo thống kê, năm 2008 có khoảng gần 1 tỷ người tăng huyết áp trên thế giới chưa được kiểm soát. Nghiên cứu so sánh trên 20 quốc gia của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010 cho biết tỷ lệ kiểm soát được huyết áp trên bệnh nhân từ 35-49 tuổi ở Bangladesh, Ai cập và Thái Lan khoảng 12%. Tại Mỹ và Ukraina, tỷ lệ kiểm soát được huyết áp khoảng 30%. Năm 2014, số người tăng huyết áp chưa được kiểm soát ước khoảng hơn 1,5 tỷ người. Và điều này lý giải tại sao tăng huyết áp luôn là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật cao nhất [69, 76, 95, 101].

1.1.2.4.2. Lười vận động, thừa cân béo phì, lạm dụng rượu bia, hút thuốc là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch

Theo Bảng phân tầng các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh tim mạch và huyết áp của Châu Âu, các yếu tố nguy cơ bao gồm lười vận động, hoạt động thể lực quá ít; lạm dụng rượu bia và hút thuốc lá là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc

các bệnh mạch vành trên các bệnh nhân có mức huyết áp tương chừng như bình thường; Đồng thời nhóm yếu tố nguy cơ này cũng làm gia tăng mức độ cảnh báo ở những người có ngưỡng huyết áp ở mức tiền tăng huyết áp. Tức là làm cho họ chịu được ngưỡng huyết áp thấp hơn người bình thường và dễ mắc các bệnh tim mạch như nhồi máu cơ tim, suy tim [31, 99, 121].

Đối với việc giảm rượu bia xuống mức giới hạn ở người tăng huyết áp là một can thiệp thực sự cần thiết do tác động của rượu có thể làm tăng mức độ dao động của huyết áp, mặc dù với một lượng nhỏ được cho là có tác dụng giãn mạch gây hạ huyết áp ngay sau khi uống. Từ năm 2001, nghiên cứu của Xue Xin và cộng sự về tác động của giảm rượu trong việc làm giảm huyết áp đã phân tích 15 can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng với 2234 người tại New Orleans cho biết giảm rượu làm giảm đáng kể huyết áp với mức 3,31mm Hg huyết áp tâm thu và 2,04 mmHg huyết áp tâm trương một cách có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu kết luận rằng giảm rượu cần phải được coi là một khuyến nghị quan trọng trong thay đổi lối sống để phòng ngừa và điều trị tăng huyết áp nhất là đối với những người uống nhiều [119].

Nghiên cứu của Vũ Đức Huy năm 2012 và nghiên cứu của H.T.P.Do năm 2013 tại Việt Nam khẳng định thêm yếu tố nguy cơ tuổi cao, béo phì, nghiện rượu (trong nhóm nam), đồng thời cho biết thêm yếu tố sống ở khu vực nông thôn (trong nhóm nữ) làm tăng tỷ lệ THA một cách độc lập, trong khi hoạt động thể chất tốt và trình độ học vấn có mối liên quan nghịch. Tuổi cao, quá cân và sống là nông thôn cũng làm tăng tỉ lệ tiền tăng huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê [19, 73].

1.1.2.3.4. Ăn mặn không chỉ làm tăng huyết áp mà còn làm tăng nguy cơ đột quỵ ở người tăng huyết áp

Nghiên cứu can thiệp phân bố ngẫu nhiên có đối chứng của Dickinson, Heather Oa và cộng sự vào năm 2006 với nhiều giải pháp can thiệp khác nhau đã cho biết chế độ ăn uống, tập thể dục aerobic, rượu và hạn chế natri, bổ sung dầu cá đã làm giảm huyết áp tâm thu khoảng 5,0 mmHg với khoảng tin cậy (CI 95%: 3,1-7,0) và giảm huyết áp tâm trương 4,6 mmHg (CI 95 %: 2,0-7,1) [66].

Vai trò của ăn mặn đến việc làm tăng huyết áp cũng được nghiên cứu Intersalt chứng minh khi đo Na^+ niệu 24h của 10,079 bệnh nhân THA cho thấy lượng muối

bài niệu liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương [57].

Tác hại của việc lạm dụng muối đối với bệnh nhân tăng huyết áp còn được chứng minh khi giảm muối là làm giảm nguy cơ đột quỵ ở người tăng huyết áp. Nghiên cứu tổng quan của Pasquale Strazzullo và cộng sự năm 2009 cho biết nếu ăn dưới 6g muối một ngày, có thể làm giảm từ 4-7mmHg huyết áp tâm trương/tâm thu ở người tăng huyết áp và giảm từ 2-4 mmHg ở người không tăng huyết áp. Đặc biệt nghiên cứu chỉ ra rằng ăn nhiều muối làm tăng nguy cơ đột quỵ lên 1,23 lần (với CI 95%: 1,06 to 1,43; p=0,007); đồng thời ăn mặn cũng làm tăng khả năng mắc bệnh tim mạch lên 1,14 lần. Nghiên cứu của Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam cũng khẳng định điều này [11, 113].

Rượu bia cũng là yếu tố được chứng minh là làm tăng nguy cơ tai biến và đột quỵ ở người tăng huyết áp và khi giảm lượng rượu bia tiêu thụ, chỉ số huyết áp có chiều hướng giảm đi [1, 9, 12, 87, 102].

1.1.2.4. Yếu tố liên quan của tăng huyết áp

1.1.2.4.1. Tăng huyết áp có mối liên quan chặt với tuổi

Tuổi là mối liên quan chặt với tăng huyết áp đã được nhiều nghiên cứu chứng minh, điều này cho phép dự báo những gánh nặng bệnh tật sẽ tăng cùng với già hóa dân số. Việt Nam hiện nay đang trong giai đoạn dân số vàng nhưng có tốc độ già hóa nhanh, tuy nhiên khác với xu thế chung của các quốc gia khác, Việt Nam không có nhiều thời gian để chuẩn bị các bước chuyển khi chính thức bước vào giai đoạn dân số già [39, 81, 100]. Có thể dự báo rằng, với chưa đầy 20 năm tới thì dân số Việt Nam đã là dân số già trong khi nền kinh tế và những hạ tầng xã hội cũng như các quỹ phúc lợi, bảo hiểm chưa kịp chuẩn tích lũy để có thể đối phó với gánh nặng tăng đột biến về bệnh tật, tàn tật, đặc biệt là bởi nhóm các nguyên nhân bệnh không truyền nhiễm, trong đó nổi bật là tăng huyết áp.

Chính vì lẽ đó, trong khuyến nghị của mình ở cấp độ toàn cầu, Tổ chức Y tế thế giới đề xuất lưu ý cấp quản lý số 1 tức là tăng cường quản lý bệnh nhân khi họ còn ở cộng đồng. Và vì lẽ đó, một nhu cầu tất yếu là với sự thiếu hụt về nhân lực và hạn chế của mạng lưới y tế, cần phải có các biện pháp khuyến khích, hỗ trợ và huy

động sự tham gia của chính người bệnh trong chuyện quản lý bệnh tật của mình để kéo dài thời gian chung sống hòa bình, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm số ngày nằm viện cũng như biến chứng, tàn tật và tử vong [20, 94, 109, 111].

1.1.2.4.2. Lười vận động, thừa cân béo phì, lạm dụng rượu bia, hút thuốc là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch

Theo Bảng phân tầng các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh tim mạch và huyết áp của Châu Âu, các yếu tố nguy cơ bao gồm lười vận động, hoạt động thể lực quá ít; lạm dụng rượu bia và hút thuốc lá là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc các bệnh mạch vành trên các bệnh nhân có mức huyết áp tương chừng như bình thường; Đồng thời nhóm yếu tố nguy cơ này cũng làm gia tăng mức độ cảnh báo ở những người có ngưỡng huyết áp ở mức tiền tăng huyết áp. Tức là làm cho họ chịu được ngưỡng huyết áp thấp hơn người bình thường và dễ mắc các bệnh tim mạch như nhồi máu cơ tim, suy tim [31, 99, 121].

Đối với việc giảm rượu bia xuống mức giới hạn ở người tăng huyết áp là một can thiệp thực sự cần thiết do tác động của rượu có thể làm tăng mức độ dao động của huyết áp, mặc dù với một lượng nhỏ được cho là có tác dụng giãn mạch gây hạ huyết áp ngay sau khi uống. Từ năm 2001, nghiên cứu của Xue Xin và cộng sự về tác động của giảm rượu trong việc làm giảm huyết áp đã phân tích 15 can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng với 2234 người tại New Orleans cho biết giảm rượu làm giảm đáng kể huyết áp với mức 3,31mm Hg huyết áp tâm thu và 2,04 mmHg huyết áp tâm trương một cách có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu kết luận rằng giảm rượu cần phải được coi là một khuyến nghị quan trọng trong thay đổi lối sống để phòng ngừa và điều trị tăng huyết áp nhất là đối với những người uống nhiều [119].

Nghiên cứu của Vũ Đức Huy năm 2012 và nghiên cứu của H.T.P.Do năm 2013 tại Việt Nam khẳng định thêm yếu tố nguy cơ tuổi cao, béo phì, nghiện rượu (trong nhóm nam), đồng thời cho biết thêm yếu tố sống ở khu vực nông thôn (trong nhóm nữ) làm tăng tỷ lệ THA một cách độc lập, trong khi hoạt động thể chất tốt và trình độ học vấn có mối liên quan nghịch. Tuổi cao, quá cân và sống là nông thôn cũng làm tăng tỉ lệ tiền tăng huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê [19, 73].

1.1.2.3.4. Ăn mặn không chỉ làm tăng huyết áp mà còn làm tăng nguy cơ đột quỵ ở người tăng huyết áp

Nghiên cứu can thiệp phân bố ngẫu nhiên có đối chứng của Dickinson, Heather Oa và cộng sự vào năm 2006 với nhiều giải pháp can thiệp khác nhau đã cho biết chế độ ăn uống, tập thể dục aerobic, rượu và hạn chế natri, bổ sung dầu cá đã làm giảm huyết áp tâm thu khoảng 5,0 mmHg với khoảng tin cậy (CI 95%: 3,1-7,0) và giảm huyết áp tâm trương 4,6 mmHg (CI 95 %: 2,0-7,1) [66].

Vai trò của ăn mặn đến việc làm tăng huyết áp cũng được nghiên cứu Intersalt chứng minh khi đo Na⁺ niệu 24h của 10,079 bệnh nhân THA cho thấy lượng muối bài niệu liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương [57].

Tác hại của việc lạm dụng muối đối với bệnh nhân tăng huyết áp còn được chứng minh khi giảm muối là làm giảm nguy cơ đột quỵ ở người tăng huyết áp. Nghiên cứu tổng quan của Pasquale Strazzullo và cộng sự năm 2009 cho biết nếu ăn dưới 6g muối một ngày, có thể làm giảm từ 4-7mmHg huyết áp tâm trương/tâm thu ở người tăng huyết áp và giảm từ 2-4 mmHg ở người không tăng huyết áp. Đặc biệt nghiên cứu chỉ ra rằng ăn nhiều muối làm tăng nguy cơ đột quỵ lên 1,23 lần (với CI 95%: 1,06 to 1,43; p=0,007); đồng thời ăn mặn cũng làm tăng khả năng mắc bệnh tim mạch lên 1,14 lần. Nghiên cứu của Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam cũng khẳng định điều này [11, 113].

Rượu bia cũng là yếu tố được chứng minh là làm tăng nguy cơ tai biến và đột quỵ ở người tăng huyết áp và khi giảm lượng rượu bia tiêu thụ, chỉ số huyết áp có chiều hướng giảm đi [1, 9, 12, 87, 102].

1.1.3. Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp

1.1.3.1. Nguyên tắc chung

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.

Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”. “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục

tiêu cần đạt là < 130/80 mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.

Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu [30, 46].

1.1.3.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, Chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc gia và Phân Hội Tăng huyết áp Việt Nam áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cần dùng, bao gồm:

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
 - + Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).
 - + Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.
 - + Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.
- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m².
- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.
- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). Một cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh.
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

Những khuyến cáo trên được đưa ra dựa trên những bằng chứng nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ và tử vong đối với người tăng huyết áp và cần được

áp dụng tối đa trên người bệnh để tăng cường hiệu quả điều trị tăng huyết áp [12, 17, 46, 66].

1.2. Tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị trong điều trị tăng huyết áp

1.2.1. Thực trạng tự theo dõi huyết áp ở người THA tại cộng đồng

Trong các khuyến cáo mới nhất của WHO, JNC cũng như các tổ chức phòng chống THA trên thế giới và Phân hội THA Việt Nam, những người mắc tăng huyết áp cần theo dõi huyết áp của họ thường xuyên hàng ngày vào những giờ nhất định hoặc khi có dấu hiệu bất thường, việc theo dõi huyết áp này mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như: theo dõi sự thay đổi huyết áp có liên quan tới nhịp sinh học của cơ thể để giúp điều chỉnh thời điểm dùng thuốc hạ áp.

Với những bệnh nhân đang điều trị, việc huyết áp dao động vẫn có thể xảy ra khi bệnh nhân đáp ứng không tốt với loại thuốc và liều lượng thuốc đang dùng hay xảy ra tương tác thuốc. Huyết áp dao động cũng thường gặp khi có những tiến triển bất lợi của bệnh hoặc là chỉ báo của các nguy cơ như đột quỵ và bệnh mạch vành... Chính vì vậy, việc theo dõi huyết áp thường xuyên giúp người bệnh và thầy thuốc giám sát tốt hơn quá trình điều trị và có điều chỉnh khi cần thiết [8, 19, 72].

Một số nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá kiến thức của người bệnh về tăng huyết áp trong đó có việc người bệnh biết chỉ số huyết áp của mình đo lần gần nhất nhưng tỷ lệ này rất khiêm tốn. Theo Vũ Xuân Phú nghiên cứu tại nội thành Hà Nội năm 2011, chỉ có khoảng 35% bệnh nhân cho biết họ có đo huyết áp tại nhà nhưng không cho biết mức độ thường xuyên, nghiên cứu của Hà Anh Đức tại Thái Nguyên cũng cho biết gần như người bệnh không tự theo dõi huyết áp ở nhà mà chỉ đo khi có những biểu hiện mệt mỏi, bất thường và đo tại cơ sở y tế. Bùi Thu Hà nghiên cứu tại Hải Phòng cũng cho rằng người tăng huyết áp tại đây có theo dõi huyết áp nhưng không thường xuyên, tỷ lệ có đo trong tháng qua chưa tới 10% [13, 33, 51].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc tự theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà của người bệnh chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó đặc biệt là hiểu biết của người bệnh về việc cần phải thực hiện thường xuyên việc đo và ghi chép huyết áp tại nhà; việc người bệnh biết cách đo huyết áp bằng máy thích hợp cũng là một yếu tố quan trọng cũng như việc họ tự trang bị cho mình máy đo sẵn có tại nhà. Bên

cạnh đó, việc được thầy thuốc yêu cầu giống như một chỉ định khi điều trị ngoại trú và thường xuyên yêu cầu người bệnh trình bày kết quả ghi chép được cũng là yếu tố khuyến khích người bệnh tự theo dõi huyết áp thường xuyên. Những yếu tố rào cản được biết đến bao gồm việc người bệnh không biết cần phải theo dõi huyết áp thường xuyên, không biết cách đo hoặc không có người thân ở cùng đo giúp, đồng thời có sự liên hệ rất lỏng lẻo với thầy thuốc và không được tư vấn đầy đủ cũng như yêu cầu trình bày về tình trạng huyết áp khi dùng thuốc trong những lần khám lại là những yếu tố khiến cho việc theo dõi huyết áp của bệnh nhân rời rạc, kém hiệu quả [14, 41, 47, 116].

1.2.2. Tuân thủ điều trị thuốc

1.2.2.1. Khái niệm tuân thủ điều trị

Theo Tổ chức Y tế thế giới “Tuân thủ là mức độ mà bệnh nhân thực hiện theo các hướng dẫn được đưa ra cho phương pháp điều trị”; Ranial và Morisky cũng đưa ra định nghĩa về tuân thủ điều trị như sau: “Tuân thủ là mức độ hành vi của bệnh nhân đối với việc uống thuốc, theo đuổi chế độ ăn kiêng, và/hoặc thay đổi lối sống tương ứng với khuyến cáo của nhân viên y tế”.

Đối với tăng huyết áp, một số biện pháp không dùng thuốc cũng đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc hạ áp và giúp bệnh nhân dễ dàng đạt huyết áp mục tiêu hơn như chế độ ăn phòng chống tăng huyết áp (DASH), vận động cơ thể hợp lý, giảm cân, giảm muối và rượu bia trong khẩu phần ăn... (thường gọi chung là thực hành thay đổi lối sống). Và vì vậy, theo WHO định nghĩa tuân thủ điều trị cần phải được hiểu rộng hơn, bao hàm cả việc tuân thủ thuốc và những thực hành không dùng thuốc [37].

Tuy nhiên, các nghiên cứu đều đã khẳng định việc dùng thuốc đều đặn vẫn là yếu tố quyết định nhằm duy trì mức huyết áp của bệnh nhân trong giới hạn cho phép làm giảm nguy cơ tai biến và đột quy.

Do vậy, trong phạm vi của nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng khái niệm tuân thủ điều trị là tuân thủ dùng thuốc. Theo JNC, tuân thủ điều trị thuốc là việc thực hiện đúng loại thuốc, liều lượng và thời gian uống theo đơn bác sỹ - đây cũng là khái niệm tuân thủ điều trị được dùng xuyên suốt nghiên cứu.

1.2.2.2. Thang đo tuân thủ điều trị

Có nhiều phương pháp đánh giá về tuân thủ điều trị đối với bệnh không truyền nhiễm trong đó có tăng huyết áp. Bao gồm các cách đo lường:

1.2.2.2.1. Phương pháp đo lường trực tiếp:

Như định lượng nồng độ thuốc trong máu và nước tiểu, dùng chất đánh dấu thuốc, quan sát bệnh nhân trực tiếp dùng thuốc. Những phương pháp này giúp đo lường chính xác sự tuân thủ trong dùng thuốc nhưng lại không khả thi khi áp dụng thực tế trên số lượng bệnh nhân lớn hoặc điều trị ngoại trú tại nhà, nhất là trong thời gian dài.

1.2.2.2.2. Phương pháp đo lường gián tiếp:

Phương pháp thường được dùng như đếm viên thuốc, dùng dụng cụ theo dõi việc mở các lọ thuốc điện tử như Medication Events Monitoring System. Tuy nhiên một phương pháp áp dụng phổ biến hơn là bệnh nhân tự tường thuật hoặc ghi nhật ký dùng thuốc. Tuy vậy, phương pháp bệnh nhân tự khai báo thông qua phỏng vấn và ghi nhật ký dùng thuốc có thể làm cho kết quả cao hơn thực tế.

Một số nghiên cứu áp dụng phương pháp bệnh nhân tự khai báo khi phỏng vấn phối hợp với kiểm tra ngẫu nhiên qua điện thoại. Một số nghiên cứu áp dụng cách thức bệnh nhân tự khai báo thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn.

Trong các thang đo gián tiếp, việc lựa chọn công cụ tự khai báo có độ tin cậy sẽ giúp cho việc thực hiện nghiên cứu khả thi và đạt được mục tiêu. Trong đó, bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky (MAQ – medication adherence questionnaire – Morisky 8) là một thang đo được áp dụng rộng rãi hơn cả trong rất nhiều nghiên cứu tuân thủ điều trị các bệnh mạn tính, đặc biệt là THA, bộ công cụ này có độ nhạy là 0,81 và độ tin cậy bên trong (Cronbach $\alpha = 0,61$), bộ này được khuyến nghị và sử dụng rộng rãi trong đánh giá tuân thủ điều trị tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh mạch vành...trên thế giới. Tại Thái Lan, nhóm nghiên cứu của Rapin Polsook kiểm định cho biết độ tin cậy bên trong là 0,9 và khuyến nghị phù hợp sử dụng tại khu vực Đông Nam Á. Tác giả Lavsa SM đánh giá 5 thang đo năm 2011 trong đo lường tuân thủ điều trị tăng huyết áp khuyến nghị nên sử dụng thang đo Morisky do những ưu điểm như đơn giản, ngắn, câu hỏi trực tiếp và dung hòa giữa độ nhạy và

độ tin cậy. Một số thang đo tuân thủ điều trị khác như thang đo BMQ (Brief medication questionnaire), MARS (medication adherence rating scale) nhưng mạnh hơn trong các nghiên cứu các bệnh lý trầm cảm; rối loạn tâm thần [92, 98, 108].

Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Morisky – 8 để đo lường tuân thủ điều trị, bộ công cụ này đã được sử dụng trong một số nghiên cứu THA tại Việt Nam.

1.2.2.3. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan

Nguyên nhân khiến THA gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong nặng nề đã được chỉ ra trong báo cáo của WHO trên phạm vi toàn cầu, đó là có 3 nghịch lý đang tồn tại trong hoạt động phòng chống tăng huyết áp ở hầu khắp các khu vực: (i) THA phát hiện dễ nhưng tỷ lệ được phát hiện rất thấp, (ii) điều trị đơn giản nhưng tỷ lệ được điều trị chỉ chiếm khoảng 30% và quan trọng hơn nữa (iii) tỷ lệ đạt được huyết áp mục tiêu rất hạn chế.

Một trong những rào cản lớn nhất khiến tỷ lệ kiểm soát được huyết áp không cao chính là do tuân thủ điều trị thấp. Nghiên cứu cắt ngang của Ezubier AG1, Husain AA và cộng sự tại Đông Sudan năm 2000 cho biết có 59,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị và trong số đó có tới 92% kiểm soát tốt huyết áp trong khi nhóm không tuân thủ chỉ có 18% đạt được ngưỡng huyết áp mục tiêu [50].

Saman K Hashmi nghiên cứu năm 2007 trên 460 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại Bệnh viện Đại học Aga Khan, Pakistan sử dụng thang đo tuân thủ điều trị của Morisky trong đó phân định số điểm từ mức không tuân thủ) tới tuân thủ (0-4 điểm) cho kết quả tại điểm cắt 77% bệnh nhân tuân thủ tốt. Bệnh nhân lo lắng về tác dụng của thuốc cũng được cho là yếu tố làm kém tuân thủ và ngược lại tin tưởng vào tác dụng của thuốc cũng làm tăng tuân thủ. Việc bệnh nhân sử dụng quá nhiều loại thuốc khác nhau cũng là yếu tố nguy cơ gây tình trạng kém tuân thủ điều trị. Nghiên cứu tại cộng hòa Congo năm 2009 về những lý do khiến bệnh nhân không tuân thủ điều trị, tác giả Jean Pierre Fina Lubaki và cộng sự cho biết, có 5 lý do quan trọng khiến bệnh nhân bỏ thuốc và kém tuân thủ điều trị bao gồm: thiếu kiến thức về bệnh và các loại thuốc đang sử dụng, lo lắng và chán nản khi gặp phải các tác dụng phụ của thuốc, bệnh nhân sẽ chỉ tin tưởng dùng thuốc khi họ đã có những

triệu chứng rõ rệt của bệnh và sự hỗ trợ, động viên của gia đình có vai trò tích cực trong việc khuyến khích bệnh nhân tuân thủ điều trị [84, 106].

Nghiên cứu của Pauline E. Osamor ở một thành phố phía Nam Nigeria năm 2011 trên 440 bệnh nhân tuổi từ 25 -90 được chọn ngẫu nhiên đơn cho thấy không có sự khác biệt tuân thủ điều trị thuốc giữa nam và nữ bệnh nhân nhưng tình trạng hôn nhân lại có mối liên quan có ý nghĩa, 63,4% bệnh nhân dùng thuốc theo đơn của bác sỹ trong bệnh viện và có 5% dùng thuốc tự mua tại hiệu thuốc. Khoảng 10% bệnh nhân đã đến khám ở bệnh viện từng dùng các bài thuốc dân gian và 7,5% bệnh nhân đến hiệu thuốc từng dùng thuốc dân gian, không có bệnh nhân nào chỉ dùng thuốc dân gian [97].

Năm 2011, nghiên cứu của Krzesinski J và cộng sự tại Brussels, Bỉ cho biết duy trì tương tác giữa thầy thuốc và người bệnh là một điều kiện có tính chất quyết định, thầy thuốc cần nói rõ cho bệnh nhân biết các nguy cơ khi bị tăng huyết áp và tác dụng phụ có thể gặp phải của thuốc, chi phí điều trị cũng có ảnh hưởng đến tuân thủ thuốc ở bệnh nhân. Bên cạnh đó, bệnh nhân có lối sống tích cực và có ít nguy cơ có hại cho sức khỏe cũng hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị tốt hơn [77].

Nghiên cứu của Manal Ibrahim Hanafi Mahmoud Đại học Taibah năm 2012 cho biết tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 35,1%, nhóm tuân thủ tốt được chẩn đoán bằng điện tâm đồ và siêu âm Doppler bởi nhân viên y tế. Bệnh nhân kém tuân thủ nhất là đối với việc tập thể dục. Giới, thu nhập thấp, trình độ văn hóa, tình trạng công việc, thói quen hút thuốc ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ. Chỉ có 14,4% có mối liên hệ với thầy thuốc tương đối tốt. Đặc biệt 83% bệnh nhân mắc thêm các bệnh kèm theo tuân thủ điều trị kém [75].

Nghiên cứu cắt ngang của Nandini Natarajan năm 2013 về tuân thủ các thuốc hạ huyết áp và các yếu tố liên quan trên 527 bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường tuýp II qua 6 tháng thăm khám. Với phương pháp tự khai báo dựa trên thang điểm Morisky, kết quả cho thấy có 77% bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc. Những bệnh nhân tập thể dục đều đặn và thực hiện chế độ ăn lành mạnh, giảm muối có ý nghĩa độc lập, dự báo điểm tuân thủ điều trị cao [49].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Xuân Phú năm 2011 cho biết tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân thành phố khoảng 44,8%. Tuy nhiên, Bùi Thị Mai Tranh lại thông báo chỉ có 25% bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Quận 7, Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian theo dõi định kỳ tuân thủ dùng thuốc. Cũng tại Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2009 Lý Huy Khanh và cộng sự theo dõi tiếp các bệnh nhân sau khi rời phòng khám Trung Vương 6 tháng thông báo một thực trạng đáng lo ngại rằng có tới 79% bệnh nhân bỏ trị. Đó là chưa kể đến việc những khảo sát này được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và theo dõi tại các phòng khám bệnh viện thành phố và do đó, mức độ tuân thủ tìm thấy thường cao hơn thực tế và cao hơn khu vực nông thôn rất nhiều [8, 25, 33].

Một số tác giả tìm cách giải thích cho việc tuân thủ điều trị yếu kém; Ross S, W.A tại Anh năm 2004 cho biết việc bệnh nhân tin vào tác dụng của loại thuốc đang dùng sẽ tuân thủ tốt hơn; bệnh nhân ở nhóm tuổi cao thường tuân thủ tốt hơn nhóm tuổi trẻ hơn. Cũng trong năm này, Gascón J J và cộng sự cũng đưa ra một khung logic, đề cập 4 nhóm yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị: gồm các tính chất đặc trưng của bệnh, lối sống của người bệnh, các yếu tố liên quan đến cán bộ y tế. Năm 2010, Van Onzenoort HA tại Hà Lan lại tìm thấy mối liên quan giữa việc bệnh nhân tự theo dõi huyết áp thường xuyên tới việc tuân thủ điều trị tốt hơn một cách có ý nghĩa thống kê [68, 93, 103].

Ở Việt Nam, Lý Huy Khanh và Bùi Thị Mai Tranh đều chỉ ra rào cản từ kiến thức kém và một số quan niệm sai lầm của người bệnh trong điều trị dẫn tới việc bỏ trị. Ngược lại, một số lý do khiến người bệnh yên tâm điều trị hơn cũng được tìm thấy như việc chi trả tiền thuốc hợp lý, thuốc ít tác dụng phụ [8, 25].

Những kết quả nghiên cứu trên đã giúp nhiều tác giả tìm kiếm can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị tăng huyết áp. Từ năm 1980, Veen cho rằng người bệnh THA nên có bảng ghi lại trị số huyết áp hàng ngày; Năm 2011, Márquez khuyến nghị nên duy trì hệ thống phản hồi 2 chiều giữa bệnh nhân và thầy thuốc, đồng thời hình thức nhắn tin hàng ngày nhắc uống thuốc vào điện thoại di động được tác giả chứng minh là có hiệu quả. Năm 2014, Ontario Pharmacists Association and Green Shield tại Canada công bố kết quả can thiệp dựa trên giải

pháp tư vấn của dược sỹ về dùng thuốc hạ áp, trong đó nhóm can thiệp gia tăng tuân thủ điều trị thêm 15%, trong khi nhóm chứng chỉ tăng 2,2% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Phân tích theo bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp gia tăng 0,8% tuân thủ trong khi nhóm chứng giảm 1%, ($p = 0,07$) [60, 89, 117].

1.3. Một số chương trình quản lý điều trị tăng huyết áp

1.3.1. Chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc Gia

Tại Việt Nam những năm qua đã có một số chương trình phòng chống tăng huyết áp ở các quy mô khác nhau nhưng chủ yếu dành cho tăng cường công tác điều trị tại các bệnh viện. Từ năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chương trình mục tiêu Quốc gia giai đoạn 2012-2015 trong đó có chương trình phòng chống tăng huyết áp nhằm mục tiêu tăng 50% số người bệnh được quản lý và điều trị tăng huyết áp thông qua các hoạt động can thiệp cụ thể gồm: truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về tăng huyết áp; tăng cường việc phát hiện thông qua sàng lọc sớm, đào tạo cán bộ y tế tuyến cơ sở và đưa công tác hỗ trợ điều trị và quản lý ngoại trú về tuyến cơ sở.

Các hoạt động này đã cụ thể hóa thành các mục tiêu như sau:

- Phấn đấu đạt tỷ lệ 50% người dân hiểu đúng về tăng huyết áp và các biện pháp phòng
- Phấn đấu đạt chỉ tiêu 80% cán bộ y tế hoạt động trong phạm vi dự án được đào tạo về biện pháp dự phòng, phát hiện sớm, điều trị và quản lý tăng huyết áp
- Xây dựng triển khai và duy trì bền vững mô hình quản lý THA tại tuyến cơ sở.

Hoạt động này được giao cho Viện Tim mạch Quốc gia điều phối thực hiện trên toàn quốc. Hoạt động này cũng đã được các tỉnh triển khai và cũng đã có những đánh giá chung và đánh giá tại một số tỉnh về kết quả đạt được cũng như hạn chế. Tuy nhiên, do ngân sách dành cho chương trình còn eo hẹp nên kết quả đạt được chưa cao [15, 30, 44].

Đánh giá tại huyện Đông Hỷ, tỉnh Thái Nguyên năm 2012 của Nguyễn Kim Thành cho biết: Mặc dù trong 2 năm 2010-2011 tại huyện này chưa có bất kỳ hoạt động sàng lọc và quản lý tăng huyết áp nào, số bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh

viện là 266 bệnh nhân và năm 2012, số bệnh nhân điều trị nội trú đã tăng lên 389 người; 1462 lượt bệnh nhân được tư vấn điều trị, 209 bệnh nhân được CBYT tư vấn tại nhà, tổng số có 1910 bệnh nhân được quản lý tại các xã thuộc huyện này trong đó 92,3% có sổ theo dõi; 89,5% bệnh nhân được khám kiểm tra lại ít nhất 1 lần sau khi được chẩn đoán cho đơn. Tuy nhiên đánh giá về kiến thức tác giả cho biết chỉ có khoảng 25% số bệnh nhân có kiến thức về tăng huyết áp và cách phòng chống; đặc biệt chỉ có 5,5% biết cách xử trí cơn tăng huyết áp và như vậy tại huyện Đồng Hỷ theo đánh giá trên là chưa đạt được các mục tiêu.

Đánh giá tại Bắc Giang cho biết Tỉnh đã xây dựng đề án nhằm triển khai chương trình với các mục tiêu cụ thể gồm có 100% BV tuyến tỉnh, BV tuyến huyện có đơn vị quản lý tăng huyết áp, 30% số TYT xã có bộ phận quản lý THA, 80% cán bộ y tế được đào tạo về dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, quản lý THA, 50% số người bệnh trở lên được thực hiện đúng phác đồ của Bộ Y tế... Kết quả đến năm 2013, đã có 10 xã trên tổng số 23 xã thực hiện hoạt động này. Ở tỉnh Yên Bái, tác giả Trịnh Thu Hoài đánh giá năm 2013 cho biết tỉnh này đã đạt được mục tiêu nâng cao kiến thức của người dân và đạt 100% kế hoạch tập huấn cho cán bộ y tế; đã khám sàng lọc được ở 8 xã phường, với tổng số bệnh nhân được theo dõi là 591 người, so với kế hoạch là đạt ở mức tốt. Như vậy có thể thấy chương trình được triển khai khá rộng tại các xã thuộc dự án ở mỗi tỉnh song chưa bao phủ hết và mục tiêu mới nhằm vào việc nâng cao kiến thức và số người được điều trị đúng phác đồ của Bộ y tế. Đây cũng là chương trình có quy mô quốc gia lớn nhất tại Việt Nam cho tới thời điểm này [15, 41].

1.3.2. Mô hình quản lý và điều trị ngoại trú tại bệnh viện

Tại nhiều bệnh viện tuyến Trung ương và tuyến tỉnh hiện nay đang thực hiện mô hình quản lý và điều trị ngoại trú cho bệnh nhân, các bệnh viện này không thực hiện khám sàng lọc mà nguồn bệnh nhân đầu vào là do bệnh nhân tự đến, thường có thể từ các khoa lão khoa, các khoa khác khi đi khám những bệnh tật khác nhau hoặc tự đến sau kết quả khám phát hiện ở một tuyến khác.

Bệnh nhân được thực hiện khám và làm các xét nghiệm nhằm chẩn đoán xác định và giai đoạn cũng như mức độ cần điều trị và kê đơn, chi phí khám thường

được tính dựa theo chế độ bảo hiểm hiện hành. Ở một số bệnh viện như Bệnh viện Bạch Mai, nguồn người bệnh được sử dụng thẻ bảo hiểm y tế - chi trả theo tỷ lệ hiện hành theo luật bảo hiểm thường là những bệnh nhân tự nguyện, chuyển tuyến được từ các bệnh viện hoặc bệnh nặng, bệnh phối hợp. Do đó những bệnh nhân này thường có khả năng tự chi trả khá tốt và thường sống tại khu vực thành thị, gần Hà Nội. Thực trạng này cũng tương tự đối với Bệnh viện Lão Khoa Trung ương. Tương tự tại các bệnh viện tuyến tỉnh như tại Bắc Giang, Thái Nguyên, Hưng Yên, bệnh viện khu vực hoặc bệnh viện ngành như Đức Giang, Nông nghiệp... cũng có phòng khám ngoại trú dành cho bệnh nhân tăng huyết áp và sử dụng nguồn kinh phí đồng chi trả bảo hiểm của bệnh nhân. Tuy vậy, các chương trình này như đã phân tích ở trên, thường chỉ bao phủ được một phần những người bệnh có khả năng tiếp cận gần với bệnh viện này, thường là khu vực thành thị và có khả năng chi trả tốt hơn. Hiện tại vẫn chưa có những đánh giá rộng về tỷ lệ bỏ trị... ở khu vực phòng khám ngoại trú xong có thể thấy theo nghiên cứu của Vũ Xuân Phú tại Hà Nội tương tự như nghiên cứu của Lý Huy Khanh ở bệnh viện Trung Vương Thành phố Hồ Chí Minh cho biết hơn 60% bệnh nhân bỏ điều trị sau 6 tháng theo dõi [10, 25, 33, 41-44].

1.3.3. Một số cách tiếp cận mới trong phòng chống tăng huyết áp tại Việt Nam

Mô hình can thiệp phối hợp của Nguyễn Lâm Việt và cộng sự được thực hiện tại xã Xuân Canh, huyện Đông Anh trong đó kết hợp giữa truyền thông cho người dân và tập huấn cho cán bộ y tế xã kết hợp dùng thuốc hạ áp đã làm tăng tỷ lệ đạt huyết áp mục và giảm tỷ lệ bệnh nhân có cholesterol máu cao, giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong. Mô hình này đạt được kết quả tốt nhưng là một chương trình được thực hiện tại 1 xã với nguồn kinh phí khá lớn, cho thấy việc tiếp cận can thiệp với nhiều hình thức khác nhau sẽ cùng với việc điều trị làm tăng hiệu quả của chương trình khá tốt [47].

Mô hình “Phối hợp tuyến y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp” được áp dụng tại Bắc Giang trong can thiệp của Đinh Văn Thành trong đó phối kết hợp chặt chẽ, phát huy đúng chức năng nhiệm vụ của từng cơ sở y tế, cá nhân trong tuyến y tế cơ sở là: Bệnh viện huyện, TYT xã và NVYTTB để QL người THA thường

xuyên và lâu dài đúng phác đồ của Bộ Y tế. Chương trình nhằm các mục tiêu chủ động phát hiện THA tại cộng đồng, tăng cường quản lý người bệnh và tư vấn về phòng chống THA và mua thẻ BHYT để có nguồn tài chính chi trả cho công tác quản lý tăng huyết áp. Kết quả sau 1 năm can thiệp đã tăng được thêm tỷ lệ người tăng huyết áp được quản lý điều trị theo đúng phác đồ của Bộ Y tế. Về kiến thức và thực hành của người bệnh, can thiệp đã giúp giảm được nguy cơ trong lối sống của bệnh nhân như giảm tình trạng uống đồ ngọt. Trong mô hình này tác giả đã dựa trên phân tuyến kỹ thuật hiện có về điều trị và quản lý tăng huyết áp, phát huy những hoạt động trong khuôn khổ chương trình tăng huyết áp tại tỉnh, tăng cường vai trò của từng bên nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động của mô hình. Tuy nhiên trong mô hình mới truyền thông thay đổi hành vi lối sống của người bệnh chứ chưa có những hoạt động khuyến khích hỗ trợ người bệnh chủ động tham gia quá trình theo dõi điều trị và tuân thủ điều trị [41].

Chương trình can thiệp có nhóm chứng, phân bố ngẫu nhiên do Đại học UMASS Hoa Kỳ phối hợp với tổ chức PHAD tại Việt Nam thực hiện tại tỉnh Hưng Yên từ đầu năm 2015 với mô hình sử dụng các câu chuyện của bệnh nhân có thật người đã kiểm soát được huyết áp, ghi lại bằng các phim ngắn sau đó phát cho bệnh nhân xem tại nhà, kết quả giai đoạn thử nghiệm ban đầu cho thấy đã có những cải thiện trong giảm được chỉ số huyết áp cho bệnh nhân và chương trình đang trong giai đoạn tiếp tục can thiệp để đánh giá hiệu quả [55].

Nhìn vào các chương trình trên cho thấy có một khoảng trống rất lớn trong việc khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình theo dõi và tự quản lý bệnh tật tại cộng đồng trong khi đối với tăng huyết áp hoạt động này là hết sức quan trọng. Cụ thể là người bệnh cần phải có sự theo dõi thường xuyên huyết áp của mình nhằm ghi nhận kết quả điều trị, phát hiện nguy cơ, nhằm đến cơ sở y tế hoặc trao đổi với bác sỹ khi cần thiết, điều này sẽ giúp họ tránh được nguy cơ đột quỵ vì thời gian điều trị chủ yếu tại nhà.

Các khuyến nghị trên thế giới và tại Việt Nam khá nhiều và đang ở trạng thái khuyến người bệnh nên theo dõi huyết áp thường xuyên và hướng dẫn họ cách đo. Trên thực tế thì việc người bệnh biết cách sử dụng đúng một thiết bị đo tự động hay

bán tự động là không hề khó khăn nhưng họ cần phải theo dõi như thế nào, chỉ số nào là phù hợp và không phù hợp với tình trạng điều trị thì không phải bệnh nhân nào cũng được biết và biết đầy đủ. Mặt khác, kết quả theo dõi đó cần phải được ghi lại theo thời gian và thông báo với bác sỹ khi được yêu cầu một cách nhanh chóng và trực quan là điều rất cần thiết. Hiện nay các phần mềm kèm theo trong máy đo điện tử đã có chức năng lưu trữ thông tin xong không có giá trị phiên giải và không giúp người bệnh cung cấp dễ dàng kết quả theo dõi cho bác sỹ mà muốn như vậy họ phải sử dụng thêm các thiết bị như điện thoại thông minh, sử dụng các dịch vụ quản lý chia sẻ thông tin qua mạng – điều này chỉ phù hợp với rất ít người bệnh.

1.3.4. Một số cơ sở để xây dựng mô hình can thiệp tăng cường tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị

1.3.4.1. Can thiệp tăng cường tự theo dõi huyết áp

Theo công bố của Fahey T và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu phân tích gộp các can thiệp tăng cường quản lý điều trị huyết áp cho rằng giáo dục truyền thông đơn thuần cho người bệnh và thầy thuốc được sử dụng trong các can thiệp không có tác dụng đáng kể trong việc làm giảm chỉ số huyết áp của bệnh nhân. Tuy vậy, tác giả khuyến nghị các mô hình bệnh nhân tự theo dõi huyết áp cần phải được xây dựng và đánh giá thêm [70].

Năm 2012, Uhlig và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu phân tích tổng quan 52 nghiên cứu can thiệp về tự theo dõi huyết áp và thấy rằng, việc bệnh nhân thực hiện tự theo dõi huyết áp tại nhà với thời gian can thiệp khoảng 6 tháng đã giúp giảm trung bình 3,9 mmHg đối với huyết áp tâm thu và 2,4 mmHg đối với huyết áp tâm trương. Tác giả phân tích và thấy rằng với giai đoạn 6 tháng cho các can thiệp, kết quả khá rõ ràng song vẫn chưa thể khẳng định được với nhóm các can thiệp thực hiện dài hơn (1 tháng) và ông cho rằng cần phải có thêm những nghiên cứu để phân tích sâu thêm [79].

Bằng phân tích gộp 20 nghiên cứu can thiệp tự theo dõi huyết áp với tổng số 358 bệnh nhân và 91 nhân viên y tế được công bố năm 2015, Fletcher và cộng sự cho rằng việc khuyến khích bệnh nhân tự theo dõi huyết áp thường xuyên và được bác sỹ giải thích về chỉ số, tư vấn khi cần không những làm cho huyết áp tâm thu

của bệnh nhân có chiều hướng giảm mà còn làm tăng sự trao đổi giữa bệnh nhân và thầy thuốc [58].

Một hình thức can thiệp nữa cũng đã có những thử nghiệm đánh giá hiệu quả, đó là hình thức theo dõi người bệnh từ xa (Telemonitoring) sử dụng nhiều dạng thiết bị khác nhau mà người bệnh mang theo người 24/24 ghi lại và truyền dẫn thường xuyên chỉ số này đến cơ sở dữ liệu tại bệnh viện. Nghiên cứu tổng quan dựa trên 15 nghiên cứu can thiệp từ năm 2003 đến năm 2013 của tác giả Spyros Kitsiou cho thấy mô hình theo dõi từ xa giúp làm giảm trung bình 60%-80% nguy cơ gây tử vong chung, giảm 64%-86% tỷ lệ nhập viện với các biến cố thường gặp cũng như giảm số ngày nằm viện, đặc biệt là mô hình theo dõi từ xa sử dụng thiết bị điện tử mang theo và cần thêm bằng chứng để xem xét hiệu quả đối với các dạng theo dõi và tư vấn từ xa trên truyền hình và trang web. Tuy nhiên hình thức này cũng có những rào cản như chi phí thiết bị, theo dõi khá tốn kém nên chỉ phù hợp với nhóm bệnh nhân có khả năng chi trả tốt, bệnh nặng, bệnh phối hợp [82].

Việc theo dõi huyết áp tại nhà được Phân hội tăng huyết áp Việt nam cho rằng là căn cứ tốt để chẩn đoán tăng huyết áp cũng như theo dõi điều trị vì giúp tránh hiệu ứng THA áo choàng trắng. Với kỹ thuật dễ dàng, bệnh nhân dễ thao tác đúng và máy đo dễ kiểm, không quá đắt đỏ cũng là yếu tố thuận lợi giúp nhiều bệnh nhân có thể tự trang bị để thực hành tại nhà. Tuy nhiên, hạn chế của việc đo huyết áp tại nhà hiện nay là bệnh nhân không thật hiểu giá trị huyết áp đo được của bản thân mà chỉ hiểu rất chung chung, một tỷ lệ khiêm tốn biết mức huyết áp tâm thu trên 140mmHg là cao song không rõ về ngưỡng cao đối với huyết áp tâm trương, một số ngưỡng được cho là cảnh báo nguy hiểm đối với bệnh nhân mắc kèm những bệnh như thận, bệnh tim mạch có mức thấp hơn con số 140 mmHg cho tăng huyết áp đơn thuần cũng ít được bệnh nhân biết đến [28, 29]. Thêm vào đó, người bệnh vừa phải nỗ lực duy trì đo huyết áp thường xuyên và tự ghi vào những cuốn sổ tay của mình, và với các bảng ghi chép này, bác sỹ cũng rất khó để đánh giá nhanh được sự đáp ứng và những dao động huyết áp của bệnh nhân, vì thế sự tương tác không hiệu quả, tình trạng trì trệ trong lâm sàng xảy ra như với rất nhiều bệnh không truyền nhiễm khác.

Tự đo HA tại nhà cũng được cho là có giá trị cung cấp trị số HA trong những ngày khác nhau và gần với hoàn cảnh sống bình thường của bệnh nhân hơn giúp dự báo tốt sự xuất hiện và tiến triển của tổn thương cơ quan đích so với đo HA tại phòng khám. Do vậy, đo HA tại nhà vào các khoảng thời gian thích hợp trước và suốt quá trình điều trị được khuyến khích nhằm tăng cường hiệu quả điều trị và cải thiện sự gắn kết bệnh nhân và điều trị. Nhưng cần hướng dẫn cách ghi chép phù hợp để cung cấp thông tin đầy đủ và chính xác về các giá trị đo được và tránh việc tự mình thay đổi các chế độ điều trị. Những rào cản này giải thích tại sao trong nhiều nghiên cứu thực trạng cho biết tỷ lệ tự theo dõi huyết áp tại nhà rất thấp, nghiên cứu ở Thọ Sơn năm 2006 và Trần Văn Long ở Nam Định chỉ khoảng trên 10% bệnh nhân tự theo dõi huyết áp tại nhà thường xuyên và trong 6 tháng khoảng hơn 80% bệnh nhân được kiểm tra huyết áp tối thiểu 1 lần [24].

Như vậy, những nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng việc áp dụng các hoạt động can thiệp tăng cường việc bệnh nhân tự theo dõi huyết áp tại nhà đã đem lại cải thiện đáng kể cho kết quả điều trị, từ đó góp phần giảm nguy cơ biến chứng và tử vong cho bệnh nhân và cần phối hợp tốt giữa hình thức khuyến khích bệnh nhân tự theo dõi [90].

1.3.4.2. Can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị thuốc

Từ những năm 70 khi mà bệnh không truyền nhiễm trong đó nổi bật là tăng huyết áp đã trở nên phổ biến ở nhiều nước phát triển thì đã có nhiều nghiên cứu can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị thuốc hạ áp. Schroeder K, Fahey T và cộng sự trong tổng quan 38 nghiên cứu can thiệp tại Châu Âu được thực hiện từ năm 1975 đến năm 2000 với 58 biện pháp can thiệp áp dụng trên tổng số 15519 bệnh nhân có độ dài từ 2 tháng đến 5 năm; kết quả cho thấy: giải pháp đơn giản hóa thuốc hạ áp tỏ ra có hiệu quả ở 7 trong số 9 nghiên cứu áp dụng và làm tăng được từ 8% đến 19,6% tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc. Chiến lược can thiệp tạo động lực tuân thủ thành công ở mức khiêm tốn hơn ở 10 trong tổng số 24 nghiên cứu và làm tăng tỷ lệ tối đa lên 23%. Có 18 nghiên cứu trong số này áp dụng nhiều giải pháp hỗn hợp và kỹ thuật khác nhau nhưng chỉ có 8 can thiệp đem lại kết quả. Đưa đến mức tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị thêm từ 5% đến 41%. Các tác giả cũng cho biết, những

can thiệp chỉ áp dụng giải pháp truyền thông giáo dục sức khỏe đơn thuần dường như không thu được kết quả nào [107].

Một can thiệp do Cleveland Clinic Medicine Institute Independence thực hiện năm 2007 trên bệnh nhân từ năm 1998 - 2007 với chiến lược can thiệp theo nhóm dưới sự hỗ trợ của nhân viên y tế và tình nguyện viên, trong đó bệnh nhân được phân chia cấp độ điều trị theo nhóm và cùng thảo luận lập kế hoạch và cùng nhau thực hiện phác đồ điều trị. Trong can thiệp này, giải pháp đào tạo và đào tạo lại cho nhân viên y tế cũng được nhấn mạnh, bên cạnh đó họ được cung cấp thông tin và tại phòng khám có thể truy cập theo các đường link tới những hướng dẫn như JNC7... Bệnh nhân được nhân viên y tế kiểm tra huyết áp định kỳ trong những lần tái khám cũng như được nhân viên y tế công bố và ghi vào thẻ theo dõi một cách ngắn gọn, dễ hiểu. Mỗi nhóm bệnh nhân được quản lý bởi một đội nhân viên y tế và giữa họ có sự thi đua lẫn nhau về việc kiểm soát huyết áp cho bệnh nhân. Kết quả cho biết tỷ lệ kiểm soát được huyết áp đã có cải thiện nhưng không có đo lường chi tiết là tăng bao nhiêu phần trăm. Đây cũng là một hình thức can thiệp đáng tham khảo áp dụng đối với những khu vực thuận tiện cho việc phân chia bệnh nhân theo nhóm nhỏ [63].

Daniel phân tích một số nghiên cứu với 3 nhóm chiến lược can thiệp năm 2008 gồm có: tăng cường giáo dục sức khỏe, truyền thông thay đổi hành vi và kết hợp cho thấy việc tuân thủ điều trị bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố. Các nghiên cứu đã cho thấy thái độ và niềm tin của bệnh nhân vẫn là rào cản mang tính hệ thống đến việc kém tuân thủ điều trị thuốc. Trong các nghiên cứu được rà soát, có rất ít nghiên cứu cố gắng xác định rào cản cụ thể để can thiệp trực tiếp. Cũng không có một mô hình nào tỏ ra tối ưu hơn cả để có thể khuyến nghị áp dụng rộng rãi song giải pháp đơn giản hóa phác đồ thuốc và chiến lược tác động nhằm thay đổi quan niệm về dùng thuốc tỏ ra có nhiều triển vọng hơn. Tác giả cũng khuyến nghị các nghiên cứu cần phải kiểm soát các yếu tố nhiễu tốt hơn cũng như tính toán cỡ mẫu hợp lý để kết luận có hiệu lực hơn. Các chương trình can thiệp tiếp theo nên tập trung xác định các rào cản cụ thể sau đó lựa chọn giải pháp can thiệp nhằm giảm bớt hoặc loại bỏ trực tiếp các rào cản cũng như tăng cường các hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân chứ không nên áp dụng các giải pháp mang tính đồng đều [64].

Năm 2011, Tổ chức tim mạch Australia đã đưa ra bài giảng xác định giải pháp can thiệp thích hợp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị thuốc tim mạch. Trong đó hướng dẫn các thầy thuốc cách thức xác định những can thiệp nên dựa trên bằng chứng và sự thảo luận trực tiếp với người bệnh. Tài liệu này đưa ra cách thức xác định giải pháp can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị bệnh tim mạch gồm các bước như sau: Cần xem xét và liệt kê các giải pháp can thiệp có hiệu quả đã được thực hiện. Phân chia người tham gia thành các nhóm nhỏ phổ biến cho họ về các giải pháp. Tiếp đó, đề nghị người bệnh chọn can thiệp mà họ nghĩ rằng có hiệu quả nhất trong cải thiện sự tuân thủ của bản thân. Sau đó tiếp tục thảo luận với bệnh nhân về các rào cản và cách khắc phục để có thể áp dụng các giải pháp can thiệp này trong thực tế [56].

Tại khu vực Nam Mỹ, trong nghiên cứu năm 2012 của Taiye Odedosu và cộng sự đã cho biết rào cản lớn nhất bao gồm các yếu tố liên quan tới bệnh nhân, bác sĩ, và hệ thống hỗ trợ quản lý và điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh rằng tại khu vực này, với tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp ngày càng gia tăng nhanh chóng rất cần đến các can thiệp nhằm giải quyết vấn đề kém tuân thủ điều trị ở các bệnh nhân người Mỹ gốc Phi. Các bằng chứng nghiên cứu gợi ý các can thiệp nên nhằm giải quyết các rào cản về tương tác kém hiệu quả của bệnh nhân và bác sĩ, cần tăng cường tư vấn và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân, khuyến khích họ theo dõi huyết áp tại nhà và cải thiện hệ thống máy vi tính hỗ trợ bác sĩ trong khám và quản lý người bệnh [114].

Một nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có kiểm soát tại Canada nhằm phân tích tác động của dược sĩ trong quản lý bệnh nhân THA và tăng cường tuân thủ điều trị năm 2014 cho biết: Với các giải pháp chính là sự tư vấn của dược sĩ cho bệnh nhân về việc dùng thuốc hạ áp đã thu được những kết quả bước đầu. Phân tích theo nhóm cho biết các nhóm can thiệp gia tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp lên 15%, trong nhóm chứng chỉ gia tăng 2,2% tỷ lệ tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, khi phân tích tổng thể thì tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp chỉ gia tăng 0,8% tuân thủ so với nhóm bệnh nhân chứng giảm 1%, ($p = 0,07$) [60].

Sự khác biệt trên được giải thích có thể là do khung thời gian can thiệp ngắn (6 tháng trước và sau tư vấn đầu tiên với dược sĩ). Với hầu hết các chương trình can

thIỆP bệnh mạn tính đòi hỏi phải theo dõi 90 ngày mới có sự thay đổi rõ rệt, bệnh nhân nghiên cứu sẽ chỉ được theo dõi 2 lần vào trước và sau can thiệp. Đây cũng là một nghiên cứu với cỡ mẫu rất nhỏ nên kết luận về tác động còn rất khiêm tốn.

Chương trình can thiệp để phòng và điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng của Viện Tim mạch Việt Nam thực hiện từ tháng 4 năm 2004 đến tháng 8 năm 2007 tại xã Xuân Canh, huyện Đông Anh, Hà Nội trong đó áp dụng chiến lược can thiệp gồm tuyên truyền tập huấn cho nhân viên y tế cơ sở về quản lý và theo dõi bệnh tăng huyết áp, tổ chức các câu lạc bộ cho 678 bệnh nhân, được phân chia 2 nhóm gồm đối tượng có nguy cơ tăng huyết áp chú trọng những hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe và nhóm thứ 2 là bệnh nhân THA ngoài tuyên truyền sẽ được theo dõi và khám định kỳ cũng như phát thuốc trong 12 tháng. Kết quả cho thấy trong nhóm bệnh nhân được dùng thuốc, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu chiếm 68,5% ở lần điều trị đầu tiên và tăng lên 89,1% sau 1 năm điều trị. Và ở nhóm THA mức độ một có tỷ lệ thành công cao hơn các nhóm còn lại. Bên cạnh đó, các chỉ số hóa sinh máu ở nhóm bệnh nhân này thay đổi theo hướng tích cực: với Glucose máu thấp hơn trước can thiệp một cách có ý nghĩa trong khi sự thay đổi Cholesterol toàn phần không có ý nghĩa. Tuy nhiên kết quả này chỉ gợi ý là có sự thay đổi theo chiều hướng tích cực với một can thiệp kết hợp mà chưa cho phép kết luận rõ hiệu quả bởi vì trong quá trình can thiệp còn có thêm 97/574 người đăng ký tham gia thêm trong khi lúc đầu số theo dõi chỉ là 477 người.

Với nhóm chưa dùng thuốc, chưa thấy rõ vai trò của can thiệp với sự giảm đi của huyết áp, ngược lại có 5/20 bệnh nhân đã chuyển từ tiền THA sang THA độ I. Điều này được lý giải là diễn biến bình thường khi tuổi bệnh nhân tăng lên mặc dù nghiên cứu đã cố gắng loại trừ các nhiễu do cách đo huyết áp cũng như thời điểm đo và máy đo. Can thiệp này cũng ghi nhận 3 trường hợp bị cấp cứu trong thời gian can thiệp, 27 trường hợp nhập viện và 12 ca tử vong trong đó có 9 ca do tăng huyết áp. Nghiên cứu cũng chưa so sánh được tỷ suất tử vong trên nhóm can thiệp và trên nhóm bệnh nhân bình thường [47].

Nghiên cứu “Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức thực hành phòng chống tăng huyết áp tại 2 xã Huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 – 2012” của Trần Văn Long dựa trên can thiệp tăng

cường kiến thức cho người cao tuổi ở 2 huyện trên dựa vào sinh viên cử nhân điều dưỡng, trong đó sinh viên sẽ dựa trên kiến thức còn thiếu của NCT để cung cấp thêm các kiến thức về tăng huyết áp và cách phòng chống. Kết quả cho thấy can thiệp đã cải thiện đáng kể kiến thức của người cao tuổi tại đây, cụ thể là tỷ lệ NCT biết mỡ động vật không tốt tăng từ 6,3% lên 35,8% và tỷ lệ NCT biết hậu quả của THA tăng từ 10,7% lên 53,2%, tỷ lệ ăn giảm muối cũng có cải thiện. Bên cạnh đó tỷ lệ NCT tập thể dục cũng tăng từ 50,3% lên 58,7%. Tuy nhiên nghiên cứu này cũng chưa làm thay đổi thói quen hút thuốc và sử dụng rượu bia ở NCT tại đây [24].

Như vậy có thể thấy rằng tình trạng tuân thủ thuốc huyết áp tại nhiều khu vực trên thế giới, nhất là những nước đang phát triển còn nhiều hạn chế cần đến các can thiệp tích cực. Một số giải pháp can thiệp có thể được tiếp thu và phát triển từ các giải pháp đã được chứng minh là có hiệu quả tại khu vực phát triển hơn như việc đơn giản hóa phác đồ điều trị, tăng cường tư vấn và sự tương tác giữa thầy thuốc và người bệnh. Cần chú trọng giải quyết trực tiếp những rào cản đến việc uống thuốc của từng đối tượng bệnh nhân và lưu ý đến những đặc trưng riêng của người bệnh tại từng khu vực.

Các mô hình và giải pháp can thiệp hiện có tại thực địa Việt Nam mới tập trung vào việc tăng cường sàng lọc chẩn đoán sớm tại cộng đồng do chính các cơ quan y tế chủ động tiếp cận và thực hiện hoặc một tỷ lệ khiêm tốn người dân có ý thức tốt hơn hoặc đã gặp các vấn đề sức khỏe nên đến cơ sở y tế và được phát hiện mà chưa có giải pháp khuyến khích hiệu quả hơn giúp người bệnh quan tâm và nghĩ đến nguy cơ tăng huyết áp của bản thân sớm và tiếp cận cơ sở y tế sớm hơn. Bên cạnh đó, khi người bệnh đã tiếp cận điều trị, ngoài các chương trình truyền thông thuần túy thì việc theo đuổi điều trị lâu dài của người bệnh phần lớn phụ thuộc vào ý thức và hành vi cá nhân của họ, trong khi họ chưa được tư vấn hiệu quả về nguyên tắc điều trị tăng huyết áp cần phải lâu dài, khiến tỷ lệ bỏ trị rất cao. Mặt khác, các chương trình can thiệp về điều trị đang tiếp cận theo hướng hỗ trợ cung cấp thuốc điều trị cho bệnh nhân còn chưa có chương trình nào giảm tình trạng quên thuốc, bỏ thuốc ở bệnh nhân điều trị ngoại trú dẫn đến tình trạng bệnh nhân quên thuốc và khi gặp tác dụng không mong muốn của thuốc hoặc thấy đỡ thì tự ý bỏ thuốc. Tất cả những lý do trên khiến cho hiệu quả điều trị THA không cao.

Vì vậy, nghiên cứu can thiệp của nhóm tập trung giải quyết những khoảng trống chủ yếu trong phòng chống tăng huyết áp đối với người bệnh tăng huyết áp ngoại viện, nâng cao hiểu biết của người bệnh về nguyên tắc dùng thuốc, giúp hạn chế tác dụng không mong muốn của thuốc, cung cấp công cụ ghi nhận và theo dõi huyết áp để sử dụng tương tác với thầy thuốc, hạn chế việc quên thuốc, bỏ thuốc nhằm tăng cường hiệu quả điều trị.

1.4. Khái quát chung về địa bàn nghiên cứu

Tiền Hải là huyện ven biển, nằm ở phía Đông Nam tỉnh Thái Bình. Phía Bắc giáp huyện Thái Thụy tỉnh Thái Bình, ranh giới là sông Trà Lý; Phía Nam giáp huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định, ranh giới là sông Hồng; Phía Tây giáp huyện Kiến Xương tỉnh Thái Bình; Phía Đông giáp biển Đông, với chiều dài bờ biển là 23km, từ cửa Trà Lý đến cửa Ba Lạt.

Tiền Hải có diện tích tự nhiên 225,8 km²; Dân số 212,561 người, phần lớn là người Kinh. Trong đó người cao tuổi ước tính khoảng 16,000 người, lao động chủ yếu là làm nông nghiệp và cán bộ hưu trí. Toàn huyện có Thị trấn Tiền Hải và 34 xã gồm: An Ninh, Bắc Hải, Đông Cơ, Nam Cường, Nam Hà, Phương Công, Tây An, Tây Giang, Tây Lương..., được chia thành 4 khu gồm: Đông, Tây, Bắc và Nam, trung tâm là thị trấn Tiền Hải.

Hung Yên là một tỉnh nằm trong khu vực đồng bằng sông Hồng, có vị trí trung tâm khu vực đồng bằng Bắc bộ của nước ta. Phía Đông giáp tỉnh Hải Dương, phía Nam giáp tỉnh Thái Bình, phía Tây và phía nam giáp tỉnh Hà Nam, phía Bắc gần thủ đô Hà Nội và Bắc Ninh. Tỉnh có diện tích 926 km², được phân chia thành 10 đơn vị hành chính bao gồm Thành phố Hưng Yên và 9 huyện, gồm 145 xã, 7 phường và 9 thị trấn. Dân số của tỉnh khoảng 1,5 triệu người cũng chủ yếu là dân tộc Kinh [48]. Với vị trí địa lý thuận lợi và địa hình bằng phẳng, khí hậu thổ nhưỡng phù hợp cho phát triển nông nghiệp. Là nơi có sản lượng lúa gạo lớn cũng như những loại trái cây. Trong nhiều năm gần đây, Hưng Yên thu hút đầu tư các khu công nghiệp và sử dụng một lượng lớn lao động thanh niên tại địa phương và tạm trú. Đây là những đặc trưng về kinh tế xã hội giống với tỉnh Thái Bình nên thích hợp để chọn nhóm chứng cho nghiên cứu can thiệp.

Là hai tỉnh đã triển khai phòng khám tăng huyết áp và đái tháo đường tại một số huyện và hỗ trợ điều trị, đồng thời cũng là hai tỉnh có tốc độ phát triển ở mức độ trung bình, có sự tương đồng về văn hóa và đặc điểm người trung và cao tuổi cũng như mô hình bệnh tật, vì thế nghiên cứu sinh lựa chọn 2 tỉnh trên làm địa bàn triển khai nghiên cứu.

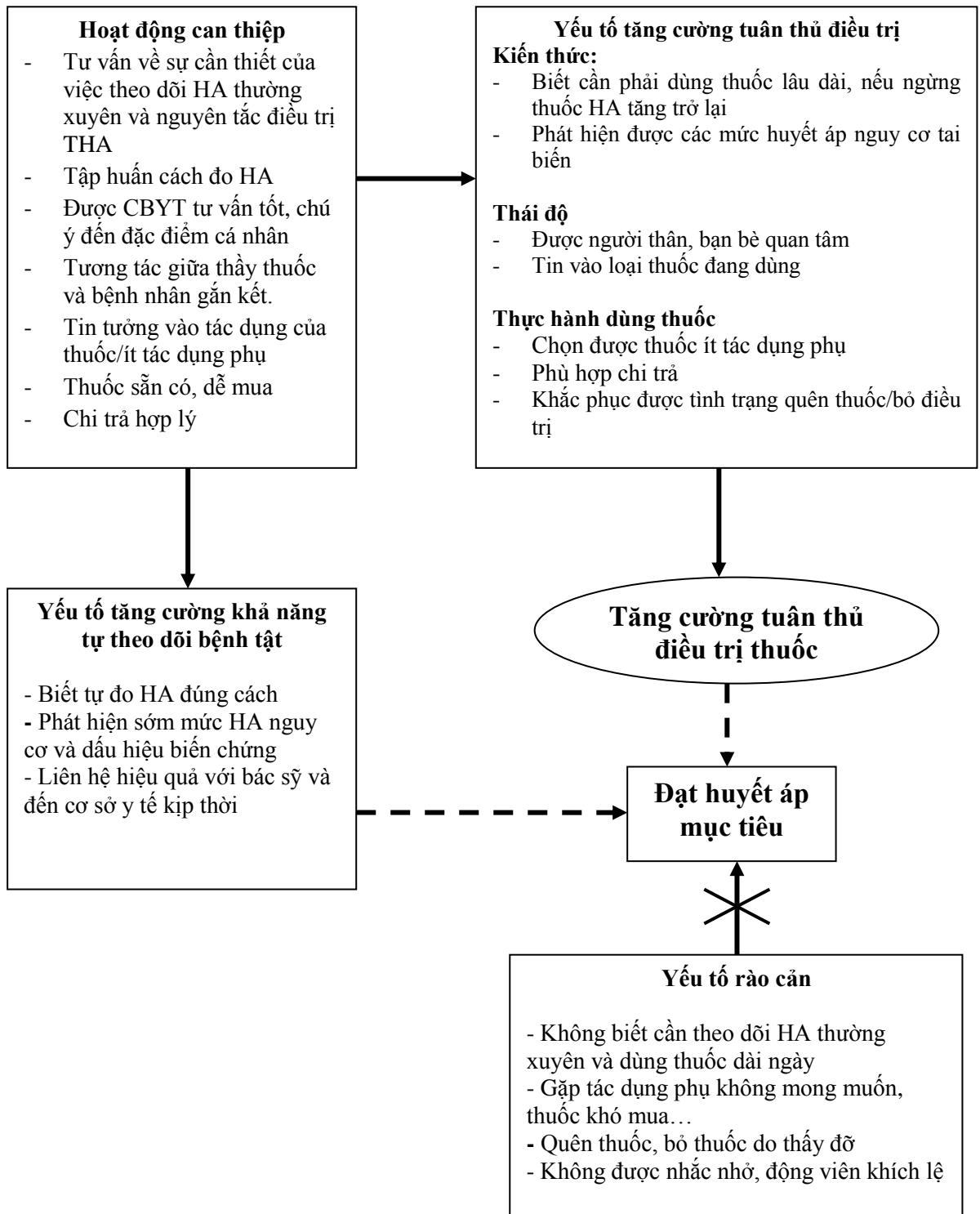


Hình 1.2: Bản đồ Huyện Tiên Hải – Tỉnh Thái Bình



Hình 1.3: Bản đồ hành chính tỉnh Hưng Yên

KHUNG LÝ THUYẾT: CÁC NHÓM YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP



Phát triển từ khung của Gascón J J et al. Family Practice 2004;21:125-130 và từ tổng quan tài liệu

Chương 2

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

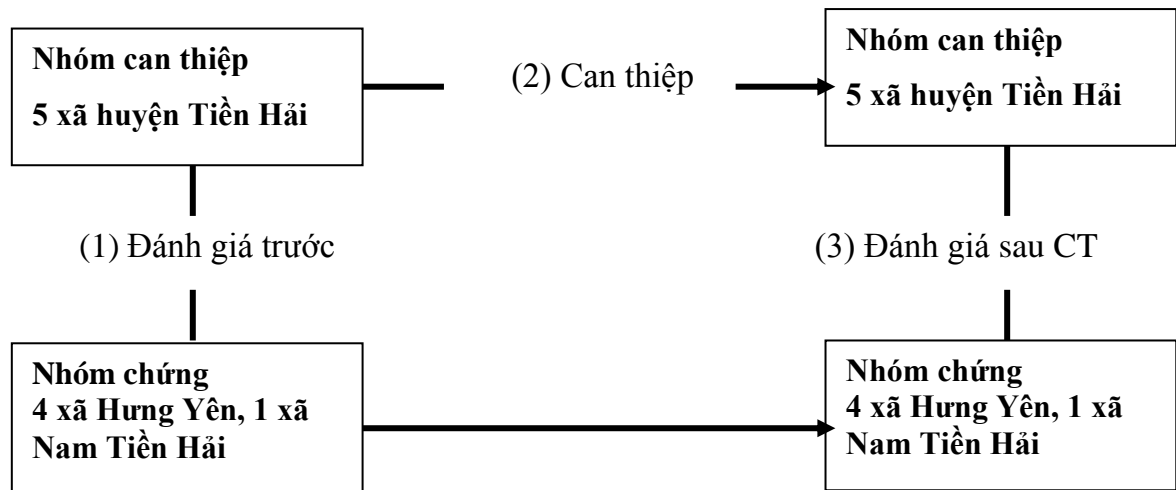
2.1. Thiết kế nghiên cứu

Là loại nghiên cứu can thiệp phỏng thực nghiệm với thiết kế chi tiết được trình bày theo sơ đồ dưới đây:

Thiết kế can thiệp phỏng thực nghiệm: Can thiệp cộng đồng, đánh giá trước sau có nhóm chứng, không phân bổ ngẫu nhiên.

Nghiên cứu gồm 3 giai đoạn:

TRƯỚC CAN THIỆP



Hình 2.1: Sơ đồ thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu can thiệp phỏng thực nghiệm bao gồm 3 giai đoạn chính, giai đoạn đầu tiên là điều tra ban đầu được thực hiện trên toàn bộ nhóm chứng và nhóm can thiệp, với số mẫu được tính toán đảm bảo chỉ số cần so sánh trước và sau can thiệp, nhóm can thiệp và nhóm chứng và mức ý nghĩa mong muốn. Giai đoạn 2 bao gồm việc xây dựng mô hình can thiệp, sau đó chọn nhóm can thiệp và nhóm chứng chủ đích (không phân bổ ngẫu nhiên) khá tương đồng về một số đặc điểm văn hóa, xã hội, địa bàn can thiệp và chứng cách tối thiểu 10 km để tránh những sai số của nghiên cứu. Cụ thể trong nghiên cứu này, nhóm can thiệp được chọn là bệnh nhân ở 5 xã thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình và nhóm chứng là bệnh nhân xã Nam Hải thuộc khu nam Tiền Hải, cách các xã khác từ 15 km trở lên

và 4 xã thuộc tỉnh Hưng Yên để đảm bảo khoảng cách giữa các xã can thiệp và xã chứng. Tiến hành can thiệp trên nhóm can thiệp trong khi nhóm chứng không được thụ hưởng những giải pháp nào của mô hình. Giai đoạn 3 của nghiên cứu là đánh giá sau can thiệp, được thực hiện trên cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng với kỹ thuật tương tự điều tra ban đầu.

Bảng 2.1: Các giai đoạn của nghiên cứu

Giai đoạn nghiên cứu	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng
Đánh giá ban đầu	x	x
Can thiệp: Áp dụng mô hình can thiệp gồm 3 nhóm giải pháp: - Tư vấn dùng thuốc - Khuyến khích người bệnh tự theo dõi và phản hồi cho thầy thuốc - Mô hình nhắc nhau theo nhóm hỗ trợ giảm quên thuốc, bỏ thuốc	Áp dụng	Không áp dụng
Theo dõi quá trình can thiệp	Áp dụng	Không áp dụng
Đánh giá giữa kỳ	x	x
Đánh giá sau can thiệp	x	x

2.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

2.2.1. Công thức tính cỡ mẫu [5]

- Người tăng huyết áp ngoại viện

Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỷ lệ (kiểm định 1 phía) cho nhóm can thiệp:

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó, tỷ lệ thực hành tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp tại cộng đồng $p_1 = 40\%$ (tham khảo theo nghiên cứu tại 4 quận nội thành Hà Nội năm 2011 của Vũ Xuân Phú); tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị kỳ vọng sau can thiệp $p_2 = 55\%$. Với độ tin cậy 95%; lực mẫu 80%, ta có số người bệnh cần lấy vào can thiệp là 150 bệnh nhân. Dự trừ bỏ cuộc trong nghiên cứu ban đầu khoảng 2% và bị mất sau quá trình theo dõi là 5%. Do vậy cỡ mẫu cần thiết ban đầu là 160 bệnh nhân. Thực tế có 151 bệnh nhân tham gia đánh giá ban đầu và cuối đợt theo dõi đánh giá được là 151 bệnh nhân. Lấy tỷ số can thiệp : chứng là 1: 1, cỡ mẫu nhóm chứng là 151 bệnh nhân.

- Cán bộ y tế: 5 bác sỹ trạm trưởng các xã địa bàn can thiệp và chứng; 4 bác sỹ trung tâm y tế huyện; 16 cán bộ y tế thuộc các trạm y tế địa bàn can thiệp; 30 bác sỹ tham gia trong đề tài nhánh xây dựng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh (là một công cụ can thiệp mới được xây dựng và sử dụng trong nghiên cứu) bằng phương pháp Delphi.

2.2.3. Chiến lược chọn mẫu

2.2.3.1 Tiêu chí lựa chọn

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu can thiệp:

Chọn bệnh nhân trong nghiên cứu cần đạt các tiêu chuẩn sau:

- Cư trú trên địa bàn nghiên cứu
- Người tuổi từ 51 – 80.
- Từng được chẩn đoán tăng huyết áp bởi bác sỹ tại BV đa khoa huyện thuộc địa bàn nghiên cứu.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có khả năng trả lời phỏng vấn và tham gia các hoạt động của nghiên cứu
- Riêng nhóm can thiệp phải có mặt tại địa bàn nghiên cứu và không đi đâu xa quá 1 tuần.

Tiêu chí loại bỏ đối tượng nghiên cứu:

- Người bệnh có biến chứng rất nặng như: liệt toàn thân, biến chứng tâm thần, ...
- Không ở một nơi cố định
- Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2.3.2 Chiến lược chọn mẫu:

- Chọn người tăng huyết áp ngoại viện:

Chọn mẫu chủ đích và chọn mẫu 2 giai đoạn

Chọn địa bàn nghiên cứu: chọn các huyện đang có chương trình quản lý và điều trị tăng huyết áp tại 2 tỉnh Thái Bình và Hưng Yên, tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình, chọn tất cả các xã đã được huyện hỗ trợ khám sàng lọc và quản lý điều trị tại TTYT và Bệnh viện ĐK huyện Tiền Hải. Tại Hưng Yên, chọn tất cả các xã đã được huyện hỗ trợ khám sàng lọc và quản lý điều trị tại các Trung tâm y tế và Phòng khám Đa Khoa khu vực. Chọn các xã đảm bảo khoảng cách giữa khu vực can thiệp và chứng tối thiểu 15 km.

Bảng 2.2: Danh sách địa bàn nghiên cứu

Các xã chọn chủ đích can thiệp	Các xã chứng
Thị trấn Tiền Hải – H. Tiền Hải	Xuân Quan – H. Văn Giang
Xã Phương Công – H. Tiền Hải	Tân Việt – H. Yên Mỹ
Xã Tây Giang – H. Tiền Hải	Bạch Sam – H. Mỹ Hào
Xã Tây Tiến – H. Tiền Hải	Việt Hưng – H. Văn Lâm
Xã Đông Cơ – H. Tiền Hải	Xã Nam Hải – H. Tiền Hải

Chọn đối tượng nghiên cứu: Dựa trên sổ khám sàng lọc và theo dõi ngoại trú tại TTYT để chọn bệnh nhân từ mới đến cũ, bệnh nhân trong độ tuổi của nghiên cứu, nơi cư trú thuộc các xã đã được chọn, loại trừ những bệnh nhân có biến chứng nặng, lưu ý tên bệnh nhân lặp trong những lần tái khám. Mỗi xã chọn từ 40-50 bệnh nhân. Trên thực tế sau khi sàng lọc có 302 bệnh nhân tham gia đánh giá ban đầu và 302 bệnh nhân sau can thiệp được đánh giá.

- Chọn cán bộ y tế: Tại địa bàn can thiệp, tất cả 4 bác sỹ trạm trưởng y tế đã được chọn vào nghiên cứu, và ở 2/4 trạm y tế, tất cả các nhân viên y tế đều được chọn tham gia cấu phần thảo luận nhóm thuộc phần định tính trong các giai đoạn của nghiên cứu. Chọn 4 bác sỹ trực tiếp quản lý bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú thuộc TTYT huyện để phỏng vấn sâu. Ở đề tài nhánh xây dựng một công cụ mới sử

dụng trong mô hình can thiệp là “Xây dựng bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh” các chuyên gia tham gia 3 vòng trong nghiên cứu Delphi (phương pháp nghiên cứu xin ý kiến chuyên gia) gồm 30 bác sỹ, chuyên khoa tim mạch, cấp cứu và nội chung ở bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh, đại diện 3 miền đã được chọn mời tham gia nghiên cứu dựa trên danh sách tham dự Hội nghị THA toàn quốc lần thứ I năm 2014, tổ chức tại Thành Phố Huế.

2.3. Chỉ số và biến số của nghiên cứu

Chỉ số đánh giá của nghiên cứu bao gồm chỉ số đánh giá trước và sau can thiệp, một số yếu tố liên quan; chỉ số đánh giá quá trình và chỉ số đo lường kết quả can thiệp.

2.3.1. Chỉ số đánh giá trước và sau can thiệp

2.3.1.1 Định lượng:

- Tỷ lệ có kiến thức đúng về theo dõi HA
- Tỷ lệ tự theo dõi huyết áp của người bệnh
- Tỷ lệ đang dùng thuốc hạ huyết áp.
- Xác định các tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc: Tốt, trung bình, có tuân thủ của bệnh nhân THA.

2.3.1.2 Định tính

Phân tích một số yếu tố giúp xác định giải pháp và xây dựng kế hoạch can thiệp và giải thích kết quả can thiệp bằng các câu hỏi nghiên cứu:

- Tại sao người bệnh không theo dõi huyết áp?
- Làm thế nào để họ theo dõi huyết áp thường xuyên? Khó khăn gì? Khắc phục như thế nào
- Tại sao người bệnh lại bỏ thuốc/dùng thuốc? Khi nào? Tại sao
- Làm thế nào để người bệnh tuân thủ dùng thuốc
- Người bệnh có thái độ như thế nào với các giải pháp can thiệp? Cần chỉnh sửa thay đổi gì?...
- Làm thế nào để bác sỹ tư vấn được cho bệnh nhân? Thời điểm nào khả thi và hiệu quả nhất?
- Nội dung tư vấn chính là những gì?

- Tác dụng phụ nào thường xảy ra khi điều trị thuốc hạ huyết áp? Làm thế nào để chọn thuốc huyết áp tốt cho người bệnh?
- Chính sách bảo hiểm và những hỗ trợ hiện tại như thế nào cho người THA? đã phù hợp chưa? Cần có cải tiến hay thay đổi gì...

2.3.2. Chỉ số theo dõi can thiệp

- Tỷ lệ người bệnh sử dụng Bảng phiên giải
- Tỷ lệ người bệnh ghi chép lại chỉ số trong Bảng phiên giải
- Tỷ lệ người bệnh áp dụng phương thức nhắc nhau theo nhóm
- Tỷ lệ và số lượt người bệnh được tư vấn

2.3.3. Đo lường kết quả can thiệp

- Tỷ lệ tăng cường kiến thức đúng
- Tỷ lệ tăng thêm trong thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên
- Tỷ lệ tăng thêm trong dùng thuốc
- Tỷ lệ tăng thêm trong tuân thủ điều trị thuốc.

2.3.4 Cách tính hiệu quả can thiệp

- Căn cứ theo công thức tính các chỉ số và hiệu quả can thiệp như sau [16]:
- Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp (CSHQ CT) = $(P \text{ Sau CT} - P \text{ trước CT})/P \text{ trước CT}$
- Chỉ số hiệu quả của nhóm chứng (CSHQ C) = $(P \text{ Sau C} - P \text{ trước C})/P \text{ trước C}$
- Chỉ số Hiệu quả can thiệp chung (HQCT) = $CSHQ \text{ CT} - CSHQ \text{ C}$
- Tìm hiểu lý do để giải thích kết quả (định tính)

Từ các chỉ số yêu cầu của nghiên cứu, dựa trên bộ công cụ đo lường nguy cơ của các bệnh không truyền nhiễm do Tổ chức Y tế thế giới xây dựng và áp dụng rộng rãi trong khu vực và Việt Nam (WHO Step Risk Factor) và bộ câu hỏi đo lường tuân thủ điều trị Morisky 8, các biến số của nghiên cứu được phân theo các nhóm sau:

Bảng 2.3: Biến số nghiên cứu

STT	Nhóm biến số	PP thu thập	Công cụ TT
I	Nhóm biến số chung	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Nhóm biến số đánh giá trước sau			
II	Quan niệm về điều trị THA	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
III	Kiến thức về theo dõi huyết áp hàng ngày	PV	BCH
IV	Những điều kiện liên quan đến thực hành theo dõi huyết áp	PV- Quan sát	Bộ câu hỏi
V	Thực hành theo dõi huyết áp tại nhà	PV- Quan sát	Bộ câu hỏi
VI	Thực hành dùng thuốc hạ huyết áp và tuân thủ điều trị (theo Morisky - 8)	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
VII	Một số yếu tố liên quan	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
VIII	Thông tin về bệnh lý và tiền sử	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
Nhóm biến số đánh giá quá trình			
IX	Nhận được tư vấn về dùng thuốc	Quan sát Theo dõi	Bảng kiểm Sổ ghi chép của CTV
X	Thực hành đo huyết áp	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
XI	Thực hành ghi chỉ số huyết áp	Thống kê	Bảng phiên giải
XII	Đánh giá các đặc tính bảng phiên giải	Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
XIII	Thực hành nhắc nhau trong nhóm	Phỏng vấn Thống kê	Bộ câu hỏi Sổ theo dõi
XIV	Các nhóm biến khác		

2.4. Tiêu chí đánh giá chỉ số nghiên cứu

2.4.1. Tiêu chí để đánh giá thực hành tự theo dõi huyết áp của bệnh nhân

Căn cứ vào khuyến nghị của Phân Hội Tăng huyết áp Việt Nam về mức độ cần theo dõi huyết áp, trong nghiên cứu này chúng tôi chia như sau:

Theo 3 mức

- Theo dõi huyết áp Tốt: Đo và ghi lại giá trị huyết áp ≥ 3 lần/tuần
- Theo dõi huyết áp Trung bình: Đo và ghi lại giá trị huyết áp 1 - 2 lần/tuần
- Không theo dõi thường xuyên: Không đo hoặc đo < 1 lần/tuần

Mỗi lần đo được tính là một hoặc nhiều lượt đo trong khoảng thời gian ngắn từ dưới 30 phút.

Theo 2 mức:

- Có theo dõi: Đo và ghi lại tối thiểu 1 lần/tuần
- Không theo dõi: Đo và ghi lại dưới 1 lần/tuần

2.4.2. Tiêu chí đo lường tuân thủ điều trị thuốc

Nghiên cứu sinh sử dụng Bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky (MAQ – medication adherence questionnaire – Morisky 8) làm thang đo tuân thủ điều trị. Trong đó theo Morisky, mỗi câu hỏi trong bộ câu hỏi được đánh giá theo điểm số là 0 và 1 điểm. Và mức độ tuân thủ được phân loại dựa vào tổng số điểm đạt được

- 0 điểm: Tuân thủ tốt
- 1-2 điểm: Tuân thủ trung bình
- ≥ 3 điểm: Tuân thủ kém / không tuân thủ

Trong nghiên cứu này, để phù hợp với việc so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, nghiên cứu sinh chia theo 2 mức gồm:

- **Có tuân thủ (điểm số từ 0-2)**
- **Không tuân thủ (≥ 3 điểm).**

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.5.1 Phần định lượng

- Phỏng vấn bệnh nhân tại trạm y tế bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn, được phát triển từ bộ câu hỏi của Tổ chức Y tế thế giới về nguy cơ đối với bệnh không truyền nhiễm (Who Step Risk Factor - 2013), kết hợp với bộ Morisky 8 để đo lường tuân thủ điều trị và bổ sung một số câu hỏi về việc tự theo dõi huyết áp tại nhà.

- Thống kê thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh trên bảng phiên giải và nhật ký theo dõi can thiệp của cộng tác viên.
- Đo huyết áp cho bệnh nhân: Được thực hiện bởi bác sỹ tại TTYT huyện và Phòng khám đa khoa khu vực thuộc địa bàn nghiên cứu.

2.5.2 Phần định tính

- Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm 1 số bệnh nhân và bác sỹ tại TYT xã thuộc địa bàn nghiên cứu. Được thực hiện trong điều tra ban đầu và đánh giá sau can thiệp sử dụng các hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm dựa trên các câu hỏi nghiên cứu.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

- Quy trình thu thập số liệu của toàn bộ nghiên cứu được thực hiện theo từng giai đoạn. Trong đó, trước khi tiến hành đánh giá ban đầu, bệnh nhân được mời tham gia và ký giấy chấp thuận mới tiến hành phỏng vấn. Trước khi thực hiện can thiệp, bệnh nhân nhóm can thiệp được xin chấp thuận lần thứ 2 sau khi đã rà soát các tiêu chuẩn và giải thích về quỹ thời gian và những hoạt động cơ bản mà bệnh nhân sẽ tham gia cũng như sự hỗ trợ của chương trình. Riêng với nhóm chứng, bệnh nhân chỉ phải chấp nhận vào 2 thời điểm là trước đánh giá ban đầu và trước đánh giá cuối kỳ.
- Số liệu được thu thập bởi các nhóm ĐTV được chọn theo kế hoạch, tập huấn, phỏng vấn thử và chỉnh sửa bộ câu hỏi trước khi phỏng vấn.
- Quá trình thu thập số liệu được giám sát bởi nghiên cứu sinh và bác sỹ tại Trường Đại học Y tế công cộng.

2.6.1 Thu thập số liệu cho nghiên cứu ban đầu và đánh giá sau

- Bệnh nhân được chọn trước khi tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích và ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý sẽ được đo huyết áp, khám nội chung sau đó phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn tại TYT.
- Thảo luận nhóm với nhóm bệnh nhân: thảo luận nhóm với 3 nhóm bệnh nhân thuộc xã Đông Cơ và xã Tây Giang, thuộc huyện Tiền Hải, Thái Bình (nhóm can thiệp) và xã Tân Việt (nhóm chứng) vào các buổi riêng và tại phòng riêng được bố trí ở nhà văn hóa thôn tại một số xã đã chọn.

- Thảo luận nhóm với cán bộ Trạm Y tế xã Đông Cơ, xã Tây Tiến (nhóm can thiệp) và xã Nam Hải (nhóm chứng) tại TYT.
- Phỏng vấn sâu tổng số 6 bệnh nhân và 5 bác sỹ trạm trưởng TYT, PVS 2 bác sỹ BVĐK huyện Tiền Hải và 01 bác sỹ PKĐK khu vực tại huyện Văn Giang, Hưng Yên. Trong đó ở đánh giá ban đầu và đánh giá sau, bệnh nhân và bác sỹ BVĐK Huyện Tiền Hải tham gia nghiên cứu định tính được chọn lại, 2 trạm trưởng trạm y tế tham gia phỏng vấn ở điều tra ban đầu và 3 trạm trưởng ở 3 xã còn lại được phỏng vấn sâu ở đánh giá sau.

2.6.2 Thu thập số liệu quá trình can thiệp

2.6.2.1 Trên nhóm can thiệp:

- Số liệu theo dõi giữa kỳ được thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nhưng giản tiện những chỉ số sẵn có, thêm 1 số chỉ số quá trình gồm có: Số lượt ghi chép chỉ số HA, số bảng phiên giải được đổi, số lượt được tư vấn cá nhân chọn thuốc, số lượt được nhắc uống thuốc...

2.6.2.2 Trên cả 2 nhóm:

- Số liệu về các hoạt động can thiệp được thu thập thông qua phỏng vấn bệnh nhân bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn kết hợp quan sát thực hành của từng người bệnh. Bộ câu hỏi giữ nguyên các biến số như điều tra ban đầu và đồng nhất giữa 2 nhóm chứng và can thiệp.
- Thu thập và thống kê dựa trên Bảng phiên giải mà bệnh nhân đã sử dụng trong tháng trước đánh giá để kiểm chứng câu trả lời.

2.7. Tuyển chọn và tập huấn điều tra viên, cộng tác viên

2.7.1. Tiêu chuẩn chọn ĐTV, CTV

2.7.1.1 Điều tra viên

- Là cán bộ trẻ và sinh viên Trường Đại học Y tế công cộng đã biết cách phỏng vấn cộng đồng và được tập huấn trước mỗi đợt thu thập số liệu.

2.7.1.2 Cộng tác viên

- Là bác sỹ, nhân viên y tế tại BV Đa khoa huyện Tiền Hải và tại các trạm y tế xã can thiệp, xã chứng.
- Tổng số 15 sinh viên YTCC năm thứ 2, được tập huấn quy trình theo dõi can thiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.7.2. Tập huấn điều tra viên, CTV

2.7.2.1 Cán bộ tập huấn:

- Nghiên cứu sinh và 1 số bác sỹ Trường Đại học Y tế công cộng.

2.7.2.2. Tập huấn nhóm điều tra viên:

- Tổ chức tập huấn trong 2 đợt, đợt 1: trước điều tra ban đầu và đợt 2 trước khi đánh giá cuối kỳ. Ngoài ra theo kế hoạch theo dõi can thiệp, nghiên cứu sinh liên tục tương tác và phản hồi với các cộng tác viên.

2.7.2.3 Tập huấn nhóm cộng tác viên:

- Tổ chức tập huấn vào trước thời điểm can thiệp, kế hoạch theo dõi được lập ra từ đầu, thống nhất các chỉ số cần theo dõi và kế hoạch tổ chức theo dõi can thiệp.

2.8. Mục tiêu, nguyên tắc xây dựng, nội dung và kế hoạch can thiệp

2.8.1. Mục tiêu can thiệp

- Tăng tỷ lệ theo dõi huyết áp thường xuyên thêm 30% so với trước can thiệp.
- Tăng tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp thêm 15% và tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị so với trước can thiệp.

2.8.2. Nguyên tắc xây dựng chương trình can thiệp

2.8.2.1 Cơ sở xây dựng hoạt động can thiệp

Đánh giá trước can thiệp đã cung cấp một số thông tin cơ bản cung cấp cho việc xây dựng chương trình can thiệp.

Các yếu tố tiền đề:

Đánh giá ban đầu cho thấy một tỷ lệ khá cao bệnh nhân không biết cần phải theo dõi huyết áp thường xuyên và duy trì dùng thuốc hạ huyết áp lâu dài. Việc không có động lực để theo dõi và ghi chép lại chỉ số huyết áp khiến cho việc theo dõi rời rạc. Bên cạnh đó, việc lo ngại tác dụng phụ của thuốc, trong tiền sử đã từng gặp tác dụng không mong muốn cũng khiến cho tỷ lệ bệnh nhân còn duy trì dùng thuốc hạ huyết áp rất thấp, tình trạng tuân thủ thuốc đáng lo ngại.

Các yếu tố tăng cường:

Khi bệnh nhân biết cần phải dùng thuốc lâu dài, nếu ngừng thuốc huyết áp của họ sẽ tăng trở lại thì họ sẽ tích cực theo dõi huyết áp hơn. Hiểu về nguy cơ tai biến khi HA vượt ngưỡng cho phép cũng sẽ giúp bệnh nhân phát hiện những dấu hiệu bất lợi để đến cơ sở y tế kịp thời. Có một công cụ hấp dẫn giúp họ ghi lại chỉ số huyết áp

và sử dụng như một công cụ trao đổi với thầy thuốc sẽ tạo động lực cho bệnh nhân tham gia có chất lượng vào quá trình tự theo dõi tại cộng đồng. Để giảm bớt lo ngại của bệnh nhân khi dùng thuốc dài ngày, tư vấn của bác sỹ trực tiếp cho cá nhân mỗi người bệnh giúp họ tránh những thuốc từng gặp tác dụng phụ cũng như chọn được loại thuốc phù hợp với khả năng chi trả mà vẫn đáp ứng tốt điều trị. Khắc phục nguyên nhân quên thuốc dẫn đến tuân thủ điều trị kém chúng tôi tác sử dụng thế mạnh của nhóm trong việc hỗ trợ người bệnh được nhắc thường xuyên bởi những người giống mình, nhất là trong giai đoạn đầu của can thiệp. Các yếu tố trên là những yếu tố tăng cường giúp cho mô hình có ảnh hưởng toàn diện tới các chỉ số đầu ra mong muốn.

2.8.2.2 Tiêu chí và nguyên tắc xây dựng hoạt động can thiệp

Để đảm bảo tính hiệu quả của các hoạt động can thiệp, mô hình can thiệp được xây dựng dựa trên 3 tiêu chí: (1) có tính phù hợp và khả thi; (2) có tính bền vững; (3) có khả năng áp dụng tại cộng đồng.

2.8.2.3. Các nguyên tắc đảm bảo tính phù hợp và khả thi

- Triển khai dựa vào cộng đồng và tính sẵn có của mạng lưới y tế sẵn có ở cơ sở
- Phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe NCT và nhiệm vụ của y tế tuyến cơ sở;
- Kinh phí rẻ, dễ được người dân chấp nhận;
- Yêu cầu về triển khai đơn giản/ dễ áp dụng rộng rãi mà vẫn đảm bảo nội dung đồng nhất

2.8.2.4. Các nguyên tắc đảm bảo tính bền vững

- Phù hợp với hoàn cảnh sống bình thường tại cộng đồng và đặc điểm của người trung và cao tuổi tại địa phương.
- Đáp ứng đúng nhu cầu/sự thiếu hụt và mong muốn của đối tượng NC.
- Phù hợp văn hóa địa phương (dựa trên đánh giá sự chấp nhận trước khi tiến hành can thiệp)

2.8.2.5. Đảm bảo nguyên tắc tiếp cận

- Nội dung can thiệp được trình bày rõ ràng/ngắn gọn, từ ngữ dễ hiểu/ dễ theo dõi được bằng bảng kiểm.
- Hình thức gọn nhẹ/đẹp mắt/hấp dẫn người thực hiện (điều chỉnh thêm hình thức bảng tự phiên giải sau khi đánh giá sự chấp nhận)

2.8.3. Nội dung của mô hình can thiệp

2.8.3.1. Các giải pháp can thiệp cơ bản trong mô hình

Từ nghiên cứu tổng quan tài liệu, học tập và kế thừa những kết quả can thiệp từ nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, phân tích những rào cản dẫn đến tình trạng bỏ thuốc và kém tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh, nhóm nghiên tập trung phân tích 3 giải pháp có tác động trực tiếp đến việc kém tuân thủ điều trị của bệnh nhân, bao gồm tác động thay đổi quan niệm về dùng thuốc hạ áp, khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình theo dõi và quản lý bệnh tật của bản thân và khắc phục tình trạng quên thuốc, bỏ thuốc.

Bảng 2.4: Tóm tắt các giải pháp và hoạt động can thiệp

Mục tiêu can thiệp	Giải pháp ưu tiên	Hoạt động can thiệp
Mục tiêu 1. Tăng tỷ lệ theo dõi huyết áp thường xuyên thêm 30% so với trước can thiệp.	Giải pháp 2. Khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình theo dõi và quản lý bệnh tật của bản thân	Hoạt động 2. Bệnh nhân sử dụng <i>Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp</i> Tập huấn cách đo HA bằng máy đo thông thường
Mục tiêu 2. Tăng tỷ lệ bệnh nhân theo đuổi điều trị thuốc thêm 15% và tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị so với trước can thiệp.	Giải pháp 1. Thay đổi quan niệm về dùng thuốc hạ áp	Hoạt động 1. Bác sỹ BV huyện tham gia các đợt tư vấn điều trị tại cộng đồng, 1 tháng/lần ở mỗi xã.
	Giải pháp 3. Khắc phục tình trạng quên thuốc, bỏ thuốc.	Hoạt động 3. Bệnh nhân tổ chức <i>nhắc nhau theo nhóm nhỏ</i> 7 bệnh nhân/nhóm.

Giải pháp 1: Nâng cao nhận thức của bệnh nhân về việc dùng thuốc hạ áp thông qua hoạt động tư vấn cá nhân.

- Trong bối cảnh nhiều nhà nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã chỉ ra rằng rất nhiều người bệnh không biết rằng đối với tăng huyết áp nguyên phát thì phải duy trì dùng thuốc lâu dài gần như suốt đời và ngày nào cũng cần phải uống

thuốc ngay cả khi cơ thể bình thường hoặc huyết áp đo được ở mức bình thường. Việc tùy tiện bỏ thuốc xảy ra phổ biến ở nhiều nước và cả ở Việt Nam, tại nhiều cộng đồng và lứa tuổi khác nhau mà chính tình trạng này làm tăng nguy cơ tai biến của bệnh nhân và làm giảm hiệu quả của các nỗ lực phòng chống tăng huyết áp nói chung.

- Trong nhóm giải pháp này, chúng tôi lựa chọn hình thức tư vấn trực tiếp của bác sĩ của bệnh viện huyện cho bệnh nhân tại trạm y tế vì tại đây không xảy ra tình trạng quá tải, bác sĩ có đủ thời gian khám và tư vấn cho từng người bệnh. Bên cạnh đó, hình thức tư vấn do bác sĩ tuyến huyện đảm nhận sẽ có tính duy trì tốt hơn là các bác sĩ tuyến cao hơn cũng như đảm bảo được chất lượng chuyên môn. Việc Bộ Y tế và Chương trình phòng chống THA Quốc Gia đã ban hành phác đồ điều trị rõ ràng cũng giúp cho việc tư vấn được thuận lợi và làm cơ sở tốt giúp Bác sĩ tư vấn lựa chọn thuốc phù hợp cho từng người bệnh.
- Giải pháp tư vấn trực tiếp của bác sĩ được giám sát hỗ trợ bởi lãnh đạo bệnh viện cũng như giám sát ngẫu nhiên của nghiên cứu viên dựa trên bảng kiểm tư vấn trong suốt quá trình can thiệp trên khoảng 10% mẫu can thiệp.

Các nội dung theo bảng kiểm cần đạt của hoạt động tư vấn theo yêu cầu trong mô hình

- Yêu cầu điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi
- Nguyên tắc sử dụng thuốc hạ huyết áp trong điều trị THA nguyên phát
- Tác dụng phụ thường gặp và cách khắc phục
- Trao đổi về tiền sử dùng thuốc của người bệnh, các tác dụng phụ đã gặp
- Tư vấn chọn lựa thuốc phù hợp với tình trạng bệnh/ chi phí phù hợp/tránh được tác dụng phụ.

Giải pháp 2: Khuyến khích người bệnh sử dụng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà

- Người bệnh được giới thiệu về Bảng phiên giải và hướng dẫn cách sử dụng, cách ghi chép trên 1 tờ trong mỗi tháng theo dõi.
- Phát cho người bệnh 1 Bảng phiên giải A3 sử dụng thử 2 tuần đầu, từ tuần thứ 3, mỗi bệnh nhân được phát/đổi 1 bảng trong 1 tháng.

- Tập huấn cho bệnh nhân kỹ năng đo huyết áp bằng máy đo thông thường.

Giải pháp 3: Áp dụng phương thức nhắc nhau theo nhóm nhỏ

- Chia bệnh nhân theo nhóm cùng/gần thôn xóm, mỗi nhóm 7 người. Cử 1 tình nguyện viên (là SV YTCC) hướng dẫn mỗi nhóm thảo luận để lựa chọn 1 hoặc nhiều phương thức nhắc nhau theo nhóm

Hướng dẫn cách nhắn tin, đặt chuông báo có tin nhắn, mỗi người chịu trách nhiệm nhắc những người khác trong nhóm vào 1 ngày trong tuần vào buổi sáng.

- Các nhóm có thể tự lựa chọn và áp dụng một trong các hình thức nhắc nhau theo nhóm. Với mỗi hình thức, tình nguyện viên và trưởng nhóm sẽ giám sát và ghi chép lại nhật ký thực hiện.

2.8.3.3. Tài liệu sử dụng trong can thiệp

- Bảng kiểm tư vấn cá nhân (dành cho bác sỹ bệnh viện huyện)
- Bảng kiểm giám sát tư vấn (dành cho giám sát viên)
- Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh khổ A3.
- Danh sách chia bệnh nhân theo nhóm và số điện thoại/địa chỉ liên hệ
- Sổ theo dõi giám sát (dành cho cộng tác viên)

2.8.4. Tổ chức can thiệp

- Hoạt động can thiệp được thực hiện tại 5 xã, thị trấn thuộc huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình bao gồm: Thị trấn Tiền Hải, xã Tây Giang, xã Tây Tiến, xã Đông Cơ, xã Phương Công. Thời gian can thiệp là 5 tháng.
- Đối tượng tham gia can thiệp gồm có nghiên cứu sinh; 05 bác sỹ, 8 điều dưỡng Bệnh viện Đa Khoa huyện Tiền Hải, 4 giảng viên trường Đại học Y tế Công cộng, 5 bác sỹ trạm trưởng trạm y tế và cán bộ các trạm y tế; 15 sinh viên Trường Đại học Y tế công cộng là tình nguyện viên.

2.8.5. Theo dõi/Giám sát quá trình can thiệp

Tần suất theo dõi giám sát được thực hiện định kỳ, lần đầu tiên là sau 2 tuần dùng thử và phản hồi, tiếp đó là 1 tháng 1 lần TNV xuống xã trực tiếp gặp và đối Bảng phiên giải cho người bệnh.

Hoạt động nhắc nhau theo nhóm được giám sát bằng cả 2 hình thức: gọi điện và nhận tin nhắn kiểm tra hàng ngày, giám sát trực tiếp tại xã trong 2 tuần sau can thiệp và tiếp đó là 1 tháng/1 lần + đánh giá giữa kỳ và cuối kỳ.

2.9. Quản lý và sử dụng số liệu

Số liệu do nghiên cứu sinh tự quản lý và phân tích. Giám sát bởi nghiên cứu sinh, giảng viên hướng dẫn thuộc Trường Đại học Y tế Công cộng.

Số liệu nghiên cứu được sử dụng trong viết và công bố các bài báo khoa học chuyên ngành y tế công cộng và tim mạch học trong nước và quốc tế, tham dự các hội nghị hội thảo chuyên ngành phù hợp.

Báo cáo nghiên cứu cũng được gửi về địa phương nghiên cứu.

2.10. Nhập và xử lý số liệu

Bộ số liệu được làm sạch và nhập liệu bởi 2 nhập liệu viên độc lập, chạy các kiểm định tần suất để kiểm tra thông tin, nếu thấy sai lệch thì kiểm tra lại phiếu điều tra gốc.

Các giá trị ngoài khoảng cho phép sẽ được làm sạch và nếu cần thiết kiểm tra lại thông tin thông qua điện thoại.

Phương pháp tính tần số, tính tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình được sử dụng cho cấu phần mô tả.

Kiểm định Khi bình phương được sử dụng để xác định mối liên quan đến thực hành. Các kiểm định so sánh giá trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa các nhóm trước và sau can thiệp, nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Số liệu của hai vòng nghiên cứu mô tả gồm đánh giá ban đầu và đánh giá sau cũng được so sánh với nhau để đánh giá kết quả can thiệp

Số liệu của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu gồm nhóm can thiệp và nhóm chứng cũng được so sánh ở 2 giai đoạn trước và sau can thiệp nhằm đánh giá kết quả can thiệp.

2.11. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng trước khi thực hiện.

Theo quy trình đạo đức của nghiên cứu, những người THA không được chọn vào nghiên cứu nhưng có nguyện vọng đều được khám và tư vấn điều trị nhưng sẽ không thực hiện phỏng vấn và kết quả không đưa vào phân tích trong nghiên cứu. Việc khám bệnh được thực hiện bởi các bác sỹ có kinh nghiệm và chuyên môn.

Hoạt động khám bệnh không kèm theo với bất kỳ hoạt động tư vấn bán thuốc/ thực phẩm chức năng hay quảng cáo mang tính thương mại nào.

Trong quá trình nghiên cứu, bệnh nhân có thể từ chối mà không cần giải thích gì thêm.

Đồng thời nghiên cứu cũng được sự chấp thuận của bệnh viện huyện Tiền Hải – là đơn vị cùng phối hợp thực hiện chương trình.

2.12. Sai số nghiên cứu và cách khắc phục

Sai số do nghiên cứu viên: Điều tra viên được chia làm 2 nhóm và mỗi nhóm thực hiện thu thập số liệu tại các xã chứng và các xã can thiệp một cách độc lập, không chia sẻ kết quả.

Sai số nhớ lại: Vì nghiên cứu thực hiện trên đối tượng cao tuổi dễ có sai số này. Tuy nhiên các câu hỏi có nội dung về thời gian ngắn trước đó cùng với câu hỏi đối chiếu nên sẽ hạn chế phần nào sai lệch.

Sai số bỏ cuộc: Với thời gian can thiệp 5 tháng có thể số đối tượng nghiên cứu bị giảm sút. Tuy nhiên các hoạt động can thiệp thường xuyên được giám sát định kỳ tuần/lần.

2.13. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu chưa đánh giá được hiệu quả của việc hạ huyết áp khi áp dụng mô hình can thiệp một cách trực tiếp mà mới chỉ đánh giá gián tiếp thông qua việc tăng cường tỷ lệ tự theo dõi huyết áp, dùng thuốc và tuân thủ điều trị.

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đánh giá trước can thiệp

3.1.1. Đặc điểm người bệnh trong mẫu nghiên cứu

3.1.1.1 Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1: Tóm tắt một số đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm		Chứng		Can thiệp		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	82	54,3%	93	61,6%	p >0,05
	Nữ	69	45,7%	58	38,4%	
Nhóm tuổi	<=70 tuổi	112	74,2%	93	61,6%	p < 0,05
	>70 tuổi	39	25,8%	58	38,4%	
Tuổi trung bình		66,0		69,0		
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	103	68,2%	66	43,7%	p < 0,05
	Từ THPT trở lên	48	31,8%	85	56,3%	
Sống cùng vợ/chồng	Sống cùng	127	84,1%	116	76,8%	p >0,05
	Không sống cùng	24	15,9%	35	23,2%	
Lương hưu	Có	56	37,1%	93	61,6%	p < 0,05
	Không	95	62,9%	58	38,4%	
Nghề nghiệp	Làm ruộng	52	34,4%	49	32,5%	p >0,05
	CBCNV/bộ đội/CA	46	30,5%	81	53,6%	
	Khác	53	35,1%	31	20,5%	
Tổng		151	100,0%	151	100,0%	

Với tổng số 302 người tham gia nghiên cứu gồm 175 nam và 127 nữ, trong đó ở nhóm can thiệp, tỷ lệ nam là 61,6% và ở nhóm chứng là 54,3%. Không có sự khác biệt về phân bố giới tính giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

Về tuổi, ở nhóm can thiệp có 38,4% người tuổi từ 71 trở lên trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ này là 25,8%. Tuổi của nhóm chứng có sự khác biệt với nhóm can thiệp.

Về tình trạng hôn nhân, có 84,1% bệnh nhân nhóm chứng đang sống cùng vợ/chồng của mình trong khi ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sống cùng vợ chồng là 76,8%. Không có khác biệt giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

Tình trạng học vấn ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng với khác biệt có ý nghĩa thống kê khi tỷ lệ có trình độ từ trung học cơ sở trở lên trong nhóm can thiệp là 56,3% và ở nhóm chứng chỉ đạt 31,8%.

Bên cạnh đó 61,6% số bệnh nhân nhóm can thiệp có lương hưu trong khi chỉ có 37,1% bệnh nhân nhóm chứng có lương hưu. Việc có lương hưu đồng nghĩa với được cấp thẻ bảo hiểm y tế và đồng chi trả ít nên sẽ là một yếu tố thuận lợi hơn ở nhóm can thiệp, đặc biệt là việc can thiệp có liên quan tới sử dụng dịch vụ y tế công lập. Và điều này ảnh hưởng tới nhu cầu và mức độ thực hiện khám chữa bệnh của người dân nên cần phải được bàn luận thêm.

Khoảng một phần ba đối tượng nghiên cứu vẫn tham gia làm ruộng. Một số người tuổi cao vẫn làm công việc độc hại và nặng nhọc như phun thuốc bảo vệ thực vật, cày ruộng bằng cày thô sơ và cuốc đất:

PVS Nam 77 tuổi – Đông Cơ:

<i>“...Hai bác còn vài sào ruộng thì cứ thủng thủng làm thôi, con cái nó đi làm hết cả, cũng chỉ giúp được chút ít lúc gặt hái...”</i>
--

Phỏng vấn sâu cũng cho thấy, người cao tuổi tại địa phương vẫn tham gia lao động tạo thu nhập chính trong gia đình với công việc chủ yếu là trồng trọt và chăn nuôi giúp họ tự chủ nguồn thức ăn sạch hàng ngày cải thiện chất lượng sống. Một số khác tham gia các công việc trong gia đình nhưng được đánh giá là không kém phần nặng nhọc như trông cháu và hỗ trợ con làm nghề phụ.

Như vậy, nhóm can thiệp và nhóm chứng có sự tương đồng về phân bố giới tính, nghề nghiệp và đặc điểm hôn nhân. Đây là 3 đặc điểm quan trọng liên quan

đến các chỉ số đánh giá sau can thiệp nên điều này là một thuận lợi để giảm các sai số do chọn. Tuy nhiên, nhóm can thiệp chiếm ưu thế hơn về trình độ học vấn, việc có lương hưu nhưng có tuổi trung bình già hơn nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.1.1.2. Thực trạng tăng huyết áp

Bảng 3.2: Thời gian phát hiện tăng huyết áp của bệnh nhân

Số năm phát hiện tăng huyết áp	Chứng		Can thiệp		Chung	
	N	%	n	%	n	%
Phát hiện từ ≤ 1 năm	32	21,2%	79	52,3%	111	36,8%
Phát hiện từ 2-5 năm	85	56,3%	47	31,1%	132	43,7%
Phát hiện từ 5-10 năm	33	21,8%	18	11,9%	51	16,9%
Trên 10 năm	1	0,7%	7	4,7%	8	2,6%
$p < 0,05$						
Tổng	151	100,0%	151	100,0%	302	100,0%

Có 36,8% bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu mới được phát hiện tăng huyết áp trong vòng 1 năm kể từ ngày điều tra, tỷ lệ được phát hiện từ 2-5 năm chiếm cao nhất là 43,7%. Bên cạnh đó, cũng có tới 16,9% số người bệnh có tiền sử tăng huyết áp từ 6-10. Tính riêng trên nhóm chứng, tỷ lệ mới phát hiện trong vòng 1 năm là 21,2% và tỷ lệ cao nhất (56,3%) là những bệnh nhân được chẩn đoán THA trong vòng từ 2 - 5 năm. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ mới phát hiện trong 1 năm là 52,3% và tỷ lệ phát hiện trong vòng từ 2 - 5 năm chiếm 31,1%.

Bảng 3.3. So sánh tuổi bệnh nhân được chẩn đoán THA trung bình

Nhóm	N	Tuổi chẩn đoán THA	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn
Can thiệp	151	65,34	9,933	0,808
Chứng	151	62,13	7,884	0,642
$t = 3,119 \quad p < 0,05$				

Tuổi chẩn đoán trung bình ở nhóm chứng là 62,1 trong khi ở nhóm can thiệp cao hơn (65,3 tuổi). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.1.3. Tình trạng bệnh tật khác

Bảng 3.4: Các bệnh mắc kèm theo

Bệnh lý kèm theo	Chứng (n= 151)		Can thiệp (n=151)		Chung (n=302)	
	N	%	n	%	n	%
Tim mạch	21	13,9%	30	19,9%	51	16,9%
Tiểu đường	13	8,6%	19	12,6%	32	10,6%
Xương khớp	45	29,8%	66	43,7%	111	36,8%
Rối loạn mỡ máu	3	2,0%	18	11,9%	21	7,0%
Khác	138	91,4%	102	67,5%	240	79,5%
Số bệnh TB	1,46		1,56		1,51	

Ngoài THA, người bệnh còn mắc nhiều bệnh khác, phổ biến nhất là bệnh xương khớp (36,8%), điều này phù hợp bệnh cảnh tuổi già thường hay thoái hóa khớp và loãng xương. Phổ biến thứ hai là bệnh tim mạch (16,9%). Trung bình mỗi bệnh nhân ở nhóm chứng mắc thêm 1,46 bệnh và ở nhóm can thiệp 1,56 bệnh.

3.1.2. Kiến thức và thực hành theo dõi HA và yếu tố liên quan

3.1.2.1. Kiến thức của bệnh nhân về tự theo dõi HA trước can thiệp

Những điều kiện về theo dõi huyết áp của người bệnh trước can thiệp

Bảng 3.5: Kiến thức, kỹ năng và máy đo HA của bệnh nhân trước can thiệp

Yếu tố đánh giá	Nhóm đối tượng		Tổng
	Chứng (n=151)	Can thiệp (n=151)	
Có kiến thức về theo dõi HA thường xuyên			
Số lượng	89	103	192
Tỷ lệ	58,9%	68,2%	63,6%
$p > 0,05$			
Kỹ năng tự đo HA hoặc có người nhà đo HA đúng cách tại nhà			

Số lượng	87	101	188
Tỷ lệ	57,6%	66,9%	62,3%
$p > 0,05$			
Có máy đo tại nhà			
Số lượng	48	46	94
Tỷ lệ	31,8%	30,5%	31,1%
$p > 0,05$			

Về kiến thức của người bệnh trước can thiệp, có 63,6% bệnh nhân cho rằng cần theo dõi huyết áp thường xuyên. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nhóm can thiệp biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên là 68,2% và ở nhóm chứng thấp hơn với 58,9%, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Kỹ năng đo huyết áp đúng cách tại nhà của mỗi bệnh nhân được đánh giá bằng 1 trong 2 điều kiện, người bệnh tự đo hoặc có người nhà đo giúp, thao tác đo đúng cách được quan sát dựa vào bảng kiểm. Trước can thiệp, 62,3% số bệnh nhân có thể tự đo hoặc được đo giúp tại nhà. Đặc biệt, đã có tới 31,1% bệnh nhân đã có sẵn máy đo huyết áp tại nhà. Đây là điều kiện thuận lợi để bệnh nhân có thể thực hành việc theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà. Bảng trên cũng cho thấy giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt về những yếu tố kiến thức và kỹ năng thực hành.

3.1.2.2 Quan niệm về tự theo dõi huyết áp của bệnh nhân trước can thiệp

Trước can thiệp, quan niệm của người tăng huyết áp về việc tự theo dõi huyết áp có nhiều sự phân hóa, một số bệnh nhân thì đã biết và cho rằng tự đo huyết áp là cần thiết và có thể tự bệnh nhân làm tốt song phần lớn bệnh nhân cho rằng việc tự theo dõi huyết áp là của cán bộ y tế, cộng thêm với khả năng đo hạn chế cũng như không biết cách nhận định kết quả, đây cũng là những rào cản khiến cho trước can thiệp, thực hành tự theo dõi huyết áp của bệnh nhân tại cộng đồng có nhiều điểm chưa tốt.

Ở phần định tính trước can thiệp, kết quả phỏng vấn sâu cho rằng chỉ cần đo khi có triệu chứng, việc mặc dù biết đo nhưng không nhận định được kết quả cũng là một rào cản khiến cho bệnh nhân không chủ động tự theo dõi mà vẫn cho rằng việc này chỉ cán bộ y tế làm được:

PVS Nam 73 tuổi - tại xã Tây Giang:
<i>“...cần theo dõi huyết áp tại nhà để biết lúc nào cao lúc nào thấp và nằm nghỉ hoặc dùng thêm 1 viên thuốc theo lời dặn của bác sỹ, có trường hợp thấy “gay go” thì phải gọi con cháu gọi bác sỹ tới xem cho. Bệnh này với tuổi già nguy hiểm, nhưng bảo chúng tôi đo hàng ngày thì không phải ai cũng có chuyên môn để hiểu...”</i>
<i>“...Trước đây thì con cũng mua cho cái máy đo, nhưng mà cứ đo vậy thôi chứ cũng không biết bao nhiêu là tốt, xấu...cứ phải hỏi cái anh y tế...”</i>

Cũng có những thông tin định tính lại cho rằng tự bệnh nhân phải đo cho mình vì cán bộ y tế chứ không chỉ lệ thuộc vào thầy thuốc:

PVS Nam 78 tuổi – xã Đông Cơ:
<i>“...tự mình và người nhà đo là chính chứ cứ lệ thuộc vào anh bác sỹ đến đo thì người ta không phục vụ hết được”</i>

3.1.2.3. Thực hành tự theo dõi HA của bệnh nhân trước can thiệp

Bảng 3.6: Thực hành theo dõi HA của bệnh nhân trước CT

Thực hành theo dõi HA	Nhóm đối tượng		Tổng
	Chúng (n=151)	Can thiệp (n=151)	
Số lượng	83	77	160
Tỷ lệ	55,0%	51,0%	53,0%
$p > 0,05$			

Trước can thiệp, có 53% bệnh nhân theo dõi huyết áp tại nhà trong khi 47,0% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu không theo dõi. Trong đó tỷ lệ có

theo dõi ở nhóm can thiệp là 51% thấp hơn một chút so với nhóm chứng là 55% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2.3. Một số yếu tố liên quan tới thực hành theo dõi huyết áp trước can thiệp

Bảng 3.7: Phân tích đơn biến mối liên quan đến tự theo dõi HA tại nhà

Yếu tố phân tích		Có theo dõi	Không theo dõi	Tổng	OR, p
Nhóm đối tượng	Chứng	83	68	151	OR = 1,17 p > 0,05
		51,9%	47,9%	50,0%	
	Can thiệp	77	74	151	
		48,1%	52,1%	50,0%	
Giới	Nam	100	75	175	OR = 1,49 p > 0,05
		62,5%	52,8%	57,9%	
	Nữ	60	67	127	
		37,5%	47,2%	42,1%	
Nhóm tuổi	≤ 70	110	95	205	OR = 1,1 p > 0,05
		68,8%	66,9%	67,9%	
	> 70	50	47	97	
		31,3%	33,1%	32,1%	
Lương hưu	Có	86	63	149	OR = 1,46 p > 0,05
		53,8%	44,4%	49,3%	
	Không	74	79	153	
		46,3%	55,6%	50,7%	
Sống cùng vợ/chồng	Sống cùng	129	114	243	OR = 1,02 p > 0,05
		80,6%	80,3%	80,5%	
	Không	31	28	59	
		19,4%	19,7%	19,5%	
Máy đo HA tại nhà	Có	63	31	94	OR = 2,3 p < 0,05
		39,4%	21,8%	31,1%	
	Không	97	111	208	
		60,6%	78,2%	68,9%	

Biết đo HA	Có	88	46	134	OR = 2,5 p < 0,05
		55,0%	32,9%	44,7%	
	Không	72	94	166	
		45,0%	67,1%	55,3%	
Kiến thức tốt về theo dõi HA	Có	99	93	192	OR = 0,855 p > 0,05
		61,9%	65,6%	63,6%	
	Không	61	49	110	
		38,1%	34,4%	36,4%	
Tổng		160	142	302	

Phân tích đơn biến cho thấy giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt về tỷ lệ tự theo dõi huyết áp tại nhà. Việc phân bố giới tính và nhóm tuổi cũng như việc có lương hưu hoặc đang sống cùng vợ chồng hay không cũng không làm ảnh hưởng đến tình trạng theo dõi huyết áp của bệnh nhân. Chỉ có mối liên quan giữa việc có máy đo huyết áp và biết cách tự đo với việc tự theo dõi huyết áp, điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế.

Bảng 3.8: Mô hình hồi quy logistic mối liên quan tới thực hành theo dõi HA trước can thiệp

Yếu tố phân tích	Hệ số hồi quy (B)	Độ lệch chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	Exp (B)
Nhóm chứng	0,332	0,257	0,197	1,39
Nhóm can thiệp		-	-	-
Giới Nam	0,507	0,298	0,089	1,66
Giới Nữ		-	-	-
Tuổi ≤ 70 tuổi	0,371	0,275	0,177	1,45
Tuổi > 70	-	-	-	-
Có lương hưu	0,22	0,264	0,405	1,25
Không có lương hưu	-	-	-	-
Sống cùng vợ/chồng	- 0,497	0,356	0,163	0,6

Không sống cùng	-	-	-	-
Có máy đo	0,558	0,28	0,046	1,75
Không có máy đo	-	-	-	-
Có khả năng đo HA	1,017	0,268	0,000	2,76
Không có khả năng đo	-	-	-	-
Kiến thức đo HA tốt	- 0,219	0,26	0,399	0,8
Kiến thức không tốt	-	-	-	-
<i>Cỡ mẫu phân tích: n = 302 * Nhóm so sánh (-) Không áp dụng</i>				
<i>Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer & Lemeshow test) $\chi^2 = 5,211df = 8$ $p > 0,05$</i>				

Mô hình hồi quy logistic cho phép nhận định rằng, trước can thiệp, giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt về thực hành tự theo dõi huyết áp. Sự phân bố tuổi, giới cũng thực sự không ảnh hưởng, có thể thấy 2 yếu tố liên quan một cách có ý nghĩa tới thực hành tự theo dõi huyết áp trước can thiệp là việc có máy đo và khả năng đo thì cả 2 đặc điểm này đều tương đồng ở nhóm chứng và nhóm can thiệp. Như vậy có thể tin tưởng rằng xuất phát điểm về kiến thức, kỹ năng và thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà của bệnh nhân trong 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng là tương đồng nhau.

Tuy nhiên trong phạm vi của nghiên cứu chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa những bệnh nhân lo lắng nguy cơ tai biến của bản thân với nhóm ít lo lắng hơn trong việc tự theo dõi huyết áp tại nhà.

3.1.3. Thực hành dùng thuốc hạ HA trước can thiệp và một số yếu tố liên quan

3.1.3.1 Thực hành dùng thuốc hạ huyết áp trước can thiệp

Bảng 3.9: Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc hạ áp trước can thiệp

Thực hành		Nhóm đối tượng		Tổng
		Chứng	Can thiệp	
Dùng	Số lượng	78	73	151

thuốc	Tỷ lệ	51,7%	48,3%	50%
$p > 0,05$				
Được nhắc uống thuốc	Số lượng	17	18	35
	Tỷ lệ	11,3%	11,9%	11,6%
Tổng		151 (100%)	151 (100%)	302 (100%)
$p > 0,05$				

Về thực hành dùng thuốc hạ huyết áp trước can thiệp, tính chung cả 2 nhóm có 50% số bệnh nhân THA cho biết họ đang dùng thuốc hạ huyết áp trong tháng vừa qua. Như vậy có nghĩa rằng 50% trong tổng số bệnh nhân của nghiên cứu đã bỏ trị. Trong đó, tỷ lệ còn đang duy trì dùng thuốc ở nhóm chứng là 51,7% cao hơn một chút so với ở nhóm can thiệp là 48,3% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Về việc được nhắc uống thuốc, một yếu tố được cho là sẽ giúp người bệnh không quên thuốc thì trước can thiệp, chỉ có 11,6% số bệnh nhân được nhắc uống thuốc bởi người thân hoặc những người chung quanh, tỷ lệ này cũng không có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm dự kiến can thiệp.

Như vậy, tại thời điểm trước can thiệp, nhóm chứng và nhóm dự kiến can thiệp không có sự khác biệt về điều kiện cũng như thực hành dùng thuốc hạ huyết áp. Đây là điều kiện tốt để thực hiện can thiệp và đo lường những thay đổi sau đó.

3.1.3.2 Một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng bỏ trị

Theo kết quả phân tích định tính, trước can thiệp, cho biết những lý do nổi bật là bệnh nhân không biết cần phải điều trị dài ngày gần như suốt đời, họ nghĩ không có triệu chứng là khỏi bệnh. Một số bệnh nhân bỏ điều trị là do gặp các tác dụng phụ khiến họ rất khó chịu như ho khan dài ngày, phù chân...

Có 4/6 người được phỏng vấn đề cập đến lý do không còn dùng thuốc là vì họ không biết cần phải điều trị thuốc ngay cả khi huyết áp đo về mức bình thường hoặc giảm các dấu hiệu như hoa mắt, đau đầu thì đã tự bỏ thuốc.

PVS Nam 74 tuổi – xã Tây Tiến:

“...bác bỏ thuốc mấy tháng nay rồi, cái anh này nó gây ho lắm, ho không dứt được nên nghe người ta nói ho tại thuốc huyết áp nên bác thôi, dạo này uống mướp đắng con nó mua thấy huyết áp xuống là thôi chuyển qua cái anh này...”

Một lý do khác là một số người bệnh gặp tác dụng phụ như ho, phù chân thì ngại dùng thuốc tây vì nghĩ dùng lâu có hại và một số bệnh nhân được phỏng vấn cho biết nhiều người khi dùng bài thuốc dân gian như trà mướp đắng, trà râu ngô, trà lá sen... thấy dễ chịu nên đã bỏ thuốc hạ huyết áp:

PVS Nữ 68 tuổi – xã Tây Giang:

“...hồi đầu nó chóng mặt, rức đầu thì bác vẫn uống luôn đấy, nhưng sau một dạo thấy huyết áp nó tụt xuống, có lúc dưới 110 thì bác thấy đỡ nên thôi...”

PVS nữ 70 tuổi – xã Đông Cơ:

“...Không biết cái thuốc này uống nó sinh ra lắm tật lắm, lần trước chân bác sưng to, cứ tưởng bệnh gì, đi khám bác sỹ đổi thuốc cho... Bây giờ uống cái anh này thì thấy hợp hơn. Đây là con nó cứ ép rồi đưa đi khám, chứ như mấy người ở đây mà không đi là bác bỏ đấy ...”

3.1.4. Thực hành tuân thủ điều trị trước can thiệp và một số yếu tố liên quan

3.1.4.1. Thực hành tuân thủ điều trị trước can thiệp

Theo thang điểm Morisky, tuân thủ điều trị được đánh giá theo 8 câu hỏi trong đó cho điểm là 0 hoặc 1, tương đương với câu từ M1 đến M8, các tiêu chí được cộng lại nếu số điểm là 0 điểm người bệnh được đánh giá là “tuân thủ tốt”; “tuân thủ trung bình” nếu số điểm là 1 hoặc 2, số điểm từ 3 đến 8 được xếp vào nhóm “tuân thủ kém” hay có thể gọi là không tuân thủ.

Phân tích kết quả cho bảng sau:

Bảng 3.1. Phân bố điểm Morisky trong nhóm đang điều trị TCT (n = 151)

Điểm Morisky	Chứng	Can thiệp	Chung
0	1	10	11
1	6	26	32
2	27	16	43
3	14	4	18
4	7	2	9
5	5	6	11
6	5	1	6
7	10	3	13
8	3	5	8
Tổng	78	73	151

Trước can thiệp, toàn bộ cả 2 nhóm có 151 bệnh nhân đang điều trị, trong đó nhóm chứng có 78 bệnh nhân dùng thuốc và nhóm can thiệp chỉ có 73 bệnh nhân. Theo điểm Morisky và thang đo của tác giả, chỉ có 1 bệnh nhân nhóm chứng trước can thiệp tuân thủ điều trị ở mức tốt nhưng có đến 10 bệnh nhân nhóm can thiệp tuân thủ điều trị ở mức tốt. Tuy nhiên, ở mức tuân thủ điều trị trung bình (1-2 điểm) thì 33 bệnh nhân nhóm chứng tuân thủ điều trị trung bình và ở nhóm can thiệp có tổng số 42 bệnh nhân tuân thủ mức trung bình.

Bảng 3.2: Phân loại tuân thủ điều trị của bệnh nhân TCT (n = 302)

Mức độ tuân thủ điều trị	n	Tỷ lệ	Tỷ lệ cộng dồn
Tốt	11	3,6	3,6
Trung bình	75	24,8	28,4
Không tuân thủ	216	71,5	100,0
Tổng	302	100,0	

Khi tính trên toàn bộ bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chỉ có **3,6%** số bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và **24,8%** số bệnh nhân tuân thủ ở mức độ trung bình. Có tới **71,5%** bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Nếu tính theo phân loại của nghiên cứu, bao gồm có tuân thủ và không tuân thủ, ta có bảng sau:

Bảng 3.12: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân trước can thiệp

Tỷ lệ có tuân thủ điều trị	Nhóm đối tượng		Tổng
	Chứng	Can thiệp	
Số lượng	34	52	86
Tỷ lệ	22,5%	34,4%	28,4%
Tổng	151 (100%)	151 (100%)	302 (100%)
p < 0,05			

Trước can thiệp, tỷ lệ tuân thủ điều trị chung trong mẫu nghiên cứu là 28,4% trong đó nhóm can thiệp là 34,4% và nhóm chứng là 22,5%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng thấp hơn so với nhóm dự kiến can thiệp một cách có ý nghĩa. Kết quả này sẽ được lưu ý khi so sánh hiệu quả can thiệp.

3.1.4.1. *Mối liên quan tới tuân thủ điều trị của người bệnh trước can thiệp*

Bảng 3.13: Phân tích mối liên quan đến tuân thủ điều trị trước can thiệp

Yếu tố		Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	OR, p
Nhóm đối tượng	Chứng	34	117	151	OR = 0,553 p > 0,05
		39,5%	54,2%	50,0%	
	Can thiệp	52	99	151	
		60,5%	45,8%	50,0%	
Giới	Nam	51	124	175	OR = 1,018 p > 0,05
		59,3%	57,4%	57,9%	
	Nữ	35	92	127	
		40,7%	42,6%	42,1%	
Nhóm tuổi	≤ 70	56	149	205	OR = 0,839 p > 0,05
		65,1%	69,0%	67,9%	

	> 70	30	67	97	
		34,9%	31,0%	32,1%	
Lương hưu	Có	42	107	149	OR = 0,972 p > 0,05
		48,8%	49,5%	49,3%	
	Không	44	109	153	
		51,2%	50,5%	50,7%	
Sống cùng vợ/chồng	Sống cùng	67	176	243	OR = 0,801 p > 0,05
		77,9%	81,5%	80,5%	
	Không	19	40	59	
		22,1%	18,5%	19,5%	
Theo dõi HA thường xuyên	Có	48	38	86	OR = 1,173 p > 0,05
		30,0%	26,8%	28,5%	
	Không	112	104	216	
		70,0%	73,2%	71,5%	
Lo lắng nguy cơ tai biến của bản thân	Có	6	54	60	OR = 0,225 p < 0,05
		7,0%	25,0%	19,9%	
	Không	80	162	242	
		93,0%	75,0%	80,1%	
Tổng		86	216	302	

Kết quả phân tích cho thấy trước can thiệp, nhóm chứng và nhóm can thiệp không có sự khác biệt về tình trạng tuân thủ điều trị. Sự phân bố tuổi, giới, tình trạng hôn nhân hay việc có lương hưu hay không cũng không làm ảnh hưởng tới việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân. Tuy nhiên, có sự khác biệt trong việc tuân thủ điều trị thuốc hạ áp giữa những người lo lắng về nguy cơ tai biến của mình so với nhóm không lo lắng bị tai biến, hiện tượng này cũng phù hợp với thực tế.

Bảng 3.14: Mô hình hồi quy logistic liên quan tới tuân thủ điều trị trước CT

Yếu tố phân tích	Hệ số hồi quy (B)	Độ lệch chuẩn (SE)	Mức ý nghĩa (p)	Exp (B)
Nhóm chứng	-0,83	0,287	0,004	0,436
Nhóm can thiệp	-	-	-	-
Giới Nam	0,165	0,333	0,621	1,179
Giới Nữ	-	-	-	-
Tuổi ≤ 70 tuổi	0,15	0,299	0,960	1,015
Tuổi > 70	-	-	-	-
Lo lắng tai biến	-1,773	0,471	0,000	0,17
Không lo lắng	-	-	-	-
Có máy đo HA	-0,41	0,314	0,192	0,664
Không có máy đo	-	-	-	-
Có khả năng đo HA	0,093	0,295	0,751	1,098
Không biết cách đo	-	-	-	-
Kiến thức TDHA tốt	-0,69	0,282	0,807	0,934
Kiến thức không tốt	-	-	-	-
<i>Cỡ mẫu phân tích: n = 302 * Nhóm so sánh</i>				
<i>Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer & Lemeshow test) $\chi^2 = 11,615$ $df = 8$ $p > 0,05$</i>				

Mô hình hồi quy logistic cho biết những người bệnh lo lắng về nguy cơ tai biến của bản thân hơn sẽ tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn nhóm ít lo lắng. Mô hình cũng chỉ ra rằng trước can thiệp, nhóm chứng có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn nhóm can thiệp một chút, tuy rằng chưa có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả xây dựng mô hình can thiệp

3.2.1. Gói giải pháp can thiệp tư vấn cá nhân về dùng thuốc cho người bệnh

Kết quả theo dõi can thiệp trong 5 tháng cho biết đã thực hiện được 15 buổi khám và tư vấn cá nhân cho người bệnh tại 5 xã can thiệp, với tổng số 216 lượt tư vấn cho 151 bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn riêng (1 thầy thuốc – 1 bệnh nhân) ít nhất 1 lần đạt 94,7% (143/151 bệnh nhân).

Theo dõi 10% ngẫu nhiên dựa vào bảng kiểm tư vấn cá nhân cho thấy: 100% số bệnh nhân được tư vấn đều đạt được ít nhất 4/5 nội dung cần thiết gồm: nguyên tắc điều trị duy trì lâu dài, các tác dụng phụ đã gặp, tư vấn kê đơn thuốc phù hợp và theo dõi quá trình điều trị tại nhà. Riêng nội dung chọn thuốc có giá thành phù hợp chỉ được thực hiện với khoảng dưới 10% tổng số bệnh nhân không có thẻ BHYT hoặc cho biết đang và sẽ dùng thuốc tự túc.

Phân tích kết quả phỏng vấn sâu cán bộ y tế huyện và bác sỹ trực tiếp thực hiện việc khám và quản lý bệnh nhân tại tuyến huyện cho biết, với số lượng bệnh nhân đông như hiện nay, mỗi buổi sáng một bác sỹ phải khám lại và giải quyết đơn thuốc từ 50-100 bệnh nhân, có hôm lên tới 150 bệnh nhân thì việc thực hiện tư vấn cho bệnh nhân rất khó khăn, họ thường khắc phục bằng cách dành thời gian tư vấn kỹ ngay từ đầu cho bệnh nhân mới và những bệnh nhân quay trở lại khám sau một thời gian gián đoạn. Nếu chỉ khoảng 10 bệnh nhân cần tư vấn vào 1 buổi thì cũng có thể cân đối được thời gian.

3.2.2. Gói giải pháp áp dụng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp (*chi tiết xây dựng công cụ này xin xem tại Phụ lục 1*)

Trong thời gian can thiệp 5 tháng, đã có 100% bệnh nhân được quan sát để đánh giá thao tác tự đo huyết áp bằng máy đo điện tử hoặc máy đo cơ (tùy vào loại máy mà bệnh nhân thường sử dụng), được góp ý bởi cán bộ y tế có chuyên môn.

Có 100% bệnh nhân được phổ biến và hướng dẫn cách sử dụng bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà. Có 100% bệnh nhân được cung cấp tối thiểu 6 tờ Bảng phiên giải cho toàn bộ quá trình can thiệp. Thu lại được hơn 80% số bảng phiên giải sau khi bệnh nhân đã sử dụng và có phản hồi cho bệnh nhân. Chỉ có 8/151 bệnh nhân báo bị mất Bảng phiên giải 1 lần.

3.2.3. Gói giải pháp vận hành phương thức nhắc nhau theo nhóm

Có tổng số 25 nhóm đã được thành lập với sự hỗ trợ của 10 cộng tác viên là sinh viên y tế công cộng, trung bình mỗi SV hỗ trợ 2 hoặc 3 nhóm.

Có 8 trên tổng số 25 nhóm đăng ký tiếp tục áp dụng phương thức nhắn tin vòng tròn. 12/25 nhóm đăng ký hình thức gọi điện nhắc nhau luân phiên và có 5/25 nhóm đăng ký hình thức nhắc trực tiếp.

Kết quả theo dõi qua 5 tháng can thiệp cho biết, có 16/25 nhóm đã duy trì được khoảng thời gian áp dụng phương thức đã đăng ký từ 2 tháng trở lên trong tổng số 5 tháng của kế hoạch can thiệp. Chỉ có 1 nhóm duy trì hình thức này dưới 1 tháng, có 8/25 nhóm duy trì được từ 5 tuần – 8 tuần phương thức này.

Như vậy, 3 nhóm giải pháp can thiệp chính đã được thực hiện đối với trên 90% số bệnh nhân dự kiến can thiệp, trong đó đảm bảo các nội dung dự kiến. Trong thời gian can thiệp 5 tháng, không ghi nhận trường hợp biến động đối tượng nghiên cứu nào, không có trường hợp bệnh nhân tử vong hoặc thay đổi nơi cư trú. Đây là một thuận lợi giúp cho việc đánh giá sau can thiệp thuận lợi cũng như cho phép thu thập số liệu được đầy đủ.

3.3. Kết quả đánh giá sau can thiệp

3.3.1. Kiến thức, thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh sau can thiệp

3.3.1.1 Kiến thức và những điều kiện tự theo dõi huyết áp của bệnh nhân sau can thiệp

Bảng 3.15: Kiến thức, kỹ năng và máy đo HA của bệnh nhân sau can thiệp

Yếu tố đánh giá	Nhóm đối tượng		Tổng
	Chứng (n=151)	Can thiệp (n=151)	
Có kiến thức về theo dõi HA thường xuyên			
Số lượng	92	141	233
Tỷ lệ	60,9%	94,6%	77,7%
OR = 0,09		p < 0,05	
Kỹ năng: biết đo HA hoặc có người nhà đo giúp thường xuyên			
Số lượng	88	122	210
Tỷ lệ	58,3%	80,8%	69,5%
OR = 0,332		p < 0,05	
Có máy đo tại nhà			
Số lượng	46	69	115
Tỷ lệ	30,5%	46,9%	38,6%
OR = 0,495		p < 0,05	

Về kiến thức cần theo dõi HA thường xuyên, sau can thiệp, có 77,7% bệnh nhân cho rằng cần theo dõi huyết áp thường xuyên trong đó tỷ lệ nhóm chứng là 60,9% và tỷ lệ ở nhóm can thiệp là 94,6%. Tỷ lệ kiến thức tốt ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê.

Về kỹ năng đo huyết áp, sau can thiệp, tỷ lệ người bệnh có khả năng đo huyết áp ở nhóm can thiệp là 80,8%, nhóm chứng là 58,3%. Tỷ lệ có kỹ năng đo huyết áp tại nhà ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa.

Về việc trang bị máy đo tại nhà, sau can thiệp, tỷ lệ có máy đo tại nhà ở nhóm can thiệp là 46,9% cao hơn so với nhóm chứng một cách có ý nghĩa. Đây là một kết quả đáng chú ý vì những điều kiện này sẽ giúp tăng cường thực hành theo dõi huyết áp tại nhà tốt hơn.

3.3.1.2 Thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà sau can thiệp

Bảng 3.16: Thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà sau can thiệp

Thực hành		Nhóm đối tượng		Tổng
		Chứng (n=151)	Can thiệp (n=151)	
Thực hành đo HA tại nhà	Số lượng	94	132	226
	Tỷ lệ	62,3%	87,4%	74,8%
p < 0,05				
Ghi lại chỉ số HA	Số lượng	37	131	168
	Tỷ lệ	24,5%	87,9%	56,0%
p < 0,05				

Sau can thiệp, tỷ lệ đo huyết áp tại nhà ở nhóm can thiệp là 87,4% và ở nhóm chứng là 62,3%. Tỷ lệ ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê. Việc ghi lại chỉ số huyết áp sau khi đo cũng cải thiện hơn với tỷ lệ chung là 56% số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đã ghi lại được chỉ số huyết áp. Trong đó, tỷ lệ nhóm can thiệp ghi lại là 87,9% và nhóm chứng là 24,5%. Tỷ lệ này ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê.

3.3.2. Thực trạng dùng thuốc hạ huyết áp của người bệnh sau can thiệp

Bảng 3.17: Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp sau can thiệp

Thực hành		Nhóm đối tượng		Tổng
		Chứng	Can thiệp	
Dùng thuốc	Số lượng	70	117	187
	Tỷ lệ	46,4%	77,5%	61,9%
p < 0,05				
Được nhắc uống thuốc	Số lượng	8	74	82
	Tỷ lệ	5,3%	49,3%	27,2%
p < 0,05				
Tổng		151 (100%)	151 (100%)	302 (100%)

Sau can thiệp, về việc dùng thuốc hạ huyết áp, có 61,9% số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đang sử dụng, trong đó ở nhóm chứng là 46,4% và nhóm can thiệp là 77,5%. Tỷ lệ dùng thuốc ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê.

Về việc được nhắc uống thuốc sau can thiệp, mặc dù giải pháp nhắc nhau theo nhóm đã không còn được hỗ trợ trước thời gian đánh giá 2 tháng nhưng ở nhóm can thiệp, có tới 49,3% số bệnh nhân vẫn được nhắc uống thuốc trong tuần qua trong khi ở nhóm chứng chỉ có 5,3% số bệnh nhân được nhắc. Tỷ lệ ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê.

3.3.3. Thực trạng tuân thủ điều trị sau can thiệp

Bảng 3.18: Phân bố điểm Morisky của bệnh nhân sau can thiệp (n = 182)

Điểm Morisky	Chứng	Can thiệp	Chung
0	0	25	25
1	22	51	73
2	4	10	14
3	9	15	24
4	9	4	13

5	8	1	9
6	7	5	12
7	10	1	11
8	1	0	1
Tổng	70	112	182

Bảng 3.20: Phân bố tình trạng tuân thủ theo thang đo của Morisky sau CT

Mức độ tuân thủ điều trị	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	0	0	25	16,6	25	8,3
Trung bình	26	17,2	61	40,4	87	28,8
Không tuân thủ	125	82,8	65	43,0	190	62,9
Tổng	151	100,0	151	100,0	302	100,0
$\chi^2 = 58,0$ $p < 0,05$						

Theo thang điểm Morisky, sau can thiệp, ở nhóm chứng, không có bệnh nhân nào đạt mức tuân thủ điều trị tốt; có 26 bệnh nhân tuân thủ ở mức trung bình (17,2%) và có tới 82,8% bệnh nhân không tuân thủ điều trị. Trong khi đó ở nhóm can thiệp, có tới 16,6% bệnh nhân tuân thủ điều trị ở mức tốt và 40,4% số bệnh nhân tuân thủ mức độ trung bình. Sự khác biệt sau can thiệp giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Nếu tính theo 2 mức gồm có tuân thủ (tốt và TB) và không tuân thủ (còn lại) theo khái niệm sử dụng trong nghiên cứu, chúng ta có:

Bảng 3.21: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân sau can thiệp

Tỷ lệ có tuân thủ điều trị	Nhóm đối tượng		Tổng
	Chứng	Can thiệp	
Số lượng	26	86	112
Tỷ lệ	17,2%	57,0%	37,1%
Tổng	151 (100%)	151 (100%)	302 (100%)
$p < 0,05$			

Trung bình trong mẫu nghiên cứu, sau can thiệp, có 37,1% bệnh nhân tuân thủ điều trị và 62,9% không tuân thủ điều trị. Trong đó, tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chứng là 17,2% thấp hơn ở nhóm can thiệp là 57,0%. Sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê.

Để giải thích cho điều này khi phân tích kết quả định tính, ở phỏng vấn sâu cho thấy khi bệnh nhân được nhắc uống thuốc sẽ có ý thức là việc uống thuốc rất quan trọng. Việc được nhận lời nhắc và động viên từ những người chung quanh cũng khiến người bệnh cam kết hơn với quá trình điều trị, bệnh nhân cũng cho rằng Bảng phiên giải hỗ trợ tốt cho người bệnh giúp họ hiểu được ý nghĩa giá trị đo cũng như đánh dấu lại:

PVS BN Nam, 76 tuổi, xã Đông Cơ:

“...Hồi đầu bác mới đi viện về thì bác gái, hôm thì con nhắc thuốc men, lâu dần quen rồi mới con nó đi làm xa thì cũng không ai nhắc, kể ra mà có các cánh bạn bè người ta cũng bị như mình thường xuyên qua lại động viên...và nếu nhắc uống thuốc thì đỡ quên mà cũng thấy cái anh điều trị này quan trọng ...thì phải tiếp tục mà uống thôi. Cũng biết bệnh là nó vẫn còn chứ...”

PVS BS TTYT Huyện Tiền Hải:

“...Có cái này bệnh nhân người ta ghi lại mình chỉ nhìn cái là đã thấy, nếu người ta đưa đến mình thấy thuốc nó không hợp thì đổi nó dễ, đằng này người bệnh già là cứ nhớ nhớ, quên quên, bảo cao nhưng hỏi bao nhiêu có biết đâu mà nói, đôi khi cứ thuốc nào hỏi các bác ấy bảo dùng thấy thoải mái thì mình lại kê thôi, ...”

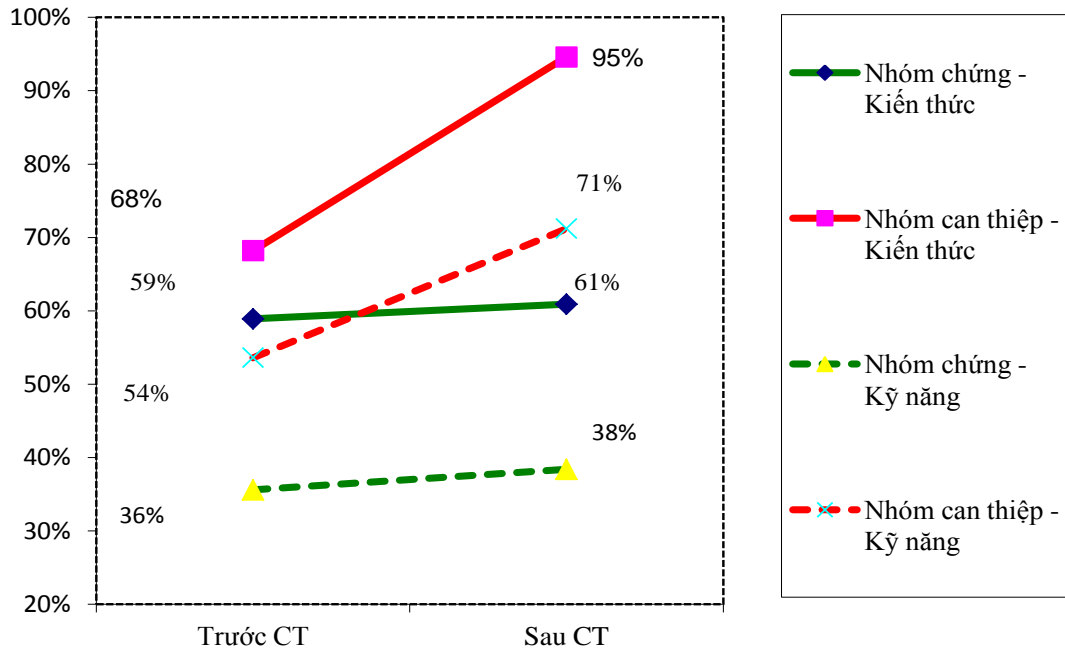
Thảo luận nhóm với cán bộ trạm y tế cho thấy trạm rất thích hình thức sử dụng Bảng phiên giải để người bệnh ghi chép, theo dõi chỉ số huyết áp theo thời gian và mong muốn có chương trình hỗ trợ bệnh nhân dùng bảng này phổ biến tại nhà:

TLN xã Tây Giang:

“...Không phải là các cụ không biết đâu, nhưng nếu đem cái bảng này thì cụ này nói với cụ kia, đến là người ta hiểu hết, mà người nọ truyền người kia, những người chưa đo bao giờ có khi cũng muốn đo để đối chiếu...”

3.4. Đánh giá kết quả can thiệp

3.4.1. Sự thay đổi về kiến thức và kỹ năng đo huyết áp trước và sau can thiệp



Biểu đồ 3.1: Sự thay đổi kiến thức và kỹ năng tự theo dõi HA sau CT

Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về theo dõi HA ở nhóm can thiệp tăng từ 68,2% lên 94,6% và tỷ lệ có kỹ năng đo huyết áp đúng cách tăng từ 53,6% lên 71,2% trong khi hai tỷ lệ này cũng tăng nhẹ ở nhóm chứng.

Phân tích về chuyển trạng thái từ không có kiến thức sang có kiến thức về tự theo dõi huyết áp trước và sau can thiệp, ta có phân bố theo bảng sau:

Bảng 3.22: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái kiến thức về tự TD huyết áp Trước và Sau CT

			Sau can thiệp		
			Có kiến thức	Không có kiến thức	Chung
Trước can thiệp	Chứng	Có kiến thức	89	0	89
		Không có kiến thức	3 (4,8%)	59	62 (100%)
	p > 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Can thiệp	Có kiến thức	103	0	103
		Không có kiến thức	38 (82,6%)	8	46 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Chung	Có kiến thức	192	0	192
		Không có kiến thức	41 (38%)	67	108 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

Sau can thiệp, ở nhóm chứng có 3 bệnh nhân tương đương 4,8% nhóm không có kiến thức trước can thiệp chuyển trạng thái từ chưa có kiến thức tự theo dõi huyết áp sang có kiến thức về tự theo dõi huyết áp. Tuy nhiên sự thay đổi trạng thái từ không có kiến thức thành có kiến thức trong nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó ở nhóm can thiệp, sau thời gian can thiệp, đã có 38 bệnh nhân tương đương 82,6% bệnh nhân đang từ không có kiến thức đúng về tự theo dõi huyết áp đã trở thành có kiến thức đúng. Và sự thay đổi trong nhóm thiệp có ý nghĩa thống kê. Như vậy có thể thấy rằng, can thiệp thực sự đã mang lại sự cải thiện trong kiến thức về tự theo dõi huyết áp của người bệnh.

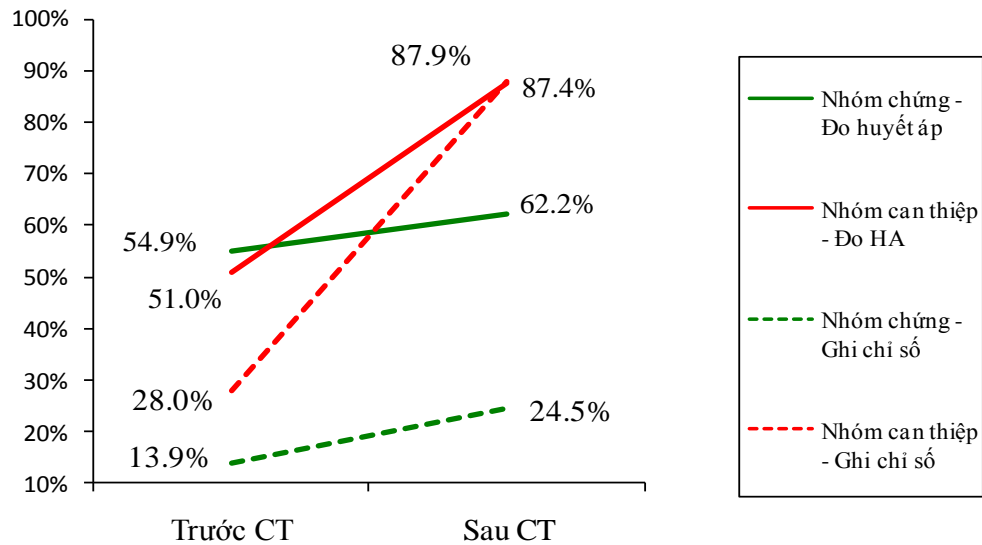
Mặt khác, khi phân tích về sự thay đổi về kỹ năng đo huyết áp đúng cách của bệnh nhân trước và sau can thiệp ở cả 2 nhóm ta có:

Bảng 3.23: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái từ việc chưa biết đo HA thành biết đo HA đúng cách

			Sau can thiệp		
			Đã biết đo	Chưa biết đo	Chung
Trước can thiệp	Chứng	Đã biết đo	46	7	53
		Chưa biết đo	11 (11,5%)	85	96 (100%)
	p > 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Can thiệp	Đã biết đo	59	18	77
		Chưa biết đo	45 (65,2%)	24	69 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Chung	Đã biết đo	105	25	130
		Chưa biết đo	56 (33,9%)	109	165 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

Sau can thiệp, ở nhóm chứng có 11 bệnh nhân chiếm 11,5% chuyển trạng thái từ chưa biết cách tự đo huyết áp sang có kỹ năng tự đo huyết áp. Tuy nhiên sự thay đổi ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê. Còn ở nhóm can thiệp, sau thời gian can thiệp, đã có 45 bệnh nhân tương đương 65,2% số bệnh nhân chưa biết đo HA trước can thiệp, sau can thiệp đã biết tự đo HA đúng cách. Và sự thay đổi trong nhóm thiệp có ý nghĩa thống kê. Như vậy có thể thấy, can thiệp thực sự đã giúp cải thiện kỹ năng tự đo huyết áp đúng cách của người bệnh.

3.4.2. Sự thay đổi về thực hành đo huyết áp trước và sau can thiệp



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân tự theo dõi HA và ghi lại chỉ số trước và sau CT

So sánh kết quả đạt được trong tăng cường tự theo dõi HA với mục tiêu can thiệp ta thấy sau can thiệp, tỷ lệ này đã tăng thêm 37,4% ở nhóm bệnh nhân được nhận can thiệp trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ này chỉ tăng nhẹ ở mức 7,3%. Như vậy, chương trình can thiệp đã đạt được cao hơn so với mục tiêu đề ra về việc làm tăng tỷ lệ tự theo dõi huyết áp thường xuyên.

Phân tích sự thay đổi của 2 nhóm trước và sau can thiệp trong việc cải thiện thực hành tự theo dõi HA tại nhà và ghi lại chỉ số, chúng ta có các bảng sau:

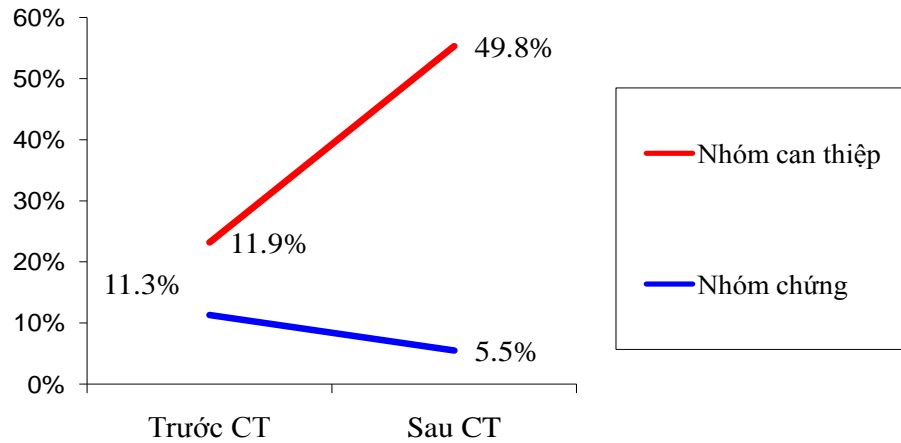
Bảng 3.24: Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái từ việc không đo HA tại nhà thành tự TD huyết áp tại nhà trước và sau can thiệp

			Sau can thiệp		
			Thực hành đo	Chưa thực hành đo	Chung
Trước can thIỆP	Chứng	Thực hành đo	76	7	83
		Chưa thực hành đo	18 (26,5%)	15	68 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Can thiệp	Thực hành đo	68	9	77
		Chưa thực hành đo	64 (86,5%)	10	74 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Chung	Thực hành đo	144	16	160
		Chưa thực hành đo	82 (57,7%)	60	142 (100%)
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

Sau can thiệp, ở nhóm chứng có 18 bệnh nhân (26,5%) chuyển trạng thái từ chưa thực hành theo dõi huyết áp sang đã thực hành theo dõi huyết áp. Sự thay đổi ở nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Còn ở nhóm can thiệp, sau thời gian can thiệp, đã có 64 bệnh nhân tương đương với 86,5% số bệnh nhân chưa thực hành trước can thiệp đã chuyển sang trạng thái thực hành theo dõi huyết áp sau can thiệp. Và sự thay đổi trong nhóm thiệp có ý nghĩa thống kê. Kết quả trên cho thấy, sau can thiệp bệnh nhân đã có những cải thiện đáng kể trong việc tăng cường thực hành tự theo dõi huyết áp. Tuy nhiên, chưa thực sự chắc chắn là do chỉ dưới tác động của can thiệp hay là sự thay đổi theo thời gian và do những sai số khác vì nghiên cứu trong thời gian ngắn, bệnh nhân được phỏng vấn nhiều lần, dẫn đến tự thay đổi trong

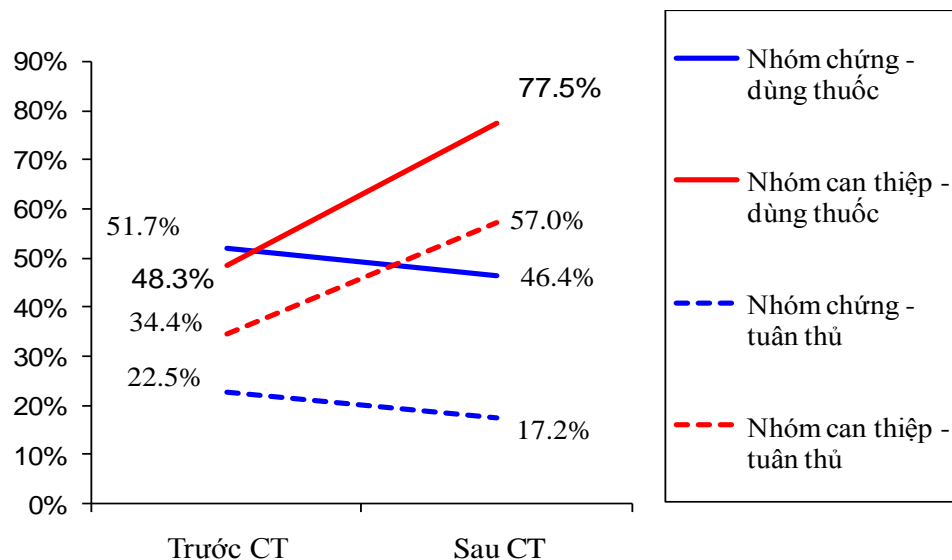
nhận thức và thực hành. Cũng có thể kết quả này còn do những khiếm khuyết trong chọn mẫu mang lại.

3.4.3. Sự cải thiện tỷ lệ dùng thuốc, giảm tình trạng bỏ trị



Biểu đồ 3.3: Tình trạng được nhắc uống thuốc trước và sau can thiệp

Sau can thiệp tỷ lệ được nhắc uống thuốc ở nhóm chứng giảm từ 11,3% xuống còn 5,5% trong khi ở nhóm can thiệp tăng từ 11,9% lên 49,8%.



Biểu đồ 3.4: Tình trạng dùng thuốc và tuân thủ điều trị trước và sau can thiệp

Sau can thiệp, tỷ lệ dùng thuốc hạ đã có những thay đổi, ở nhóm chứng, trước có 51,7% bệnh nhân dùng thuốc thì nay giảm xuống còn 46,4% trong khi ở nhóm can thiệp, tỷ lệ dùng thuốc đã tăng từ 48,3% lên 77,5%.

So với mục tiêu can thiệp đề ra là cần tăng được 15% tỷ lệ dùng thuốc hạ huyết áp và tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân được nhận các gói giải pháp thì kết quả trên cho thấy: tỷ lệ dùng thuốc ở nhóm bệnh nhân được nhận can thiệp đã tăng 29,2% (từ 48,3% lên 77,2%), tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đã tăng thêm 22,6% (từ 34,% lên 57,0%), tức là ở nhóm được nhận can thiệp, tỷ lệ tăng lên vượt mức mục tiêu đề ra.

Sau can thiệp, số bệnh nhân dùng thuốc đã thay đổi, trong đó ở nhóm chứng, số bệnh nhân uống thuốc hạ huyết áp là 70 người, số bệnh nhân chuyển trạng thái đang từ dùng thuốc sang không dùng thuốc phân bố theo bảng sau:

Bảng 3.25: Bệnh nhân chuyển trạng thái dùng thuốc trước và sau CT

			Sau can thiệp		
			Dùng thuốc	Không dùng thuốc	Chung
Trước can thiệp	Chứng	Dùng thuốc	51	27 (34,6%)	78
		Không dùng thuốc	19 (26%)	54 (74%)	73
	p > 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Can thiệp	Dùng thuốc	71	2 (2,7%)	73
		Không dùng thuốc	46 (59%)	32	78
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Chung	Dùng thuốc	122	29 (19,2%)	151
		Không dùng thuốc	187 (61,9%)	115	302
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

Bảng trên cho thấy tính chung trong quần thể nghiên cứu, có 187 bệnh nhân tương đương 61,9% đã chuyển trạng thái từ việc không dùng thuốc trước can thiệp,

sau can thiệp đã dùng thuốc. Cũng có tới 29 bệnh nhân tương đương 19,2% số bệnh nhân chuyển trạng thái trước can thiệp từ việc đang dùng thuốc sau can thiệp đã bỏ điều trị.

Tính riêng trong nhóm chứng, số bệnh nhân chuyển trạng thái từ đang điều trị trước can thiệp, sau thời gian đánh giá lại có tới 27 người tương đương 34,6 đã bỏ điều trị. Trong khi đó, ở nhóm được áp dụng giải pháp can thiệp, chỉ có 2 bệnh nhân đang điều trị đã bỏ thuốc sau thời gian can thiệp. Mặt khác, có 46 bệnh nhân (59%) đang từ trạng thái chưa dùng thuốc đã dùng thuốc hạ huyết áp sau can thiệp.

Sử dụng Test Mc- Nemar trong phân tích cho thấy ở quần thể nghiên cứu, số bệnh nhân chuyển trạng thái từ chưa dùng thuốc sang dùng thuốc đã tăng lên sau can thiệp một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó, ở nhóm chứng, số bệnh nhân chuyển trạng thái từ chưa dùng thuốc sang dùng thuốc thay đổi không có ý nghĩa thống kê nhưng ở nhóm can thiệp, số lượng bệnh nhân quay trở lại dùng thuốc đã tăng lên một cách có ý nghĩa. Như vậy có thể thấy can thiệp đã giúp cải thiện tình trạng quay trở lại dùng thuốc của bệnh nhân một cách rõ rệt.

Phân tích trên cả 2 nhóm trước và sau can thiệp, tình trạng bệnh nhân chuyển trạng thái từ không tuân thủ trước can thiệp thành tuân thủ sau can thiệp phân bố như sau:

Bảng 3.26: Chuyển trạng thái tuân thủ điều trị Trước và Sau CT

			Sau can thiệp		
			Tuân thủ	Không tuân thủ	Chung
Trước can thIỆP	Chứng	Tuân thủ	8	26 (76,5%)	34
		Không tuân thủ	18 (15,4%)	99	117
	$p > 0,05$ (Mc- Nemar test)				
	Can thIỆP	Tuân thủ	40	12	52
		Không tuân thủ	46 (46,5%)	53	99
	$p < 0,05$ (Mc- Nemar test)				
	Chung	Tuân thủ	48	38	86
		Không tuân thủ	64	152	216
	$p > 0,05$ (Mc- Nemar test)				

Sau can thiệp, ở nhóm chứng có 18 bệnh nhân tương đương 15,4% số bệnh nhân từ không tuân thủ điều trị chuyển trạng thái sang tuân thủ điều trị song cũng có tới 26 bệnh nhân tương đương 76,5% số bệnh nhân đang tuân thủ, sau thời gian 5 tháng đo lường lại thì đã không còn tuân thủ dùng thuốc. Tuy nhiên sự thay đổi trạng thái tuân thủ điều trị trong nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó ở nhóm can thiệp, sau thời gian can thiệp, đã có 46 bệnh nhân, chiếm 46,5% số bệnh nhân đang từ trạng thái không tuân thủ điều trị trở thành tuân thủ điều trị. Sự thay đổi trong nhóm thiệp có ý nghĩa thống kê.

3.4.4. Phân tích hai biến so sánh chỉ số về kiến thức, kỹ năng tự theo dõi huyết áp, thực hành theo dõi HA, dùng thuốc và tuân thủ điều trị

Bảng 3.27: Các thay đổi của bệnh nhân và hiệu quả của can thiệp

Chỉ số	Nhóm chứng (n=151)				Nhóm can thiệp (n=151)				Hiệu quả can thiệp		
	Trước CT	Sau CT	Thay đổi	p*	Trước CT	Sau CT	Thay đổi	p**	CSHQ nhóm chứng	CSHQ nhóm CT	HQCT
Kiến thức											
<i>Biết cần theo dõi HA</i>	58,9%	60,9%	2,0%	>0,05	68,2%	94,6%	26,4%	<0,001	3,4%	38,7%	35,3%
<i>Biết tự đo huyết áp</i>	35,6%	38,4%	2,8%	>0,05	53,6%	71,2%	17,6%	<0,01	7,9%	32,8%	24,9%
Thực hành											
<i>Theo dõi HA thường xuyên</i>	54,9%	62,2%	7,3%	>0,05	51,0%	87,4%	36,4%	<0,001	13,3%	71,4%	58,1%
<i>Ghi lại chỉ số HA</i>	13,9%	24,5%	10,6%	<0,05	28,0%	87,9%	59,9%	<0,001	76,3%	213,9%	137,6%

Tuân thủ điều trị												
<i>Dùng thuốc hạ HA</i>	51,7%	46,4%	-5,3%	>0,05	48,3%	77,5%	29,2%	<0,001	-	10,3%	60,5%	70,8%
<i>Tuân thủ điều trị</i>	22,5%	17,2%	-5,3%	>0,05	34,4%	57,0%	22,6%	<0,001	-	23,6%	65,7%	89,3%

*p**: Kết quả giá trị *p* phân tích hai biến so sánh 2 tỷ lệ sử dụng kiểm định Khi Bình Phương

*p***: Kết quả phân tích mô hình hồi qui logistics đa biến với biến đầu ra tương ứng có hiệu chỉnh theo tuổi, giới, học vấn, điều kiện kinh tế

Về kiến thức, can thiệp đã giúp làm tăng thêm 26,4% người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

Can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân có kỹ năng tự đo huyết áp đúng cách thêm 17,6%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Về thực hành, can thiệp đã giúp tăng 36,4% số bệnh nhân tự đo huyết áp thường xuyên tại nhà và tăng 59,9% tỷ lệ người bệnh ghi chép lại chỉ số huyết áp của mình khi đo được. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Đặc biệt, về cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị, can thiệp đã giúp tăng thêm 29,2% tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp và giúp tăng thêm 22,6% tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nếu so sánh với tất cả các mục tiêu đề ra của can thiệp, gồm có việc tăng thêm 30% số bệnh nhân thực hành theo dõi huyết áp tại nhà; tăng thêm 15% tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc và tăng tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thì mô hình can thiệp đạt được mục tiêu đề ra.

3.4.5 Phân tích mô hình hồi quy logistic về sự thay đổi các chỉ số can thiệp sau khi hiệu chỉnh với nghề nghiệp, học vấn, giới, nhóm đối tượng

Bảng 3.28: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi kiến thức về theo dõi HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Biết cần theo dõi HA	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	0,97	0,1	- 0,28	0,78	0,8-1,19
Học vấn	1,1	0,09	1,14	0,25	0,93 – 1,31
Số năm tăng huyết áp	1,0	0,02	- 0,12	0,91	0,96 – 1,03
Giới	0,67	0,13	- 2,04	0,04	0,46 – 0,98
1. Nhóm đối tượng	1,36	0,34	1,23	0,22	0,83 – 2,21
1. Thời gian	1,09	0,26	0,35	0,72	0,68 – 1,73
Nhóm x thời gian 1 1	7,65	3,59	4,34	0,00	3,05 – 19,17

Sau khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân biết cần phải theo dõi huyết áp tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI95% nằm trong khoảng từ 3,05 – 6,02.

Bảng 3.29: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi kỹ năng tự đo HA đúng cách trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Có kỹ năng đo HA đúng cách	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	0,76	0,07	- 2,86	0,00	0,63 – 0,92
Học vấn	1,4	0,01	4,10	0,00	1,19 – 1,64

Số năm tăng huyết áp	0,98	0,11	- 1,16	0,24	0,96 – 1,01
Giới	0,48	0,09	- 4,06	0,00	0,33 – 0,68
1. Nhóm đối tượng	1,64	0,41	1,95	0,05	1,00 – 2,69
1. Thời gian	1,13	0,28	0,47	0,64	0,69 – 1,84
Nhóm x thời gian 1 1	2,02	0,73	1,95	0,05	1,00 – 4,08

Sau khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có kỹ năng đo huyết áp đúng cách cũng không thực sự tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI 95% nằm trong khoảng từ 1,00 – 4,08.

Bảng 3.30: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi thực hành theo dõi HA tại nhà trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Thực hành tự theo dõi HA	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	0,84	0,08	- 1,76	0,08	0,70 – 1,02
Học vấn	1,20	0,10	2,27	0,02	1,03 – 1,41
Số năm tăng huyết áp	1,00	0,02	- 0,14	0,89	0,97 – 1,03
Giới	0,67	0,12	- 2,15	0,03	0,47 – 0,97
1. Nhóm đối tượng	0,72	0,17	- 1,38	0,17	0,45 – 1,15
1. Thời gian	1,36	0,32	1,3	0,19	0,86 – 2,18
Nhóm x thời gian 1 1	5,17	1,98	4,3	0,00	2,45 – 10,93

Khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân thực hành tự theo dõi huyết áp đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI 95% nằm trong khoảng từ 2,45 – 10,93.

Bảng 3.31: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi thực hành ghi chép lại chỉ số HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Ghi chép lại chỉ số HA	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	1,15	0,13	1,24	0,22	0,92 – 1,45
Học vấn	1,17	0,11	1,69	0,09	0,98 – 1,41
Số năm tăng huyết áp	1,00	0,02	- 0,09	0,93	0,96 – 1,03
Giới	0,57	0,13	- 2,55	0,01	0,37 – 0,88
1. Nhóm đối tượng	2,11	0,65	2,42	0,02	1,15 – 3,86
1. Thời gian	2,04	0,62	2,34	0,02	1,12 – 3,71
Nhóm x thời gian 1 1	9,90	4,35	5,21	0,00	4,18 – 23,44

Khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân ghi chép lại chỉ số huyết áp đo được đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI 95% nằm trong khoảng từ 4,18 – 23,44.

Bảng 3.32: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi dùng thuốc hạ HA trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Dùng thuốc hạ HA	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	0,86	0,08	- 1,64	0,10	0,72 – 1,03
Học vấn	0,83	0,06	- 2,48	0,01	0,71 – 0,96
Giới	0,94	0,16	- 0,35	0,72	0,67 – 1,33
1. Nhóm đối tượng	0,99	0,24	- 0,04	0,97	0,62 – 1,58
1. Thời gian	0,81	0,19	- 0,93	0,35	0,51 – 1,27
Nhóm x thời gian 1 1	4,63	1,60	4,44	0,00	2,35 – 9,11

Khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI 95% nằm trong khoảng từ 2,35 – 9,11.

Bảng 3.33: Mô hình hồi quy logistic sự thay đổi tỷ lệ tuân thủ điều trị trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Tuân thủ điều trị thuốc	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%
Nghề nghiệp	0,96	0,10	- 0,44	0,66	0,78 - 1,17
Học vấn	0,94	0,08	- 0,80	0,42	0,80 – 1,10
Giới	0,94	0,18	- 0,33	0,74	0,65 – 1,36
1. Nhóm đối tượng	1,88	0,50	2,38	0,02	1,12 – 3,17
1. Thời gian	0,72	0,21	- 1,15	0,25	0,40 – 1,26
Nhóm x thời gian 1 1	3,50	1,32	3,36	0,00	1,69 – 7,36

Khi hiệu chỉnh với tuổi, giới, nghề nghiệp...sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê với CI 95% nằm trong khoảng từ 1,69 – 7,36.

Bảng 3.34: Mô hình hồi quy logistic các thay đổi trước và sau CT khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, học vấn, nhóm đối tượng

Chỉ số	OR	Sai số chuẩn	z	P> z	CI 95%	
Kiến thức						
<i>Biết cần đo huyết áp</i>	7,65	3,59	4,34	0,00	3,05	19,17
<i>Biết tự đo huyết áp</i>	2,02	0,73	1,95	0,05	1,00	4,08
Thực hành theo dõi huyết áp						
<i>Theo dõi HA thường xuyên</i>	5,17	1,98	4,30	0,00	2,45	10,93
<i>Ghi lại chỉ số HA</i>	9,90	4,35	5,21	0,00	4,18	23,44
Thực hành điều trị						
<i>Dùng thuốc hạ HA</i>	4,63	1,60	4,44	0,00	2,35	9,11
<i>Tuân thủ điều trị</i>	3,53	1,32	3,36	0,00	1,69	7,36

Mô hình hồi quy logistic cho phép kết luận can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà nhưng chưa thực sự làm tăng một cách có ý nghĩa thống kê người bệnh biết tự đo huyết áp đúng cách. Bên cạnh đó, cũng có thể thấy can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà, ghi lại chỉ số huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê. Về thực hành dùng thuốc và tuân thủ điều trị, việc dùng thuốc và tuân thủ điều trị cũng cải thiện rõ rệt nhờ mô hình can thiệp.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chính của người bệnh tham gia nghiên cứu

Mặc dù đối tượng nghiên cứu khu trú từ 51 đến 80 tuổi xong những đặc điểm cá nhân trong nhóm nghiên cứu khá tương đồng với cộng đồng người cao tuổi Việt Nam. Bên cạnh đó, việc nhóm nghiên cứu có độ phân tán tuổi khá lớn cũng là một lưu ý trong quá trình triển khai can thiệp để đảm bảo rằng các đối tượng trong nhóm can thiệp, từ chớm tuổi cao cho tới tuổi già hơn đều tiếp cận được và thụ hưởng các hoạt động can thiệp một cách đồng đều.

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu khá cao, đặc biệt nhóm can thiệp có tuổi trung bình là 69,0 tuổi, trong khi tuổi trung bình trong nhóm được chọn làm chứng chỉ là 66,0 tuổi. Tuổi trung bình nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng một cách có ý nghĩa và sự khác biệt này cũng sẽ được lưu ý trong nhận định kết quả can thiệp. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này cũng cao hơn so với các báo cáo của Hoàng Mộc Lan, Nguyễn Quốc Anh năm 2005 và Giang Thanh Long năm 2011 về người cao tuổi Việt Nam, nhưng tương đồng về tỷ lệ sống cùng vợ/chồng với các nghiên cứu trên [22, 53, 83].

Tuổi nhỏ nhất của đối tượng can thiệp là 51 và lớn nhất là 80 tuổi. Đây là một phân tuổi khá phân tán đối với một nghiên cứu can thiệp, điều này thường gây khó khăn trong việc thiết kế và thực hiện các hoạt động can thiệp. Đây cũng là đặc điểm dẫn đến lựa chọn thiết kế nghiên cứu nhiều giai đoạn, đặc biệt là nghiên cứu đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng với các giải pháp dự kiến can thiệp trước khi thực hiện nhằm đảm bảo rằng các hoạt động được lựa chọn và điều chỉnh phù hợp để người bệnh thực hiện được trong quá trình can thiệp.

Bên cạnh đó, giống nhiều vùng nông thôn Việt Nam khác, tình trạng chỉ có các cặp vợ chồng cao tuổi sống với nhau tại quê hương trong khi con cái làm ăn xa khá phổ biến tại Tiền Hải, Thái Bình và nhiều huyện thuộc tỉnh Hưng Yên. Tuy địa phương can thiệp là địa bàn nông thôn nhưng tỷ lệ làm ruộng của bệnh nhân trong nghiên cứu này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân ở nông thôn Việt

Nam, phù hợp với một thực tế là đây là 2 tỉnh đang có sự chuyển đổi cơ cấu kinh tế, sự xuất hiện của nhiều khu công nghiệp và quá trình đô thị hóa cũng đang diễn ra dẫn đến sự thay đổi nhiều về kinh tế, văn hóa, xã hội tại địa phương. Nghiên cứu định tính ban đầu cho thấy nhiều bệnh nhân cao tuổi tại 2 tỉnh nghiên cứu vẫn được coi là đối tượng lao động tạo thu nhập chính trong gia đình, phải tham gia việc đồng áng nặng nhọc cũng như phơi nhiễm với hóa chất bảo vệ thực vật. Tỷ lệ có lương hưu trong nhóm nghiên cứu khá cao so với tỷ lệ có lương hưu của người cao tuổi Việt Nam và cũng cao hơn trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và Hội Y tế công cộng về người cao tuổi tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình năm 2010, điều này cho phép suy ra rằng tỷ lệ có thể bảo hiểm hưu trí của đối tượng nghiên cứu khá cao và là một thuận lợi khi khám chữa bệnh tại các cơ sở công lập và cũng cần phải được cân nhắc khi nhân rộng mô hình cho các địa bàn có tỷ lệ làm nghề nông nghiệp cao hơn cũng như tỷ lệ có bảo hiểm hưu trí ít hơn [2, 39].

Một tỷ lệ lớn bệnh nhân trong nghiên cứu mới được chẩn đoán tăng huyết áp trong vòng 1 năm (36,8%) và chủ yếu nằm trong thời gian 1-5 năm. Điều này có thể do cách lấy mẫu nghiên cứu căn cứ vào danh sách khám từ mới đến cũ để tăng cơ hội gặp được bệnh nhân chọn. Tuy nhiên tuổi phát hiện tăng huyết áp lần đầu trung bình là 63,74 tuổi là muộn vì so với nhiều nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp tính chung ở người từ 45-54 tuổi đã chiếm gần 40%. Như vậy có khá nhiều bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thể đã chỉ được chẩn đoán sau hơn 10 năm mắc bệnh.

Trước can thiệp, tự khai báo về tình trạng huyết áp cho thấy trên 50% bệnh nhân có mức huyết áp vượt quá ngưỡng cho phép tức là chưa được kiểm soát, mặc dù đã từng được chẩn đoán và kê đơn điều trị. Tuy vậy, tỷ lệ không biết chỉ số huyết áp của mình là bao nhiêu chiếm tới trên 20%, cao hơn người cao tuổi ở Chợ Gạo, tỉnh Tiền Giang năm 2010 theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Sang [36].

Theo tiêu chuẩn của nghiên cứu, trước can thiệp có gần 35% số bệnh tự theo dõi huyết áp ở mức độ tốt; tỷ lệ này thấp hơn một chút so với tỷ lệ của Nguyễn Mai Anh nghiên cứu tại Bắc Ninh và tương tự tỷ lệ do Vũ Xuân Phú nghiên cứu tại Hà Nội năm 2011 nhưng có thể tin cậy hơn vì thông tin thu thập bằng cách phỏng vấn và xem minh chứng, tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Hà Anh Đức

và cộng sự nghiên cứu tại Thái Nguyên năm 2011 khá nhiều [4, 32, 72]. Điều này có thể được giải thích là do thời điểm nghiên cứu sau 5 năm với sự phát triển chung của xã hội thì hiểu biết và thực hành phòng bệnh nói chung của người dân cũng tăng lên.

Người cao tuổi trong nghiên cứu cũng mắc kèm nhiều loại bệnh như xương khớp, tim mạch, thận, rối loạn lipid máu giống như nghiên cứu của Giang Thanh Long ở người cao tuổi toàn quốc năm 2011, giống với bức tranh chung về bệnh tật của người cao tuổi Việt Nam. Đặc điểm này cũng có thể được giải thích vì bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu này tuy xuất phát từ tuổi trẻ hơn nhưng đã được chẩn đoán tăng huyết áp trong khi tỷ lệ của Giang Thanh Long là đo trên quần thể gồm cả những người khỏe mạnh từ trên 60 tuổi [22, 27, 83].

4.2. Kiến thức và thực hành tự theo dõi huyết áp trước can thiệp

4.2.1. Kiến thức về tự theo dõi huyết áp của người bệnh trước can thiệp

Trước can thiệp, kiến thức về việc theo dõi huyết áp thường xuyên của người bệnh còn hạn chế, tuy rằng ở nhóm can thiệp có tốt hơn nhưng so với nhóm chứng thì không có ý nghĩa thống kê. Với tỷ lệ trung bình chỉ khoảng 63,6% số người bệnh trong nghiên cứu biết cần phải theo dõi huyết áp thường xuyên trong khi đó họ đều là những người đã từng được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Điều này chứng tỏ không những kiến thức chung của họ về bệnh còn hạn chế mà việc tư vấn của thầy thuốc đã khám và điều trị trực tiếp, vai trò của các kênh truyền thông hiện tại chưa thực sự hiệu quả. So sánh với khảo sát của Trần Văn Long trên người cao tuổi ở Vụ Bản, Nam Định thì kiến thức nền của người bệnh về phòng chống tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn, điều này có thể được lý giải là do đánh giá của tác giả Long đã được thực hiện từ năm 2011 [24].

4.2.2. Thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh trước can thiệp

Một điều trái ngược là, những điều kiện giúp họ có thể thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà lại khá tốt, cụ thể là có tới 26,5% bệnh nhân có thể vừa tự đo huyết áp cho mình hoặc có người nhà giúp đo đúng cách và vừa đã trang bị máy đo tại nhà. Hơn nữa ở địa bàn nông thôn nên người dân sống gần gũi, thân thiện và chia sẻ

nên một số bệnh nhân sống gần nhau có thể mua chung hoặc mượn máy đo của nhau khá dễ dàng.

Thực tế cho thấy, trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân được đo huyết áp trong vòng 2 tuần qua chiếm trên 50%, đó là bao gồm cả tự đo và được cán bộ y tế đo giúp. Đây cũng là các điều kiện tốt giúp cho việc triển khai tự theo dõi huyết áp tại cộng đồng và giúp nhóm nghiên cứu tự tin khi không chọn ưu tiên cho hoạt động hỗ trợ máy đo huyết áp cho người bệnh tham gia nghiên cứu. So sánh kết quả khảo sát trước can thiệp với công bố của Vũ Xuân Phú (35% ở nội thành Hà Nội năm 2012) thì tỷ lệ này cao hơn khá nhiều và cũng khả quan hơn rất nhiều so với khảo sát của Hà Anh Đức tại Thái Nguyên năm 2013 và cao hơn nhiều so với tỷ lệ 10% mà tác giả Bùi Thu Hà nghiên cứu tại Hải Phòng. Kết quả này có thể được giải thích là do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sau các nghiên cứu trên từ 2-3 năm nên tỷ lệ có vẻ khả quan hơn, mặt khác, tỷ lệ này của chúng tôi tính chung cả những lượt được người nhà bệnh nhân đo giúp nên khả năng được đo trong thời gian khảo sát sẽ nhiều hơn việc chỉ tính riêng việc bệnh nhân tự đo [13, 33, 72].

4.3. Thực trạng dùng thuốc và tuân thủ điều trị trước can thiệp

4.3.1 Thực trạng dùng thuốc hạ huyết áp trước can thiệp

Trước can thiệp, tỷ lệ bỏ trị ở người tăng huyết áp tại cả 2 địa phương chứng và can thiệp đều rất đáng lo ngại, kết quả phân tích cho thấy một nửa số bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu đã bỏ điều trị mặc dù trước đó từng được khám phát hiện và kê đơn tại bệnh viện đa khoa huyện hoặc phòng khám đa khoa khu vực. Việc bỏ trị này tương đồng ở nhóm can thiệp và nhóm chứng cho thấy đây là một thực trạng phổ biến và tương tự với nhiều nghiên cứu đã chỉ ra như nghiên cứu của Lý Huy Khanh ở phòng khám Trung Vương, bệnh nhân ngoại trú sau 6 tháng đã bỏ trị tới trên 60% và cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hà tại Hải Phòng năm 2010 [13, 25].

Lý do khiến người bệnh bỏ trị cũng được tìm hiểu trong câu phần định tính của nghiên cứu trước can thiệp, có tới 4/6 cuộc phỏng vấn người bệnh cao tuổi đề cập đến việc họ không biết thuốc huyết áp cần phải điều trị suốt đời nên khi thấy đỡ, huyết áp hạ xuống hoặc giảm các dấu hiệu như hoa mắt, đau đầu thì họ đã bỏ thuốc.

Một lý do khác được đề cập trước can thiệp là do người bệnh khi gặp tác dụng phụ như ho, phù chân thì ngại dùng vì sợ thuốc gây hại cho bản thân.

Bên cạnh đó có 1 trong số 6 bệnh nhân được phỏng vấn cho biết nhiều người bệnh khi dùng bài thuốc dân gian như trà mướp đắng, trà râu ngô, trà lá sen... thấy dễ chịu đã bỏ thuốc hạ huyết áp. Nhưng lý do này tương tự như nghiên cứu Pauline E và cộng sự năm 2011 ở Nigeria và Bùi Thị Mai Trinh, Bùi Thu Hà và Jeroan J. Allison, Nguyễn Lan Hoa tại Việt Nam [8, 78, 97].

Việc sử dụng các thuốc dân gian để thay thế hoàn toàn cho việc điều trị bằng thuốc tổng hợp đến nay chưa có nhiều nghiên cứu khẳng định, những loại thuốc này vẫn được xem như là những thảo dược có tác dụng hỗ trợ cho người tăng huyết áp với các tác dụng đã được biết như lợi tiểu của râu ngô và trà bí đao; tại Việt Nam, nơi các bài thuốc nam dược cổ truyền được khuyến khích sử dụng phối hợp cùng với các thuốc tây y trong điều trị thì việc người bệnh sử dụng những loại đồ uống này rất phổ biến. Xong cho tới nay, Phân Hội THA Việt Nam và các Bệnh viện, Viện Tim mạch chỉ mới khuyến nghị sử dụng các nhóm thuốc hạ áp có nguồn gốc tổng hợp (thuốc Tây y). Còn việc sử dụng ở mức độ như thế nào thì đến nay chưa có khuyến nghị chính thống vì vậy, cần có những bằng chứng nghiên cứu đáng tin cậy hơn để đưa ra khuyến nghị cho cộng đồng, tránh những quan niệm sai lầm dẫn đến người bệnh bỏ lỡ cơ hội điều trị thuốc phù hợp, gia tăng tai biến. Kết quả nghiên cứu ban đầu cũng gợi ý đến một chủ đề rất được cộng đồng quan tâm là cần có nghiên cứu về thực trạng sử dụng các thuốc dân gian trong điều trị tăng huyết áp cũng như đánh giá hiệu quả thực sự của những bài thuốc này như thế nào.

Tuy kết quả phân tích định lượng chưa thể hiện mối liên quan giữa việc bệnh nhân gặp tác dụng phụ của thuốc với việc bỏ thuốc, nhưng những nhận định này là những gợi ý tốt cho việc xác định và xây dựng kế hoạch can thiệp trong đó có giải pháp ưu tiên nhằm tăng cường kiến thức của người bệnh và thay đổi quan niệm về dùng thuốc hạ huyết áp là phù hợp và cần thiết.

4.3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị trước can thiệp

Với thang điểm khắt khe của Morisky, trước can thiệp, tính chung trong cả 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng chỉ có 3,6% bệnh nhân tuân thủ điều trị ở mức tốt,

trong đó nhóm can thiệp có xuất phát điểm cao hơn. Nếu tính bao gồm cả các mức tuân thủ điều trị thì tỷ lệ có tuân thủ (gồm tốt và trung bình) chung 2 nhóm là 28,4% và nhóm can thiệp cũng cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa.

Kết quả này có thể được giải thích do địa bàn can thiệp ở xa các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh nên thu hút lượng bệnh nhân tới đông hơn trong khi tại địa bàn chứng, khá nhiều bệnh nhân tăng huyết áp chọn bệnh viện tuyến trên để khám và điều trị và những bệnh nhân ở tại địa phương chủ yếu là người có điều kiện kinh tế nghèo hơn. Một lý do nữa để giải thích cho kết quả này cũng có thể do tỷ lệ có lương hưu và thẻ bảo hiểm hưu trí ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng đã giúp bệnh nhân tại nhóm can thiệp gắn bó với việc dùng thuốc tốt hơn mặc dù phân tích mối liên quan không cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ lương hưu 2 nhóm có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ tuân thủ chung trong đánh giá ban đầu này cũng thấp hơn của Vũ Xuân Phú nghiên cứu tại nội thành Hà Nội, nghiên cứu của Bùi Thị Mai Trinh tại Thành phố Hồ Chí Minh và của Bùi Thu Hà tại Hải Phòng nhưng có thể tin cậy hơn do sử dụng thang đo được kiểm định [8, 32].

Nếu so sánh trên phạm vi rộng hơn thì tỷ lệ tuân thủ điều trị của quần thể nghiên cứu trước can thiệp chỉ tương đương với tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân trong nghiên cứu của Manal Ibrahim Hanafi Mahmoud ở Đại học Taibah năm 2012 [75].

Tuy nhiên tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu này vào trước thời điểm can thiệp thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Saman K Hashmi và cộng sự năm 2007 trên 460 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại Bệnh viện Đại học Aga Khan, Pakistan cũng sử dụng thang đo tuân thủ điều trị của Morisky nhưng với cách đánh giá tuân thủ chung từ 0-4 điểm, là do nghiên cứu của Aga Khan sử dụng rộng thang đo Morisky cũ với tiêu chí dễ hơn thang đo của chúng tôi, thang đo của chúng tôi là thang đo đã điều chỉnh sau nghiên cứu đó 2 năm [106].

Mặt khác, bệnh nhân trong nghiên cứu của Saman là bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện nên mức độ tuân thủ tốt hơn bệnh nhân ngoại viện trong nghiên cứu này của chúng tôi. Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ điều trị của quần thể nghiên cứu vào thời điểm khởi đầu trước can thiệp cao hơn so với tỷ lệ mà CDC công bố chung trên

thể giới năm 2013 nhưng thấp hơn một chút so với một số tỷ lệ đo lường bằng thang đo khác được thực hiện trên người bệnh ở Việt Nam [8, 13, 33, 74].

Kết quả phỏng vấn sâu bệnh nhân và bác sĩ cũng giúp lý giải thêm những lý do bỏ trị của bệnh nhân, trong đó ở giai đoạn đầu được chẩn đoán các bệnh mạn tính, người bệnh có thể nhận được sự quan tâm ở người chung quanh nhiều hơn nhưng qua thời gian, sự quan tâm này cũng giảm đi. Thực tế này khiến cho người bệnh mất dần động lực để quan tâm và theo đuổi điều trị, lúc này, nếu có sự phối hợp của thầy thuốc trong việc yêu cầu người bệnh duy trì theo dõi và những công cụ hỗ trợ phù hợp giúp bệnh nhân nhận định tình hình và ghi lại các giá trị đo được thường xuyên và có thể cung cấp bằng chứng trong các lần khám định kỳ sẽ tạo động lực cho bệnh nhân thường xuyên theo dõi, thấy được tầm quan trọng của việc theo dõi diễn biến của bệnh và sự đáp ứng của cơ thể trong điều kiện thực tế, từ đó gắn bó với điều trị hơn. Đồng thời bác sĩ cũng đánh giá được tình trạng của bệnh nhân khách quan dựa trên căn cứ theo dõi do họ cung cấp, điều này giúp tránh sự trì trệ lâm sàng, thay vì đơn giản bằng cách lặp lại đơn thuốc, bác sĩ sẽ phải xem xét việc này nghiêm túc hơn trước sự thúc đẩy từ phía bệnh nhân với những gì mà họ đã tự theo dõi và cho biết. Khi kết hợp điều này với việc thiết lập hình thức hợp lý để người bệnh nhận được sự nhắc nhở dùng thuốc lâu dài sẽ giúp tăng sự gắn kết và tuân thủ điều trị, giảm thiểu biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị. Những phân tích trên đã hỗ trợ xác định và thiết kế các nội dung can thiệp sử dụng trong nghiên cứu này.

4.4. Bàn luận về mô hình can thiệp

4.4.1 Sự phù hợp

Việc xác định các giải pháp can thiệp đòi hỏi giải quyết trực tiếp những khoảng trống trong các chương trình phòng chống tăng huyết áp đã khiến mô hình can thiệp không đi theo lối mòn của các chương trình hiện tại và có những điểm mới và độc đáo trong cách tiếp cận.

Mô hình can thiệp có thể được vận hành bởi chính hệ thống sẵn có của y tế tuyến xã, huyện – tức là y tế cơ sở khiến cho mô hình trở nên bền vững và không đòi hỏi kinh phí lớn; cách tiếp cận này cũng đúng với định hướng mà Bộ Y tế, Tổ

chức Y tế thế giới cũng như các chương trình phòng chống tăng huyết áp ở cấp quốc gia đưa ra.

Mô hình can thiệp đồng thời vận dụng những đặc điểm văn hóa của người Việt Nam, đặc biệt tại các khu vực nông thôn là tính chia sẻ và kết nối rất cao, sinh hoạt cộng đồng thường xuyên và phong phú để đưa các công cụ kích thích tự truyền thông trong cộng đồng và nâng cao tính chủ động và sự tham gia của người bệnh.

Giải pháp tư vấn trực tiếp cho người bệnh về nguyên tắc dùng thuốc, về lựa chọn thuốc giảm thiểu tác dụng phụ, chi trả hợp lý với người trung và cao tuổi ở nông thôn là một giải pháp trực tiếp giúp giải quyết được tồn tại căn bản của việc bỏ trị ở người bệnh mà nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, đó chính là hạn chế về kiến thức, người bệnh không biết phải dùng thuốc lâu dài, sợ tác dụng phụ cũng như mức độ chi trả tiền thuốc hàng tháng hạn chế. Giải pháp này được thực hiện bởi bác sỹ tuyến huyện rất thích hợp vì trung bình mỗi bác sỹ ở tuyến đó có lượt khám trong ngày dưới 50 bệnh nhân. Hơn nữa, giải pháp cũng chỉ ra là bệnh nhân chỉ cần được tư vấn 1 lần vào thời gian bắt đầu điều trị. Tuy nhiên việc tư vấn phải được hướng dẫn cụ thể và giám sát chất lượng thông qua quan sát bằng bảng kiểm với các tiêu chí rõ ràng.

4.4.2 Tính mới

Giải pháp khuyến khích người bệnh tự theo dõi huyết áp bằng bảng phiên giải và tự theo dõi huyết áp là một sáng kiến mới của nghiên cứu. Bằng cách cung cấp cho người bệnh tại cộng đồng một công cụ để phiên giải hiểu ý nghĩa của giá trị huyết áp đo được, biết cách phát hiện nguy cơ và lưu trữ thông tin theo dõi để trao đổi phản hồi với thầy thuốc một cách hiệu quả.

Bên cạnh đó, bảng phiên giải cũng hỗ trợ bệnh nhân tự truyền thông trong cộng đồng những hiểu biết chính xác hơn về tăng huyết áp, khuyến khích cộng đồng cùng quan tâm đến việc phát hiện, điều trị và tham gia giám sát kết quả điều trị.

Bằng cách cung cấp một công cụ như vậy, giải pháp đã giúp giải quyết nhiều khoảng trống trong việc tạo động lực để người bệnh theo dõi huyết áp thường xuyên, tham gia một cách hiệu quả hơn vào việc quản lý điều trị ngoại trú tại nhà, tăng khả năng phát hiện biến chứng và tăng cường truyền thông tại cộng đồng.

Vì là một cách tiếp cận mới nên việc đưa ra được một công cụ sử dụng trong can thiệp đã đặt ra yêu cầu thực hiện một nhánh nghiên cứu chuyên biệt để đảm bảo tính khoa học, sự đồng thuận của bác sỹ có kinh nghiệm quản lý và điều trị tăng huyết áp ở cả 3 miền Bắc, Trung, Nam. Đồng thời đảm bảo tính thực tiễn của một sản phẩm ứng trong nghiên cứu.

Từ việc triển khai một nghiên cứu thành phần với mục đích ứng dụng, nghiên cứu sinh cũng có thêm những kỹ năng và kinh nghiệm nghiên cứu mới mẻ, đặc biệt từ việc triển khai một nghiên cứu Delphi là một nghiên cứu đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng với sản phẩm mới mà nghiên cứu đưa vào can thiệp.

Giải pháp can thiệp vận dụng nhóm nhỏ để nhắc người bệnh thường xuyên theo dõi huyết áp và dùng thuốc là một điểm mới thứ 2 của mô hình, không đòi hỏi kinh phí, vận dụng được tính cộng đồng của người bệnh đặc biệt ở khu vực nông thôn, đồng thời giải quyết trực tiếp nguyên nhân bỏ thuốc của người bệnh là chưa biết được tầm quan trọng của việc dùng thuốc đều đặn và nguyên nhân chính của tuân thủ kém chính là quên thuốc. Giải pháp tuy có nhiều điểm hạn chế nếu ứng dụng trong thời gian dài nhưng lại có một giá trị nhất định đối với người bệnh, nhất là giai đoạn đầu điều trị.

4.5. Bàn luận về quá trình thực hiện can thiệp

Tỷ lệ thụ hưởng các giải pháp can thiệp khá cao và đồng đều với các giải pháp đưa ra. Với giải pháp tập huấn cho người dân kỹ năng đo huyết áp, 100% bệnh nhân đã từng được hướng dẫn và quan sát chỉnh sửa ít nhất một lần trong 1 tháng đầu can thiệp. Đây là cố gắng rất lớn của nhóm theo dõi can thiệp cũng như hỗ trợ của Bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Hải. Tỷ lệ cao này đạt được là do sự gắn kết rất tốt trong quá trình triển khai can thiệp, nghiên cứu sinh đã mời những cộng tác viên chính là nhóm bác sỹ và điều dưỡng chịu trách nhiệm thực hiện công tác khám và điều trị tăng huyết áp tại BVĐK huyện tham gia hỗ trợ. Việc này vừa phù hợp về nhiệm vụ chuyên môn, vừa mang tính tin cậy và kế thừa sau chương trình, những bệnh nhân trong nhóm can thiệp của nghiên cứu đều được giới thiệu lên phòng khám và bệnh viện trong khu vực phù hợp tuyển chuyên môn kỹ thuật và nơi đăng ký bảo hiểm. Bên cạnh đó cũng phù hợp với bối cảnh tại Việt Nam theo nhiều đánh

giá, có tới gần 75% người bệnh tăng huyết áp mong muốn được tiếp cận điều trị tại tuyến xã và tuyến huyện.

Tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn cách sử dụng bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà. Bệnh nhân được cung cấp, trao đổi đủ bảng phiên giải để sử dụng trong thời gian can thiệp, được theo dõi chặt chẽ để hướng dẫn những phát sinh và ghi nhận lại thông tin, những biến động về sức khỏe trong thời gian can thiệp.

Về gói giải pháp tư vấn cho người bệnh về dùng thuốc, tương tự như tập huấn đo huyết áp, nghiên cứu sinh sử dụng cộng tác viên là bác sỹ tại bệnh viện huyện, kết quả cho thấy toàn bộ bệnh nhân đã được tư vấn về dùng thuốc đảm bảo tránh tác dụng phụ cũng như phù hợp với khả năng chi trả và đặc điểm bệnh lý của cá nhân. Kết quả theo dõi tư vấn qua bảng kiểm ngẫu nhiên trên 10% tổng số cuộc tư vấn cũng cho biết tất cả các trường hợp theo dõi đều được tư vấn đủ tối thiểu 4/5 nội dung trong bảng kiểm như yêu cầu đặt ra trong chương trình can thiệp.

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy mỗi bệnh nhân trước khi bước vào quá trình điều trị hoặc đã từng bỏ điều trị cần phải được tư vấn cẩn thận và tìm hiểu lý do để tìm cách khắc phục và hỗ trợ họ theo đuổi điều trị. Tại các phòng khám ngoại trú tăng huyết áp nên bố trí bệnh nhân theo nhóm để tiện tư vấn và bố trí thời gian tư vấn khoảng 10 bệnh nhân/buổi/ 1 bác sỹ. Bên cạnh đó, có thể đào tạo và sử dụng cử nhân y tế công cộng hoặc điều dưỡng để tư vấn giúp bệnh nhân về các nguyên tắc điều trị, tìm hiểu để tránh thuốc có tiền sử gây tác dụng không mong muốn trước khi bác sỹ kê đơn. Như vậy mới giúp bệnh nhân yên tâm theo đuổi điều trị. Cách tiếp cận này tương tự như mô hình của Australia năm 2011 khi xây dựng các can thiệp tư vấn theo nhóm nhỏ dựa trên sự thảo luận trực tiếp với người bệnh cũng được cho là có hiệu quả. Bên cạnh đó, kết luận này cũng phù hợp với ý kiến của Fletcher trong nghiên cứu tổng quan trên 20 nghiên cứu đưa ra [56, 58].

4.6. Bàn luận về kết quả can thiệp

4.6.1. Kết quả trong tăng cường kiến thức, kỹ năng tự theo dõi huyết áp

Can thiệp đã giúp hầu hết người bệnh đều được thụ hưởng biện pháp sử dụng Bảng phiên giải trong tự theo dõi huyết áp tại nhà, quá trình theo dõi trong suốt thời

gian can thiệp với tần suất 2 tuần một lần và áp dụng hình thức đổi bảng phiên giải đã giúp theo dõi tốt những biến động về tình trạng bệnh nhân, đồng thời thu thập được số liệu phong phú cho nghiên cứu, tăng tính cam kết của bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Sau can thiệp, kiến thức về việc cần tự theo dõi huyết áp tại nhà ở nhóm can thiệp đã tăng rõ rệt, từ việc chỉ có 68,2% bệnh nhân biết cần phải theo dõi huyết áp đã tăng lên 94,6%. Bên cạnh đó, kỹ năng đo huyết áp đúng cách cũng có những cải thiện tốt khi tỷ lệ bệnh nhân biết tự đo hoặc người nhà đo giúp đã tăng từ 66,9% lên 80,8%.

Kết quả này cho thấy can thiệp khuyến khích người bệnh tập đo huyết áp đúng cách và cải thiện sự tham gia của người nhà vào quá trình hỗ trợ người bệnh. Giúp làm giảm sự lệ thuộc của người bệnh vào nhân viên y tế và có năng lực chủ động hơn trong thực hành tự theo dõi cho bản thân. Với các bệnh mạn tính cần điều trị dài ngày, đây cũng là một lợi ích cần quan tâm vì đã giúp tăng cường năng lực tự theo dõi của người bệnh một cách bền vững hơn.

Những cải thiện trong kiến thức và kỹ năng tự đo được huyết áp cũng sẽ thúc đẩy làm tăng tỷ lệ thực hành tự theo dõi huyết áp sau can thiệp và điều này đã được khẳng định thông qua nhiều nghiên cứu.

Mặt khác, tuy can thiệp không hỗ trợ máy đo huyết áp nhưng tỷ lệ có máy đo tại nhà đã tăng nhẹ so với thời điểm đánh giá ban đầu. Ở thời gian sau can thiệp, có 46,9% bệnh nhân nhóm can thiệp đã tự trang bị máy đo trong khi ở nhóm chứng tỷ lệ này gần như không có sự thay đổi.

4.6.2. Kết quả trong tăng cường thực hành tự theo dõi huyết áp

Ở nhóm chứng, tỷ lệ theo dõi huyết áp tốt chỉ tăng nhẹ từ 36,4% lên 39,7% nhưng ở nhóm can thiệp đã tăng được từ 33,1% lên 43%. Tính chung tỷ lệ có theo dõi huyết áp thường xuyên thì sau thời gian 5 tháng, tỷ lệ theo dõi huyết áp thường xuyên trong nhóm bệnh nhân được thụ hưởng can thiệp đã tăng thêm 37,4% (từ 51% lên 87,4%) trong khi ở nhóm chứng chỉ tăng được 7,3%. Và như vậy gián tiếp việc tăng tỷ lệ tự theo dõi huyết áp thường xuyên cũng sẽ có ích trong việc cải thiện

hiệu quả điều trị tăng huyết áp mà các tác giả đã khẳng định thông qua các phân tích gộp [116, 118].

4.6.3. Kết quả trong tăng cường tỷ lệ dùng thuốc hạ huyết áp

Từ nhóm giải pháp nhắc nhau theo nhóm và tư vấn của bác sỹ với bệnh nhân về nguyên tắc sử dụng thuốc hạ huyết áp, sau can thiệp, tỷ lệ dùng thuốc hạ huyết áp của bệnh nhân nhóm can thiệp đã tăng từ 48,3% lên 77,5% trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ giảm nhẹ từ 51,7% xuống còn 46,4%. Tức là tăng tuyệt đối thêm 29,2% và tính toán hệ số hiệu quả can thiệp thì tăng lên 70,7% tỷ lệ dùng thuốc.

So sánh với kết quả trong nghiên cứu tổng quan dựa trên 38 nghiên cứu can thiệp với tổng số 15519 bệnh nhân với thời gian theo dõi từ 2-5 tháng trong giai đoạn 1975 - 2000 tại Châu Âu thì mức tăng tuyệt đối này cao hơn so với mô hình can thiệp “đơn giản hóa phác đồ điều trị” và cũng cao hơn một chút so với chiến lược tạo động lực tuân thủ đã được áp dụng trong những nghiên cứu này. Đặc biệt, giống như những nghiên cứu đã chỉ ra, đây là mức cải thiện khác biệt so với những mô hình chỉ áp dụng truyền thông đơn thuần [80].

Tỷ lệ bệnh nhân được người thân hoặc bạn bè nhắc uống thuốc đã được cải thiện trước can thiệp mặc dù tới thời điểm đánh giá sau bệnh nhân không còn được hỗ trợ để duy trì mô hình này. Từ việc có khoảng 11% bệnh nhân được người thân nhắc uống thuốc trước can thiệp, nay tăng lên 49,3% trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ này giảm xuống còn 5,3%. Kết quả cho thấy can thiệp đã giúp huy động thêm sự tham gia của người thân bệnh nhân cũng như cộng đồng chung quanh họ khích lệ người bệnh theo đuổi điều trị, đồng thời chính bản thân những người thân đó cũng sẽ ý thức tốt hơn tầm quan trọng của việc duy trì dùng thuốc lâu dài, một điểm đáng lưu ý nhất trong điều trị tăng huyết áp và dự phòng đột quy.

4.6.4. Kết quả trong cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị

Can thiệp giúp tăng 89,3% tỷ lệ tuân thủ điều trị, như vậy đây là mô hình can thiệp mang lại hiệu quả tốt trong việc cải thiện tình trạng dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp, mức độ đạt được cao hơn kỳ vọng ban đầu được đưa ra trong mục tiêu can thiệp. So sánh một cách tương đối thì kết quả này cũng cao hơn so với những cải thiện đạt được đã được công bố trong các nghiên cứu can thiệp truyền

thông cũng như áp dụng những giải pháp đơn thuần tác động đến người cung cấp dịch vụ là cán bộ y tế nhưng khác về đối tượng đích vì nghiên cứu này nhằm cải thiện tình trạng trên những người đã từng được chẩn đoán và quản lý điều trị tại tuyến huyện, việc theo dõi bệnh nhân trong phạm vi hẹp dễ dàng hơn các nghiên cứu quy mô lớn khác, người bệnh có thể được coi là bỏ trị khi thay đổi cơ sở điều trị [12, 18, 24].

Sự thay đổi trong can thiệp đạt được cao hơn so với con số 15% mà nghiên cứu can thiệp năm 2014 tại Canada áp dụng phương pháp tư vấn dùng thuốc và quản lý theo nhóm của dược sỹ trên các bệnh nhân ngoại trú [60].

Mô hình can thiệp trong nghiên cứu này đã phát triển và tích hợp cả phương pháp được S Ross và cộng sự ở Anh áp dụng năm 2004, đó là sử dụng phương pháp can thiệp bệnh nhân tự ghi nhật ký có tên là “niềm tin và thuốc” khi ấy can thiệp của ông cũng đã cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị, tuy chưa nhiều [104].

Cũng có thể hiểu được tại sao kết quả sau can thiệp lại giúp cải thiện tỷ lệ dùng thuốc và tuân thủ tốt như vậy. Tuy nhiên, khi so sánh với thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng của F Alhalaiqa và cộng sự thuộc đại học Đông Anglia, UK năm 2011 cho biết: Sau 11 tuần can thiệp, tỷ lệ tuân thủ ở nhóm can thiệp mà nhóm tác giả này tiến hành đã tăng lên 37% so với nhóm không can thiệp với cách đo lường bằng phương pháp đếm thuốc thì sự cải thiện trong nghiên cứu này cũng tương tự. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi chưa phân tích để đo lường được mức giảm huyết áp của bệnh nhân là bao nhiêu như nghiên cứu của tác giả này nên cũng là một hạn chế của nghiên cứu cần được phát triển tiếp theo [54].

Phân tích hai biến so sánh trước sau với kiểm định Khi Bình Phương đã gợi ý những thay đổi tích cực về kiến thức, thực hành tự theo dõi huyết áp của người bệnh cũng như việc dùng thuốc và tuân thủ điều trị,

Kết quả tính toán chỉ số hiệu quả can thiệp giúp khẳng định rõ hơn tác dụng của việc áp dụng Bảng phiên giải trong tự theo dõi huyết áp cho người bệnh ngoại viện vì đã giúp tăng thêm 35,3% người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên, giúp tăng 58,1% số bệnh nhân thực hành đo huyết áp thường xuyên tại nhà và tăng 137,6% tỷ lệ người bệnh ghi chép lại chỉ số huyết áp của mình khi đo được.

Kết quả này cho thấy các giải pháp can thiệp được áp dụng đã nâng cao thực hành tự theo dõi huyết áp nào dành cho bệnh nhân tăng huyết áp ngoại viện mặc dù trong thời gian can thiệp chỉ có 5 tháng, góp phần thực hiện được khuyến nghị của CDC trong việc các quốc gia cần chú trọng đến cấp độ dự phòng số I, khuyến khích sự tham gia của người bệnh vào quá trình theo dõi và quản lý bệnh tật.

So sánh với các hình thức như tự ghi vào sổ tay cá nhân, tỷ lệ người bệnh duy trì việc theo dõi huyết áp trong nghiên cứu cao hơn rất nhiều. Do vậy đây là một hình thức mới có nhiều tiềm năng trong việc cải thiện tình trạng tự theo dõi huyết áp của người bệnh tại cộng đồng.

Bên cạnh đó, tính toán chi số cho thấy rất rõ rằng can thiệp đã giúp tăng thêm gấp hơn 3 lần số bệnh nhân tăng huyết áp được nhắc uống thuốc. Kết quả này đạt được mục tiêu can thiệp khi tăng thêm được cao hơn mức 15% bệnh nhân dùng thuốc hạ áp mà mục tiêu đặt ra. Đồng thời so sánh với can thiệp không dùng thuốc khác, đây là một kết quả tốt.

Về tình trạng dùng thuốc, phân tích đơn biến và phân tích đa biến đều khẳng định kết quả thực sự của mô hình can thiệp khi giúp tăng thêm 70,8% tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp và giúp tăng thêm 89,3% tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nếu so sánh với tất cả các mục tiêu đề ra của can thiệp, gồm có việc tăng thêm 30% số bệnh nhân thực hành theo dõi huyết áp tại nhà; tăng thêm 15% tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc và tăng tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thì mô hình can thiệp đạt được mục tiêu đề ra. Đây tuy là kết quả ban đầu xong rất khả quan so với các can thiệp truyền thông đơn thuần cũng như một số mô hình can thiệp đã có ở Việt Nam. Tuy vậy, cũng có thể thấy rõ một hạn chế của nghiên cứu khiến cho việc đo lường được kết quả sau thời gian can thiệp tăng cao như vậy là do chính sự tương tác liên tục giữa nhóm nghiên cứu và người bệnh đã khiến cho tỷ lệ tăng cao mà chưa đánh giá được tính duy trì cũng như hiệu quả thực sự của mô hình can thiệp này.

Tuy nhiên, kết quả bước đầu của mô hình can thiệp cũng mở ra một hướng tiếp cận mới cần được mở rộng và tăng cường đó là trao quyền và công cụ cần thiết

để khuyến khích người bệnh cùng tham gia vào quá trình theo dõi, đánh giá và phản hồi việc điều trị những bệnh mạn tính nói chung sẽ giúp giải quyết nhiều vấn đề nổi cộm hiện nay và trong tương lai khi hệ thống y tế Việt Nam ngày càng phải đối mặt với gánh nặng tăng lên nhanh chóng của các vấn đề bệnh không truyền nhiễm và sức khỏe do già hóa dân số với tốc độ nhanh. Giúp tăng cường hiệu quả và cung cấp một phương thức tự truyền thông trong cộng đồng, tăng cường hiểu biết và quan tâm của người dân đến vấn đề bệnh tật và có thể từ đó còn cải thiện tình trạng chẩn đoán chủ động và chẩn đoán sớm tăng huyết áp hiện nay đang còn rất hạn chế.

Với hình thức đơn giản, dễ áp dụng tại cộng đồng, các gói can thiệp cũng đã góp phần tăng cường hiệu quả tham gia của người bệnh vào việc tự quản lý bệnh tật, một hoạt động được CDC và WHO khuyến nghị xong trên thực tế chưa được thực hiện tốt, đồng thời giảm tính trì trệ trong lâm sàng đối với thầy thuốc khi điều trị bệnh nhân mạn tính.

4.6.5 Điểm mạnh và những hạn chế của nghiên cứu

Điểm mới của nghiên cứu:

Với mô hình can thiệp áp dụng nhiều nhóm giải pháp nhằm tác động vào việc tăng cường tỷ lệ tự theo dõi huyết áp, duy trì dùng thuốc và nâng cao tuân thủ điều trị nên việc tổ chức khá phức tạp, cần có cấu trúc rõ ràng và sự phối hợp thực hiện chặt chẽ với y tế địa phương, đồng thời nhận được sự gắn bó hỗ trợ của người bệnh tại cộng đồng.

Địa bàn nghiên cứu xa Hà Nội, đi lại khó khăn xong nhờ sự gắn kết chặt chẽ và được sự giúp đỡ của Bệnh viện đa khoa huyện nên công tác tổ chức thực hiện được thông suốt, thuận lợi.

Điểm mạnh và cũng là điểm mới trong lựa chọn mô hình can thiệp là nghiên cứu sinh đã thực hiện đánh giá ban đầu dựa trên bộ công cụ đo lường đã được chuẩn hóa và quen dùng cho chuyên khoa tim mạch tại Việt Nam, có giá trị giúp đánh giá sát thực trạng tuân thủ điều trị trước can thiệp. Việc đánh giá chỉ số thực hành tự theo dõi huyết áp tuy là một chỉ số mới xong nghiên cứu sinh đã đo lường dựa trên sự kết hợp của 2 công cụ vừa phỏng vấn, vừa quan sát theo bảng kiểm nhằm tăng tính tin cậy của thông tin thu được. Thang bậc đánh giá thực hành đo huyết áp đúng

cách dựa theo tiêu chuẩn của Phân hội tăng huyết áp Việt Nam, được cụ thể hóa thành 5 tiêu chí trên bảng kiểm nên cho phép đo lường được kỹ năng tốt hơn việc chỉ thông qua phỏng vấn.

Điểm mới nổi bật trong mô hình can thiệp là việc tìm ra khoảng trống và quyết định lựa chọn xây dựng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh – một công cụ mới, chưa được xây dựng và cần tính đồng thuận cao nên đã dẫn đến việc phải bổ sung cấu phần nghiên cứu xây dựng bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp bằng phương pháp Delphi và sau đó là đánh giá sự chấp nhận của người bệnh trước khi đưa vào can thiệp. Việc áp dụng một nghiên cứu thành phần với phương pháp chưa được sử dụng nhiều đã giúp nghiên cứu sinh có cơ hội học tập thêm và thể hiện tính nghiêm túc trong quá trình thực hiện nghiên cứu của khóa học.

Như vậy, bằng việc xác định và đặt ra những nghiên cứu đồng thời tìm kiếm các phương thức trả lời tối ưu, nghiên cứu sinh đã thiết kế và hoàn thành việc thực hiện một nghiên cứu can thiệp nhiều giai đoạn với các phương pháp đan xen, tại địa bàn còn nhiều điều kiện khó khăn trong thời gian dài. Quá trình này đã giúp nghiên cứu sinh tích lũy kinh nghiệm nghiên cứu, học tập không ngừng và kỹ năng triển khai cộng đồng vô cùng quý giá và hữu ích.

Hạn chế của nghiên cứu

Hạn chế quan trọng nhất của nghiên cứu chính là khiếm khuyết trong chọn mẫu, bao gồm:

- Khiếm khuyết trong độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: Để đáp ứng được cỡ mẫu đã định nên nghiên cứu đã chọn toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện về chẩn đoán mà chỉ loại những đối tượng già yếu hoặc thay đổi địa điểm ở trong thời gian can thiệp. Chính vì vậy, dựa trên kết quả khám sàng lọc đã có sẵn tại tuyến huyện nên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu rơi vào độ tuổi từ 51-80, do vậy khó so sánh với các nghiên cứu khác vì đối tượng nghiên cứu bao gồm cả trung niên và người cao tuổi.
- Khiếm khuyết chọn thứ 2 chính là chọn xã chứng, trong đó nghiên cứu sinh đã phải lấy 1 xã vùng Nam Tiền Hải, cùng huyện với các xã can thiệp. Tuy đã khắc

phục bằng cách loại bỏ xã đã thực hiện đánh giá sự chấp nhận, chọn xã có khoảng cách so với các xã đã thử nghiệm và can thiệp nhưng đây cũng là một hạn chế khiến kết quả nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng do đối tượng chứng nghe và biết được các thông tin, công cụ can thiệp.

Hạn chế thứ 2 còn do thời gian can thiệp ngắn, do vậy kết quả thu được sau can thiệp có thể là tạm thời và chưa khẳng định được tính bền vững của các giải pháp cũng như hiệu quả của nó. Nghiên cứu sinh khắc phục bằng cách tìm kiếm nguồn lực để thực hiện thêm các nghiên cứu với thời gian dài hơn và thiết kế chặt chẽ hơn.

Chương 5

KẾT LUẬN

Trước can thiệp, năm 2015, thực trạng tự theo dõi huyết áp tại nhà và tuân thủ điều trị thuốc của người tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên tại một số xã thuộc tỉnh Thái Bình và Hưng Yên có nhiều hạn chế, cụ thể là:

- Có 63,6% bệnh nhân cho rằng cần theo dõi huyết áp thường xuyên. Trong đó, quan niệm của người tăng huyết áp về việc tự theo dõi huyết áp có nhiều sự phân hóa, một số bệnh nhân thì đã biết và cho rằng tự đo huyết áp là cần thiết và có thể tự bệnh nhân làm tốt song phần lớn bệnh nhân cho rằng việc tự theo dõi huyết áp là của cán bộ y tế.
- Có 53% bệnh nhân được theo dõi huyết áp tại nhà trong khi 47,0% trong số bệnh nhân tham gia nghiên cứu không theo dõi.
- Phân tích hồi quy logistic cho thấy bệnh nhân nam có xu hướng tự theo dõi huyết áp tốt hơn nữ, nhóm dưới 70 tuổi theo dõi tốt hơn nhóm già. Đặc biệt việc có máy đo tại nhà và biết tự đo ảnh hưởng nhiều đến tình trạng tự theo dõi huyết áp của người bệnh trong khi việc sống cùng vợ chồng, có kiến thức về theo dõi huyết áp tốt hay không không liên quan đến thực hành tự theo dõi huyết áp một cách có ý nghĩa.

Mô hình can thiệp đã được xây dựng và áp dụng trên 151 bệnh nhân tăng huyết áp đang sống tại một số xã huyện Tiền Hải với 3 nhóm giải pháp can thiệp chính nhằm tăng cường thực hành tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người bệnh. Can thiệp đã được thực hiện đối với trên 90% số bệnh nhân trong nhóm can thiệp đảm bảo các nội dung dự kiến. Trong thời gian can thiệp 5 tháng, không ghi nhận trường hợp biến động đối tượng nghiên cứu nào, không có trường hợp bệnh nhân tử vong hoặc thay đổi nơi cư trú. Kết quả đánh giá mô hình can thiệp như sau:

- Về kiến thức, can thiệp đã giúp làm tăng thêm 26,4% người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.
- Can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân có kỹ năng tự đo huyết áp đúng cách thêm 17,6%. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

- Về thực hành, can thiệp đã giúp tăng 36,4% số bệnh nhân tự đo huyết áp thường xuyên tại nhà và tăng 59,9% tỷ lệ người bệnh ghi chép lại chỉ số huyết áp của mình khi đo được. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.
- Đặc biệt, về cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị, can thiệp đã giúp tăng thêm 29,2% tỷ lệ bệnh nhân điều trị thuốc hạ huyết áp và giúp tăng thêm 22,6% tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nếu so sánh với tất cả các mục tiêu đề ra của can thiệp, gồm có việc tăng thêm 30% số bệnh nhân thực hành theo dõi huyết áp tại nhà; tăng thêm 15% tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc và tăng tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thì mô hình can thiệp đạt được mục tiêu đề ra.
- Mô hình hồi quy logistic cho phép kết luận can thiệp đã giúp tăng tỷ lệ người bệnh biết cần theo dõi huyết áp thường xuyên tại nhà nhưng chưa thực sự làm tăng một cách có ý nghĩa thống kê người bệnh biết tự đo huyết áp đúng cách. Bên cạnh đó, cũng có thể thấy can thiệp đã giúp cải thiện rõ rệt thực hành tự theo dõi huyết áp tại nhà, ghi lại chỉ số huyết áp một cách có ý nghĩa thống kê. Về thực hành dùng thuốc và tuân thủ điều trị, việc dùng thuốc và tuân thủ điều trị cũng cải thiện rõ rệt nhờ mô hình can thiệp.

Chương 6

KHUYẾN NGHỊ

Cần có thêm những nghiên cứu về các mô hình khuyến khích người bệnh tự theo dõi diễn biến và kết quả điều trị tại nhà, tăng sự kết nối với thầy thuốc thông qua những công cụ hỗ trợ đơn giản, phù hợp với văn hóa Việt Nam.

Mô hình can thiệp cho thấy hoạt động tư vấn của Bác sỹ điều trị cho bệnh nhân về việc dùng thuốc, tránh tác dụng phụ là rất quan trọng và thiết thực, cần được đưa vào quy trình quản lý và điều trị bệnh nhân ngoại trú để thực hiện và giám sát thực hiện tại các cơ sở y tế cũng như đưa vào trong danh mục chi trả theo bảo hiểm y tế, nhất là đối với các bệnh không lây nhiễm.

Cần tăng cường các hình thức huy động sự tham gia của gia đình và cộng đồng trong việc nhắc nhở, động viên và tạo môi trường thuận lợi để người bệnh gắn bó với phác đồ điều trị.

Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp là một sản phẩm mới của nghiên cứu nên cần được đăng ký bản quyền nhằm đảm bảo không bị sao chép và làm sai lệch các khoảng phiên giải. Đồng thời phát triển những phiên bản phù hợp cho nhiều nhóm bệnh nhân đặc thù có phân tầng nguy cơ tim mạch khác nhau, phổ biến trong chương trình cấp quốc gia để trở thành một sản phẩm phổ cập rộng rãi tại cộng đồng.

Khuyến nghị đối với các nhà nghiên cứu: mở ra một hướng nghiên cứu trong việc phát triển các công cụ hỗ trợ bệnh nhân tự theo dõi các bệnh không lây nhiễm cần điều trị lâu dài tại cộng đồng. Đồng thời sử dụng như một công cụ hỗ trợ thu thập số liệu tự khai báo một cách trung thực. Các cơ sở y tế có thể sử dụng Bảng phiên giải nhằm tăng tính gắn kết giữa thầy thuốc – bệnh nhân và theo dõi người bệnh trong thời gian ngoại viện, nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Lê Thị Kim Ánh, Nguyễn Hoàng Giang và Nguyễn Tuấn Hưng (2011), "Can thiệp giảm mức độ sử dụng rượu bia ở nam giới tại xã Lê Lợi, Huyện Chí Linh Tỉnh Hải Dương 2009-2011 - Kết quả ban đầu", *Y học thực hành* 764(5), tr. 116-119.
2. Lê Vũ Anh và các cộng sự. (2010), "Đánh giá sức khỏe và sự tham gia của người cao tuổi trong phát triển cộng đồng tại 3 xã của huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình năm 2010", *Y tế công cộng*, 34.
3. Phan Thị Thu Anh, chủ biên (2014), *Sinh lý bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 151.
4. Vũ Mai Anh, Trịnh Thị Sang và Nguyễn Ngọc Anh (2011), *Kiến thức và thực hành phòng chống tăng huyết áp của người dân 7 xã huyện Tiên Du Tỉnh Bắc Ninh*, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.
5. Trần Hữu Bích, chủ biên (2004), *Giới thiệu chọn mẫu trong điều tra*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2011), *Báo cáo tổng quan chung ngành y tế 2011*, Báo cáo tổng quan chung ngành y tế, Việt Nam.
7. Bộ Y tế (2014), *Báo cáo tổng quan chung ngành y tế 2014*, Bộ Y tế, chủ biên, Báo cáo tổng quan chung ngành y tế, Việt Nam.
8. Nguyễn Minh Đức** Bùi Thị Mai Trinh*, Nguyễn Đỗ Nguyên*** (2012), "Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16 (4).
9. Vũ Văn Đính, chủ biên (2009), *Cẩm nang cấp cứu*, Nhà xuất bản y học, Việt Nam.
10. Nguyễn Tá Đông (2014), "Tỷ lệ tử vong chung và các biến cố tim mạch trong 03 năm ở bệnh nhân tăng huyết áp - Kiểm soát huyết áp qua thực hành điều trị ngoại trú ", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 66, tr. 291-300.

11. Viện Tim Mạch Quốc Gia Ăn mặn - yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp và các bệnh lý tim mạch, chủ biên, Chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc Gia.
12. Phạm Ngân Giang và các cộng sự. (2010), "Can thiệp kiểm soát tăng huyết áp ở cộng đồng nông thôn", *Tạp chí Y học thực hành*, 55, tr. 55-58.
13. Bùi Thị Hà (2010), *Nghiên cứu thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân THA tại Hải Phòng*.
14. Trần Thị Mỹ Hạnh (2015), "Xây dựng biểu đồ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh và đánh giá hiệu quả ban đầu trong tăng cường theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị", *Tạp chí Y học dự phòng*, 15(5), tr. 165.
15. Trịnh Thị Thu Hoài (2013), *Đánh giá kết quả sau 1 năm triển khai hoạt động Chương trình phòng chống tăng huyết áp tại Tỉnh Yên Bái*, Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên.
16. Lưu Ngọc Hoạt (2009), *Một số sai sót thường gặp trong nghiên cứu y học*.
17. Lê Thị Hợp (2012), *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
18. Nguyễn Thị Xuân Hương (2000), *Đánh giá kết quả quản lý bệnh Tăng huyết áp ngoại trú ngành bưu điện*, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Hà Nội.
19. Vũ Đức Huy (2012), *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não ở người tăng huyết áp, đề xuất mô hình theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp ở Hà Nam*, truy cập ngày 14/4/2013-2013, tại trang web <http://khoa hoccongnghehanam.gov.vn/news/Tinchitiet/tabid/73/id/514/Default.aspx>.
20. Phạm Gia Khải, Đỗ Doãn Lợi và Nguyễn Ngọc Quang (2010), "Chuyên đề dành cho người bệnh: Tăng huyết áp - “kẻ giết người thầm lặng”", *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, 52, tr. 81.
21. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt và Phạm Thái Sơn (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam năm 2001 – 2002", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 33, tr. 9-15.

22. Hoàng Mộc Lan (2016), *Đời sống tinh thần của người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay*, Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn.
23. Nguyễn Ngọc Long (2014), *Lý thuyết quản trị*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.quantri.vn/dict/details/8601-qua-trinh-chap-nhan-cua-nguoi-tieu-dung>.
24. Trần Văn Long (2015), *Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 -2012*, Research, Y tế công cộng Trường Đại học Y tế công cộng, Hanoi.
25. Đỗ Công Tâm Lý Huy Khanh (2009), "Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trung Vương".
26. Huỳnh Văn Minh và Nguyễn ANh Vũ (2014), *Giáo trình sau đại học Nội Tim mạch*, Nhà xuất bản Đại học Huế, Đại học Y dược Huế.
27. Nguyễn Đức Minh (2012), "Tình hình sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở miền núi và nông thôn Việt Nam trong tầm nhìn so sánh ", *Hội nghị Khoa học toàn quốc Hội Y Tế Công Cộng Việt Nam 2012*, Hà Nội, tr. 60-63.
28. Hội tim mạch Việt Nam (2010), Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp - Sử dụng máy đo huyết áp tại cộng đồng, chủ biên.
29. Phân Hội tăng huyết áp Việt Nam (2015), *Phân Hội Tăng huyết áp Việt Nam*, Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam, Vietnam, truy cập ngày 29/10/2015, tại trang web <http://tanghuyetap.vn/tai-lieu/cac-phuong-phap-do-huyet-ap>.
30. Viện Tim mạch Việt Nam (2009), "Phòng chống bệnh tăng huyết áp – Giảm gánh nặng bệnh tật", *Hội nghị triển khai dự án phòng chống tăng huyết áp thuộc chương trình phòng chống tăng huyết áp Quốc Gia*, Viện Tim mạch Việt Nam, Hà Nội.
31. Phan Long Nhơn (2013), *Nghiên cứu phân tầng nguy cơ tim mạch của 400 bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại đại bàn Bắc Bình Định*, Phân Hội tăng huyết áp Việt Nam, truy cập ngày, tại trang web

<http://tanghuyetap.vn/tai-lieu/ngghien-cuu-phan-tang-nguy-co-tim-mach-cua-400-benh-nhan-tang-huyet-ap-duoc-quan-ly-tai-dia>.

32. Vũ Xuân Phú (2011), "Thực trạng kiến thức về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường, thành phố Hà Nội 2011", *YHTH*.
33. Vũ Xuân Phú (2012), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân 25-60 tuổi tại 4 phường thành phố Hà Nội, năm 2011.", *Y học thực hành*, 7.
34. Vũ Xuân Phú và các cộng sự. (2012), "Thực trạng kiến thức về bệnh tăng huyết áp và tuân thủ điều trị của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường, thành phố Hà Nội 2011", *Tạp Chí Y học thực hành*, 817(4), tr. 10-15.
35. Bùi Tú Quyên (2011), "Nguyên nhân tử vong tại Chililab 2008", *Hội thảo Chililap* Trường Đại học Y tế công cộng, Chí Linh Hải Dương.
36. Nguyễn Thành Sang (2010), *Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp người cao tuổi tại huyện Chợ Gạo tỉnh Tiền Giang*, Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa Gia đình Sở y tế Tỉnh Tiền Giang.
37. Lubos Sobotka, Lưu Tâm Nga và các cộng sự, chủ biên (2004), *Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, ed. 3, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
38. Đỗ Công Tâm và Lý Huy Khanh (2009), "Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám cấp cứu bệnh viện Trung Vương", *Chuyên đề tim mạch học - Hội tim mạch Thành phố Hồ Chí Minh*.
39. Nguyễn Văn Tân (2013), *Già hóa dân số ở Việt Nam, Hội thảo chia sẻ kinh nghiệm quốc tế về già hóa dân số*, chủ biên, Tổng cục Dân số và Kế hoạch hóa gia đình, Hà Nội.
40. Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm hơn (2010), *Chương trình mục tiêu Quốc gia về phòng chống tăng huyết áp*, chủ biên, Nguyễn Lâm Việt Viện Tim mạch Việt Nam, tr. 4.
41. Đinh Văn Thành (2015), *Thực trạng và hiệu quả mô hình quản lý tăng huyết áp tại tuyến cơ sở, tỉnh Bắc Giang*, Luận văn Tiến sỹ Trường Đại học Thái Nguyên, Trường Đại học Y dược.

42. Đồng Văn Thành (2011), *Nghiên cứu quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai* Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
43. Đồng Văn Thành (2012), *Báo cáo Tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh Tăng huyết áp, Hội nghị tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh Tăng huyết áp, chủ biên, Bệnh viện Bạch Mai - Hà Nội, Hội nghị tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý theo dõi và điều trị có kiểm soát tăng huyết áp - bệnh viện Bạch mai, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội*
44. Nguyễn Văn Thành (2013), *Xây dựng mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh Tăng huyết áp phù hợp với điều kiện ở Việt Nam*, Viện Tim mạch Quốc Gia Việt Nam.
45. Nguyễn Thanh Thúy (2012), trong Nguyễn Thanh Thúy và Phan Thị Thu An, chủ biên, *Sinh lý bệnh Miễn dịch*, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
46. Nguyễn Quang Tuấn (2012), *Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
47. Nguyễn Lâm Việt (2007), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng*, Bộ Y tế, Trường đại học Y Hà Nội, Viện Tim mạch Việt Nam
48. Ủy ban nhân dân tỉnh Hưng Yên (2016), *Cổng thông tin điện tử tỉnh Hưng Yên*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.hungyen.gov.vn/Pages/default.aspx>.

Tiếng Anh:

49. MD CCFP et al Nandini Natarajan (2013), "Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension".
50. Ezulier AG. và Husain AA. (2000), "Drug compliance among hypertention patients in Kassala, Eastern Sudan", *East Mediterr Health* 6(1), tr. 100-105.

51. Duc Anh Ha et al (2013), "Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of High Blood Pressure: A Population-Based Survey in Thai Nguyen, Vietnam", *NCBI*, 8(6).
52. Mozaffarian D et al (2015), *National Health and Nutrition Examination Survey: 2007–2012. Prevalence of high blood pressure in adults ≥ 20 years of age by age and sex*, American Heart Association.
53. Nguyen Quoc Anh et al (2005), *Study on some characteristics of the elderly and evaluate health care model applied to Elderly*, Scientific researches of health ministry Institute of Sociology.
54. Alhalaiqa và các cộng sự. (2012), "Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomized controlled trial", *Journal of Human Hypertension*, 26(2), tr. 117-126.
55. Jeroan J. Allison và các cộng sự. (2016), "Culturally adaptive storytelling method to improve hypertension control in Vietnam - "We talk about our hypertension": study protocol for a feasibility cluster-randomized controlled trial", *Trials*, 17, tr. 9.
56. National Heart Foundation of Australia (2011), "Module 5: Interventions to improve your patients' adherence".
57. Vincenzo Bellizzi và Simona Laurino (2011), "Low salt diet: How to effectively reduce the sodium intake?", *Division of Nephrology, Dialysis & Transplantation*, tr. 1-8.
58. Fletcher BR. và các cộng sự. (2016), "Self - monitoring blood in hypertension, patient and provider perspectives: A systematic review and thematic synthesis", *Patient Educ Couns*, 99(2), tr. 210-219.
59. Michael J. Burla và các cộng sự. (2014), "Blood pressure control and perceived health status in African Americans with subclinical hypertensive heart disease", *Journal of the American Society of Hypertension* 8(5), tr. 321-329.

60. Ontario Pharmacists Association and Green Shield Canada (2014), "Impact of Community Pharmacist Interventions in Hypertension Management on Patient Outcomes: A Randomized Controlled Trial ".
61. CDC (2013), Medication Adherence Primary care educators may use the following slides for their own teaching purposes, *CDC's Noon Conference March 27, 2013*, CDC, chủ biên.
62. The Ohio State University & Brian A. Sandford Chia-Chien Hsu, Oklahoma State University (August 2007), "The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus ", *Practical Assessment Research Evaluation* Volume 12, Number 10(1531-7714).
63. Cleveland Clinic Medicine Institute Independence (2008), *Best Practices in Hypertension - The Hypertension Improvement Project*, Cleveland Clinic Medicine Institute Independence, OH, US.
64. PharmD Daniel R. Touchette, MA, and Nancy L. Shapiro, PharmD, BCPS (2008), "Medication Compliance, Adherence, and Persistence: Current Status of Behavioral and Educational Interventions to Improve Outcomes".
65. Education and Culture DG (2011), *Final report of Delphi study E3M Project - European indicators and ranking methodology for university third mission*, Project No: 143352-LLP-1-2008-1-ES-KA1-KA1SCR, chủ biên, EU.
66. Dickinson và các cộng sự. (2006), "Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials", *Journal of Hypertension*, 24(3), tr. 215-233.
67. Florian Eichmann, Peter Potthoff và et al (2010), "Burden of Hypertension in Selected EU Countries 2010 -2025", *Kantar Health*.
68. Juan J Gascón và các cộng sự. (2004), "Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study", *Oxford Journals*, 21(2), tr. 125-130.
69. Cathleen D. Gillespie và Kimberly A. Hurvitz (2013), *Prevalence of Hypertension and Controlled Hypertension — United States, 2007–2010*, 22, CDC, US.

70. Glynn LG1 và các cộng sự. (2010), "Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review.", *Pubmed*, 60(581), tr. 476-88.
71. World Health Organization International Society of Hypertention Writing Group (2003), "2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertention (ISH) statement and management of hypertention", *Journal of hypertention* 21(11), tr. 1983-1992.
72. Duc Anh Ha và các cộng sự. (2013), "Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of High Blood Pressure: A Population-Based Survey in Thai Nguyen, Vietnam", *Plos one*, 8(6), tr. 66792.
73. Johanna M et al Ha T.P.Do (2014), "National Prevalence and Associated Risk Factors of Hypertension and Prehypertension Among Vietnamese Adults", *American Journal of Hypertention*.
74. Million Hearts và CDC (2011), Self - Measured Blood Pressure monitoring, Allison Goldstein, chủ biên, CDC, US.
75. Manal Ibrahim và Hanafi Mahmoud (2012), "Compliance with treatment of patients with hypertension in Almadinah Almunawwarah: A community-based study", *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 7(2), tr. 92-98.
76. Nayu Ikeda và các cộng sự. (2010), *Control of hypetension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries*, World Health Organization, PMC.
77. Krzesinski J. và Leeman M. (2011), "Practical issues in medication compliance in hypertensive patients", *Human Health Sciences*, 2 tr. 63-70.
78. Hoa L. Nguyen Jeroan J. Allison, Duc A. Ha, German Chiriboga, Ha N. Ly, Hanh T. Tran, Robert J. Goldberg et al, (2016), "Culturally adaptive storytelling method to improve hypertension control in Vietnam - " We talk about our hypertension": study protocol for a feasibility clusster - randomized controlled trial. ", *NCBI*, 17: 26.

79. Uhlig K1. và các cộng sự. (2013), "Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis", *Annals of Internal Medicine*, 159(3), tr. 185-194.
80. Wolf-Maier K và các cộng sự. (2003), "Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States", *Hypertension*, 43(1), tr. 10-17.
81. Patricia M Kearney và các cộng sự. (2005), "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data", *Lancet* 365(9455), tr. 217-223.
82. Spyros Kitsiou, Guy Paré và Mirou Jaana (2015), "Effects of Home Telemonitoring Interventions on Patients With Chronic Heart Failure: An Overview of Systematic Reviews", *Journal of Medical Internet Research*, 17(3).
83. Giang Thanh Long (2011), "Già hóa dân số ở Việt nam".
84. Jean-Pierre Fina Lubaki và các cộng sự. (2009), "Reasons for non-compliance among patients with hypertension at Vanga Hospital, Bandundu Province, Democratic Republic of Congo: A qualitative study", *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 1(1), tr. 1-5.
85. Pereira M. và các cộng sự. (2009), "Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries", *Hypertension Journal*, 27(5), tr. 963-975.
86. Peto R MacMahon S1, Cutler J, Collins R et al (1990), "Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias.", *Lancet*, 335(8692):765-74.
87. Stephen Mac Mahon (1987), "Alcohol Consumption and Hypertension", *American Heart Association*, 9, tr. 111-121.
88. Malaysian Society of Hypertension, Ministry of Health Malaysia và Academy of Medicine of Malaysia (2013), "CLINICAL PRACTICE GUIDELINES - Management of Hypertension", *Academy of Medicine of Malaysia*(4).

89. Márquez - Contreras E và các cộng sự. (2006), "Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study.", *Journal of hypertension*, 24, tr. 169-175.
90. Terry McCormack và các cộng sự. (2013), "Optimising hypertension treatment: NICE/BHS guideline implementation and audit for best practice", *The British journal of Cardiology*, 20(1), tr. 1-16.
91. Julian de Meyrick (2003), "The Delphi method and health research", *Health Education*, 103(1), tr. 7-16.
92. Morisky DE, Green LW. và Levine DM. (1986), "Concurrent and predictive validity of a self - reported measure of medication adherence", *Med Care*, 24(1), tr. 67-74.
93. H.A.W. van Onzenoort (2010), "Effect of self - measurement of blood pressure on adherence to treatment in patients with mild- to - moderate hypertension", *Journal of Hypertention*, 28(3), tr. 622-7.
94. World Health Organization (2002), "Active Ageing: A Policy Framework", *The Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002*, Madrid, Spain, tr. 59.
95. World Health Organization (2013), *A global brief on Hypertension*, truy cập ngày, tại trang web http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
96. World Health Organization và International Society of Hypertention Writing Group (2003), "2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertention (ISH) statement and management of hypertension", *Journal of hypertension* 21.
97. Pauline E Osamor và Bernard E Owumi (2011), "Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria", *J Health Popul Nutr*, 29(6), tr. 619-628.
98. Rapin Polsook và các cộng sự. (2010), "Validity and Reliability of Thai Version of Questionnaire Measuring Self-efficacy for Appropriate

- Medication Use Scale among Thai with post-myocardial infarction", *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 36(4), tr. 411-417.
99. Wilson PW1 và các cộng sự. (2002), "Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience.", *Pubmed*, 162(16), tr. 1867-72.
 100. J Sun Q Wei, J Huang et al (2014), "Prevalence of hypertetion and associated risk factors in Dehui city of Jilin Province in China", *Journal of Human Hypertension* 29, tr. 64-68.
 101. Anchala R1 và các cộng sự. (2014), "Hypertension in India: a systematic review and meta-analysis of prevalence, awareness, and control of hypertension.", *Hypertension Journal*, 32(6), tr. 1170-1177.
 102. Maheswaran R., Beevers M. và Beevers DG. (1992), "Effectiveness of advice to reduce alcohol consumption in hypertensive patients", *Hypertension*, 19(1), tr. 79-84.
 103. S Ross, A Walker và M J MacLeod (2004), "Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs", *Journal of Human Hypertension*, 18, tr. 607-613.
 104. S Ross¹, A Walker² and và M J MacLeod¹ (2004), "Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs", *Journal of Human Hypertension*, 18, tr. 607-613.
 105. Lewington S. và các cộng sự. (2003), "Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies", *Lancet*, 361(9362), tr. 1060.
 106. Maria B. Afridi Saman K. Hashmi , Kanza Abbas , Mohammad Ishaq , Aisha Ambreen et al, (2007), "Factors Associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan", *Plos*.
 107. Fahey T Schroeder K, Ebrahim S (2008), "Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings (Review)", *John Wiley & Sons, Ltd.*, 4.

108. Lavsa SM., Holzworth A. và Ansani NT. (2011), "Selection of a validated scale for measuring medication adherence", *Journal American Pharmacist Association*, 51(1), tr. 90-94.
109. P.T. Son và các cộng sự. (2011), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam - results from a national survey", *Journal of Human Hypertension*, 26, tr. 268 -280.
110. Phạm Thái Sơn (2012), *Hypertension in Vietnam from community - based studies to a national target programme*.
111. Phạm Thái Sơn và các cộng sự. (2012), *Hypertension - Related Knowledge and Health - Care Seeking behaviour based on a national survey of Vietnamese adults*, Bệnh viện Bạch Mai.
112. Stanley S Franklin và Nathan D. Wong (2013), "Hypertension and Cardiovascular Disease: Contributions of the Framingham Heart Study", *Global Heart*, 8(1), tr. 49-57.
113. Pasquale Strazzullo và các cộng sự. (2009), "Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies", *BMJ*, 339.
114. MD Taiye Odedosu (2012), "Overcoming barriers to hypertension control in African Americans ", *Cleveland Clinic Journal of Medicine* January 2012 vol. , tr. 79 1 46-56.
115. Treatment of Hypertension: JNC 8 and More (2014), chủ biên.
116. Triantafyllou và các cộng sự. (2010), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in an elderly population in Greece", *Rural Remote Health*, 10 (2), tr. 1225.
117. MD General Practitioner W. A. van VEEN, University of Amsterdam, Netherlands (1980), *Treatment adherence in hypertension: problems and research*, truy cập ngày-2014, tại trang web <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2573765/pdf/rcgpoccpaper00052-0030.pdf>.

118. Thomas J Wang và Ramachandran S. Vasan (2005), "Epidemiology of Uncontrolled Hypertension in the United States", *American Heart Association*, 112(11), tr. 1651 - 1662.
119. Xue Xin và các cộng sự. (2001), *Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*.
120. Gao Y. và các cộng sự. (2013), "Prevalence of hypertension in china: a cross-sectional study", *PLoS One*, 8(6).
121. Adam Whaley Connel et al (2005), "Risk stratification and treatment options for patients with hypertention with metabolic syndrome and prediabetes ", *Advance studies in Medicine*, tr. 1011 -
122. Bryan William và Neil R Poulter (2004), "British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV)", *PMC*, 328 (7440), tr. 634 -640.
123. Geleijnse JM Do HT (2015), "National prevalence and associated risk factors of hypertension and prehypertension among Vietnamese adults.", *PubMed*, 28 (1), tr. 89 - 97.
124. World - Health - Organization (2009), Global Health Risks Summary Tables, chủ biên, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

PHỤ LỤC 1

PHƯƠNG PHÁP XÂY DỰNG GIẢI PHÁP BẢNG PHIÊN GIẢI VÀ HỖ TRỢ TỰ THEO DÕI HUYẾT ÁP

Quá trình xây dựng giải pháp can thiệp mới này gồm có 2 cấu phần: xây dựng bảng phiên giải bằng phương pháp Delphi và cấu phần 2 là đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng

A. CẤU PHẦN XÂY DỰNG BẢNG PHIÊN GIẢI VÀ HỖ TRỢ TỰ THEO DÕI HUYẾT ÁP BẰNG PHƯƠNG PHÁP DELPHI

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp xin ý kiến chuyên gia (phương pháp Delphi) được thực hiện với 3 vòng kết hợp với đánh giá nhanh trên người bệnh tại cộng đồng.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Chọn chuyên gia xin ý kiến qua các vòng Delphi

Nhóm chuyên gia là các bác sỹ có liên quan đến khám, điều trị và tư vấn bệnh tăng huyết áp.

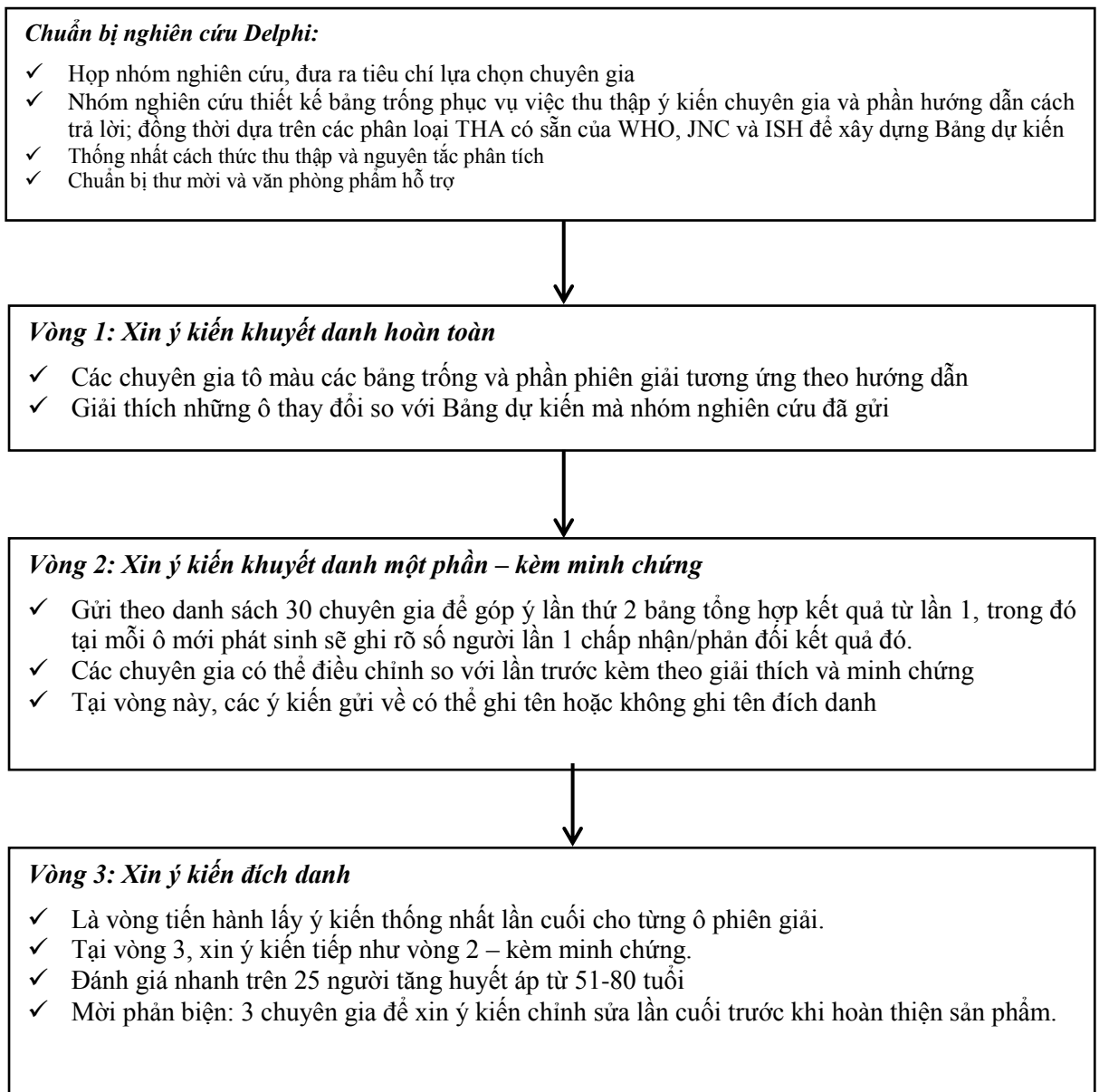
Tiêu chí lựa chọn như sau:

- Là bác sỹ đang công tác tại các khoa: tim mạch, hồi sức cấp cứu hoặc nội khoa.
- Có kinh nghiệm điều trị tăng huyết áp và các bệnh tim mạch từ 10 năm trở lên.
- Đang công tác tại bệnh viện từ tuyến tỉnh đến tuyến trung ương như Bệnh viện Tim Hà Nội, Viện Lão Khoa Trung ương, Bệnh viện Trung ương Huế và Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện tuyến Tỉnh thành phố.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu và dành thời gian trả lời các phiếu xin ý kiến
- Cam kết gửi về đúng hạn.

2.2. Quy trình thu thập số liệu từ vòng 1 đến vòng 3

- Gửi thư giới thiệu và mời tham gia nghiên cứu tới 45 bác sỹ trong danh sách chọn. Tổng số có 30 bác sỹ nhận lời tham gia nghiên cứu. Đây là con số chấp nhận được cho một nghiên cứu sử dụng phương pháp Delphi [62].

- Gửi Bảng thu thập thông tin lần 1 (bảng trống) và hướng dẫn trả lời: Mỗi đối tượng nghiên cứu được gửi kèm 01 bộ bút chì gồm 12 màu; phong bì và tem dán sẵn để gửi ý kiến cho 1 người điều phối. Bác sỹ tham gia nghiên cứu sẽ dùng bút màu để tô mới hoặc sửa vào các ô theo các khoảng huyết áp tương ứng mà họ thường gặp trên lâm sàng tương ứng với từng giá trị phiên giải. Điền phần ghi chú theo màu sắc của mình vào ô chú thích. Thời gian dành cho mỗi vòng là 3 tuần. Quy trình được mô phỏng theo sơ đồ sau đây:



Hình 2.2. Sơ đồ quy trình thu thập số liệu nghiên cứu Delphi

2.3. Mẫu thu thập ý kiến của chuyên gia qua các vòng

Nhóm soạn thảo Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp gồm nhóm nghiên cứu và 1 bác sỹ chuyên khoa tim mạch.

Căn cứ trên phân loại cập nhật nhất của WHO, JNC8, ISH... và vì cần biểu thị các vùng giá trị huyết áp liên quan đến 2 trị số là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) và huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) nên nhóm soạn thảo đã lựa chọn cách trình bày bảng tổng hợp đầu tiên bằng hình thức biểu đồ, trong đó trục tung biểu thị trị số huyết áp tối đa, trục hoành biểu thị huyết áp tối thiểu. Tuy nhiên khác với đồ thị thông thường, do 2 trị số này không có mối quan hệ hàm số nên đều được xác định một cách độc lập khi biểu thị từng vùng huyết áp. Từ yêu cầu đó, Bảng xin ý kiến được thiết kế như sau:

HA tối đa

HA tối thiểu

Phiên giải

Ý nghĩa									

Hướng dẫn trả lời: Bác sỹ tự điền các giá trị tại trục tung và trục hoành. Chọn và viết các tọa độ của mỗi ô tương ứng với chiều cao sẽ biểu thị huyết áp tâm thu và tọa độ chiều rộng sẽ biểu thị huyết áp tâm trương. Sau đó, viết chú thích và phiên giải ý nghĩa ở phía cuối mỗi bảng vào màu tương ứng.

HA tối đa

140									
130									
120									
...	75	80	85	90	95	100	105		

HA tối thiểu**Phần chú thích:**

Màu					...			
Ý nghĩa	Tăng huyết áp		Bình thường		...			

Hình 2.3. Mẫu thu thập số liệu vòng 1 nghiên cứu Delphi**2.4. Phân tích số liệu****2.4.1. Phân tích Vòng 1****Nguyên tắc đặt các giá trị trên trục tung và trục hoành:**

- ✓ Tính các giá trị dựa trên giá trị đề xuất của các chuyên gia. Trong nghiên cứu này chọn giá trị trung vị để đặt trên trục tung và trục hoành.
- ✓ Nếu giá trị đề xuất quá phân tán, nhóm nghiên cứu sẽ lấy theo khoảng tứ phân vị
Ví dụ: với giá trị trên trục tung đề xuất trong mức huyết áp ngưỡng tăng huyết áp gồm: 135,135, 140, 140, 145 chúng tôi sẽ lấy 1 giá trị là 140 mmHg;
Nếu có nhiều giá trị đề xuất: 135, 135, 138, 138, 138, 140, 140, 140, 145, 145, 145,150; sẽ được tính gồm: $Q1 = 135$, $Q2 = 138$, $Q3 = 140$, $Q4 = 145$ và lấy 4 giá trị này.

Nguyên tắc thêm và bớt các ô vào Bảng phiên giải:

Đây là vòng thu thập toàn bộ ý kiến khác nhau về phân loại và các khoảng phiên giải huyết áp mà chưa yêu cầu bắt buộc đối tượng tham gia nghiên cứu giải thích. Do đó, việc thêm bớt các ô được thực hiện theo nguyên tắc sau:

- ✓ Không thay đổi các khoảng cố định so với khuyến nghị của WHO, JNC7.
- ✓ Bổ sung tất cả các ô được đề nghị thêm vào Bảng phiên giải.
- ✓ Thu thập toàn bộ ý kiến định tính của phần phiên giải
- ✓ Sau vòng 1, để tập hợp đầy đủ minh chứng chuẩn bị vòng 2, nhóm nghiên cứu tổng hợp, mã hóa và ký hiệu số lượt mà bác sỹ đề xuất vào mỗi ô.
- ✓ Bổ sung những minh chứng là bài báo khoa học cập nhật vào bảng kết quả.

Nguyên tắc chỉnh sửa ý nghĩa trong phiên giải:

- ✓ Ý nghĩa trong phiên giải tại vòng 1 được xây dựng dựa trên việc mã hóa (code) các ý kiến mà các chuyên gia đưa ra.
- ✓ Nếu không có ý kiến, nhóm nghiên cứu sẽ dựa trên phân loại của WHO và JNC cập nhật nhất để lựa chọn tối đa 3 phương án phiên giải cho khoảng tương ứng để đưa vào bảng xin ý kiến Vòng 2.

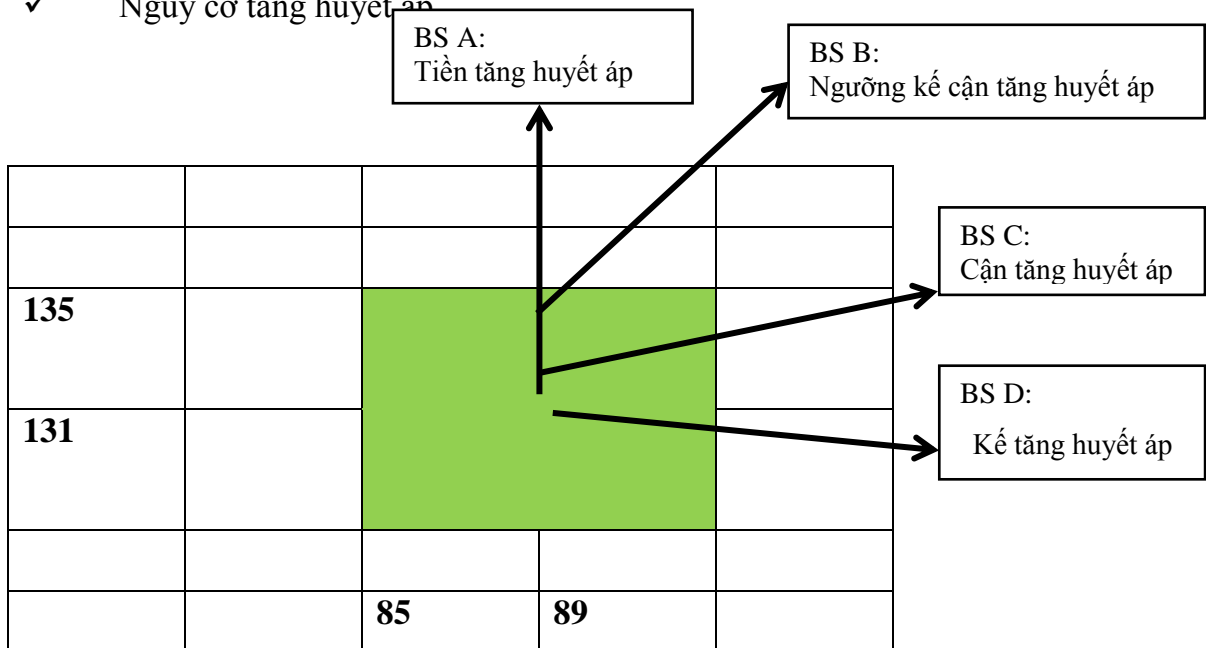
Ví dụ:

Vòng 1 có 4 ý kiến để phiên giải vùng huyết áp 131-135/85-89, gồm có:

- ✓ Tiền tăng huyết áp
- ✓ Ngưỡng kế cận tăng huyết áp
- ✓ Cận tăng huyết áp
- ✓ Kế tăng huyết áp

Nhóm nghiên cứu đã mã hóa và lựa chọn 2 phương án để xin ý kiến vòng 2, gồm:

- ✓ Tiền tăng huyết áp
- ✓ Nguy cơ tăng huyết áp



Kết quả phân tích và đưa vào vòng 2, tương ứng như sau:

135		5 ý kiến		
131				
		85	89	

PA1: Chọn
Tiền tăng huyết áp

PA2: Chọn
Nguy cơ tăng huyết áp

CHÚ THÍCH

	5 ý kiến	
	Chọn <input type="radio"/> PA 1: Tiền tăng huyết áp	
	Chọn <input type="radio"/> PA 2: Nguy cơ tăng huyết áp	

Hình 2.3. Sơ đồ phân tích vòng 1 nghiên cứu Delphi

Nguyên tắc chọn màu trong phần phiên giải:

Dựa trên nguyên tắc màu xanh là bình thường, màu vàng là cảnh báo và màu đỏ là bệnh lý, độ đậm của các dải màu tăng dần theo từng cấp độ nguy hiểm.

2.4.2. Phân tích số liệu vòng 2

Nguyên tắc thêm và bớt các ô vào Bảng phiên giải ở vòng 2:

- ✓ Thêm và bớt các ô dựa trên việc các ô được đề nghị có lý giải dựa trên bằng chứng do bác sỹ cung cấp mà không dựa trên số lượng đồng thuận.
- ✓ Việc bớt các ô dựa trên nguyên tắc ghép các phần có chung ý nghĩa phiên giải sau khi đã mã hóa.

Nguyên tắc chỉnh sửa ý nghĩa trong phần phiên giải:

Ý nghĩa trong phần phiên giải được lựa chọn dựa trên nguyên tắc chọn ý kiến được chấp nhận nhiều hơn. Nếu các giá trị phiên giải có số bác sỹ chọn bằng nhau thì sẽ bảo lưu đến Vòng 3.

2.4.3. Phân tích số liệu vòng 3

- ✓ Chỉnh sửa lần 1 dựa trên ý kiến phản biện của chuyên gia và đánh giá nhanh trên bệnh nhân.
- ✓ Chỉnh sửa lần 2 dựa trên ý kiến phản biện. Tại Vòng 3 do ý kiến đã đồng thuận nên dừng xin ý kiến.

2.4.4. Hạn chế của nghiên cứu và cách khắc phục

Nghiên cứu tồn tại một số nhược điểm do sử dụng phương pháp Delphi: Phương pháp Delphi được đánh giá là rất thích hợp trong việc áp dụng xây dựng một tài liệu, sản phẩm cần sự đồng thuận cao và phát huy được những ý tưởng mới, đặc biệt là trong các nghiên cứu sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên phương pháp này có một số nhược điểm là:

Ý kiến không tập trung, đôi khi có những ý kiến trái ngược, đánh giá ngang bằng các ý kiến của các chuyên gia mặc dù khả năng chuyên môn và kinh nghiệm của họ khác nhau. Vì thế phương pháp này được khuyến nghị rằng các nhóm nghiên cứu cần phải đưa ra được những câu hỏi rõ ràng và mang tính định hướng tốt.

Khắc phục:

- ✓ Sử dụng thiết kế nghiên cứu Delphi nhưng được tiến hành dựa trên bản thảo ban đầu được đề xuất là kết quả rà soát tài liệu để tránh chủ quan và sự hạn chế về chuyên môn của nhóm tác giả đề xuất đầu tiên,
- ✓ Sử dụng bảng xin ý kiến gồm những câu hỏi mở
- ✓ Bổ sung đánh giá nhanh trên người bệnh và phản biện tại Vòng 3 để đạt được đồng thuận và thích hợp với người bệnh.

3. Kết quả xây dựng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh

3.1. Đặc điểm của Bác sỹ - đối tượng trả lời câu hỏi trong các vòng Delphi

Bảng PL 1.1: Một số đặc điểm của bác sỹ trong nghiên cứu Delphi

Đặc điểm	Số lượng BS được mời			Số trả lời		
	Vòng 1	Vòng 2	Vòng 3	Vòng 1	Vòng 2	Vòng 3
Bệnh viện công tác	30	30	14	18	14	11
Bệnh viện, viện tim, Khoa Tim mạch BV TƯ	22	22	12	15	12	10
Khoa tim mạch BVĐK Tỉnh, TP	18	18	1	2	1	0
Khoa Nội, cấp cứu chung	5	5	1	1	1	1
Phân bố theo miền	30	30	14	18	14	11
Bắc	8	8	2	4	2	1
Trung	13	13	10	10	10	9
Nam	9	9	2	4	2	1
Số năm kinh nghiệm lâm sàng	30	30	14	18	14	11
10-15 năm	11	11	5	7	5	3
16 năm trở lên	19	19	9	11	9	8
Kèm theo minh chứng trong phiếu trả lời	30	30	14	18	14	11
Có				1	6	0
Không				17	8	0

Thành phần bác sỹ đồng ý tham gia nghiên cứu đã đạt được yêu cầu về phân bố tại cả 3 miền Bắc Trung và Nam. Số bác sỹ ở khu vực miền Trung nhận lời tham gia nhiều hơn miền Bắc và miền Nam là do việc tham gia nghiên cứu và triển khai Vòng 1 dựa trên danh sách bác sỹ tham dự Hội nghị Tăng huyết áp lần thứ I, tổ chức tại Huế.

Tương ứng với tỷ lệ mời ban đầu, số lượng bác sỹ công tác tại các chuyên khoa tim mạch nhận lời tham gia nhiều hơn bác sỹ ở khoa nội và cấp cứu nội. Bên cạnh đó, số lượng bác sỹ công tác ở tuyến trung ương tham gia nhiều hơn bác sỹ công tác tại khoa tim mạch các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố.

Mặc dù không có nhiều chênh lệch giữa số bác sỹ có thâm niên công tác trên và dưới 15 năm nhưng trong số 30 bác sỹ trả lời tại mỗi vòng, số lượng bác sỹ có tuổi nghề trên 15 năm chiếm ưu thế hơn bác sỹ có tuổi nghề trẻ hơn.

Việc đưa bằng chứng nhằm giải thích ý kiến cũng xuất hiện tại 7 lượt trả lời tại Vòng 1 (1 ý kiến) và Vòng 2 (6 ý kiến). Ở vòng 3 để khẳng định lại câu trả lời hướng đến việc đồng thuận, các ý kiến gửi về đã chấp nhận và không đưa thêm minh chứng trái ngược. Điều này cho thấy sự đồng thuận của các bác sỹ tham gia nghiên cứu đã đạt được ở Vòng 3.

3.2 Kết quả phân tích qua các vòng Delphi

Xuất phát từ bảng dự kiến trước khi đưa vào nghiên cứu chuyên gia do một nhóm gồm 3 bác sỹ tại Trường Đại học Y tế Công cộng và Bệnh viện Tim đưa ra dựa trên phân loại tăng huyết áp của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) dành cho người từ 18 tuổi trở lên [96] và JNC7 với những câu hỏi mở theo yêu cầu của phương pháp đã thu nhận được 18 ý kiến trả lời từ vòng 1 trên tổng số 30 bác sỹ chấp thuận. Kết quả phân tích đã cho ra một bảng dự thảo lần thứ nhất có những điều chỉnh căn bản gồm 6 vùng, tương ứng với đề xuất tên các vùng phân giải tương ứng và màu sắc biểu thị tại 6 vùng nói trên. Tại vòng 1 đã bổ sung thêm vùng biểu thị cho mức huyết áp thấp. Đặc biệt tính toán khoảng phân vị và tứ phân vị đã giúp phân chia các giá trị tương ứng trên trục tung và trục hoành (Scale) sau vòng 1 như sau:

Huyết áp tối đa

≥													
180													VI
179													VI
160													V
159													V
140													IV
139													IV
130													III
129													III
120													II
91													II
90													I
													I
		60	61	80	85	89	90	91	99	100	109	110	

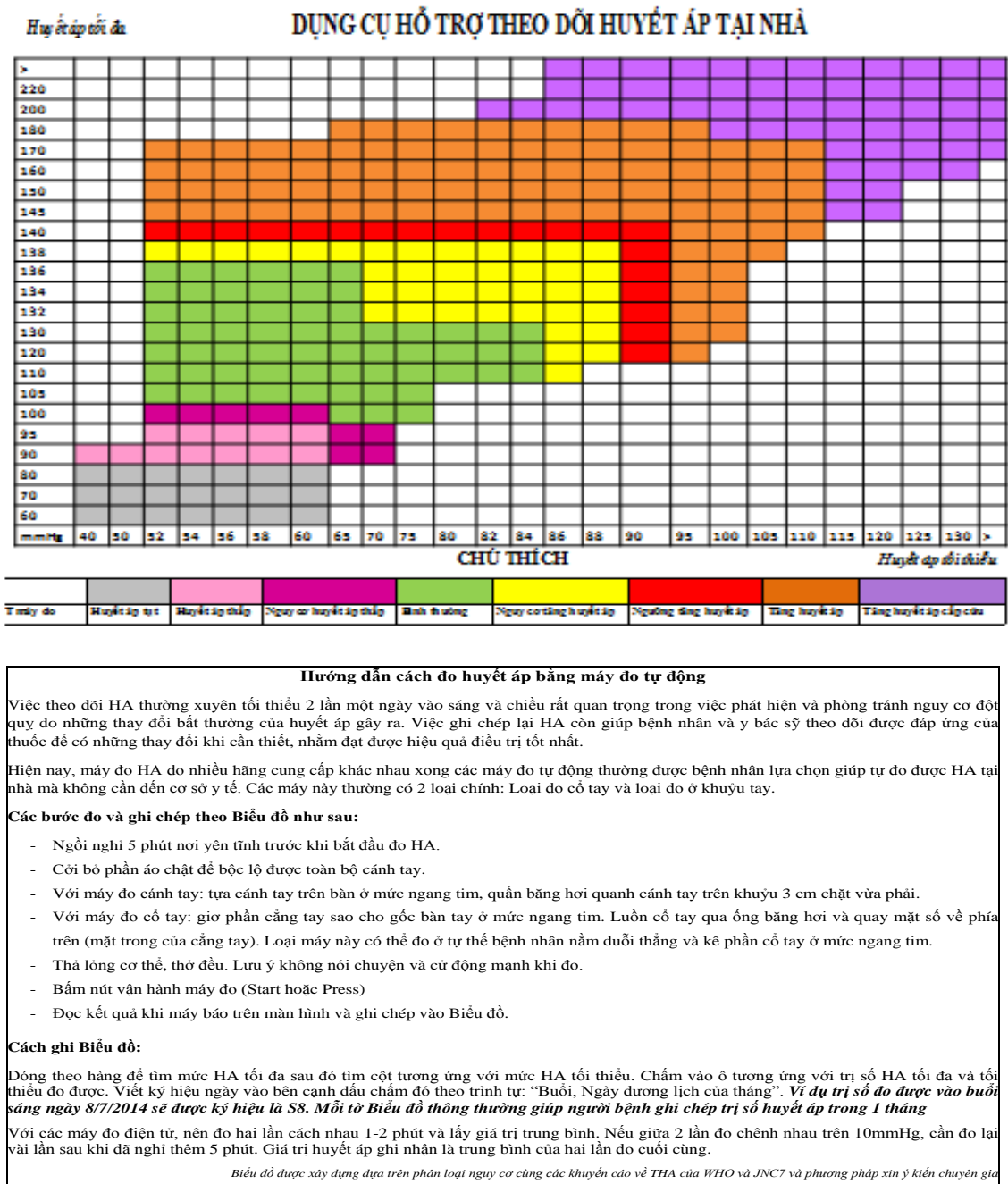
Huyết áp tối thiểu**Phiên giải**

PA1: HA thấp	PA1: HA bình thường PA2: HA tốt	PA1: tiền THA PA2: HA bình thường cao	PA1: THA PA2: Ngưỡng THA	PA1: THA nhẹ (độ 1) PA2: THA giai đoạn 1	PA1: THA nặng (độ 3) PA2: THA cấp cứu

Hình 3.1: Kết quả bảng phiên giải tại lớp 2 vòng 1

Từ kết quả vòng 1, Bảng phiên giải được gửi đi xin ý kiến vòng 2 với những lưu ý gồm có việc chỉnh sửa các khoảng giá trị và từ ngữ trong phần phiên giải, với số trả lời là 14/30 bác sỹ được mời, trong đó đã bổ sung vùng kiểm tra máy đo và chia vùng huyết áp thấp làm 2 mức gồm mức nguy cơ huyết áp thấp và huyết áp thấp.

Như vậy số vùng đã tăng lên là 8 vùng. Điều chỉnh màu sắc và phiên giải tương ứng và cung cấp bằng chứng nghiên cứu cho những đề xuất gồm cả ý kiến đồng thuận và không đồng thuận. Ở vòng 2 đã thu được những ý kiến trong việc chỉnh sửa tên cho đúng với chức năng thành “Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp” thay vì tên là “biểu đồ tự theo dõi huyết áp” đề xuất ban đầu làm cơ sở cho việc đổi tên tại Vòng 3.



Hình 3.2: Bảng phiên giải thu được sau nghiên cứu Delphi

Với thời gian 3 tuần, vòng Delphi 3 được thực hiện nhằm mục tiêu đạt đồng thuận về số vùng, màu sắc và giá trị phiên giải, với tổng số thư gửi mời bác sỹ tham gia nghiên cứu là 14, bao gồm danh sách những người đã trả lời trong vòng 2, tổng phiếu thu về là 11 ý kiến. Tại vòng này đã thu được kết quả đồng thuận cao do đó được thực hiện bước tiếp theo là đánh giá nhanh trên 25 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp tại 2 huyện Mỹ Hào và Yên Mỹ tỉnh Hưng Yên tuổi từ 51 đến 80, dựa trên phỏng vấn nhanh và thảo luận nhóm, việc đánh giá nhanh đã giúp điều chỉnh Bảng phiên giải dễ hiểu, màu sắc phù hợp, dễ phân biệt giúp bệnh nhân có thể ghi chép được trung bình 1 tháng trên mỗi bảng phiên giải với tần xuất một ngày đo 2 lần.

Bảng thử nghiệm tại vòng 3 được in màu trên khổ giấy bìa mềm A3 (tương tự kích thước của 1 poster loại nhỏ) để hỏi ý kiến người bệnh với các câu hỏi được đưa ra dựa trên tiêu chí đánh giá của một sản phẩm truyền thông cũng như thu lại bảng giá định của bệnh nhân ghi thử. Kết quả sau vòng 3 đã xây dựng được một sản phẩm phục vụ chương trình can thiệp là Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà dành cho người bệnh với 9 vùng với ý nghĩa phiên giải khác nhau, thích hợp phiên giải cho các chỉ số đo khi bệnh nhân sử dụng máy đo điện tử, tự động hay máy đo cơ tại nhà.

Được trình bày với dải màu có độ tương phản rõ nét, màu sắc đẹp mắt, hấp dẫn. Bên cạnh đó, mặt sau bảng phiên giải đã bổ sung thêm phần hướng dẫn cách đo huyết áp bằng máy đo điện tử tự động và bán tự động và theo dõi huyết áp tại nhà. Phần hướng dẫn sử dụng dễ hiểu, cụ thể. Qua quan sát bằng bảng kiểm khi người bệnh vận hành máy đo theo hướng dẫn thì đạt các yêu cầu về đo huyết áp đúng kỹ thuật do Phân hội tăng huyết áp Việt Nam cũng như Hội tim mạch Việt Nam và Chương trình THA Quốc gia hướng dẫn [28].

Qua đánh giá nhanh, một số người bệnh tỏ ra thích thú với Bảng phiên giải và cho rằng có ý nghĩa đối với bản thân cũng như giúp họ nắm bắt kiến thức nhanh chóng, làm căn cứ để truyền thông cho gia đình và người chung quanh.

B. CẤU PHẦN ĐÁNH GIÁ SỰ CHẤP NHẬN CỦA CỘNG ĐỒNG ĐỐI VỚI GIẢI PHÁP CAN THIỆP MỚI

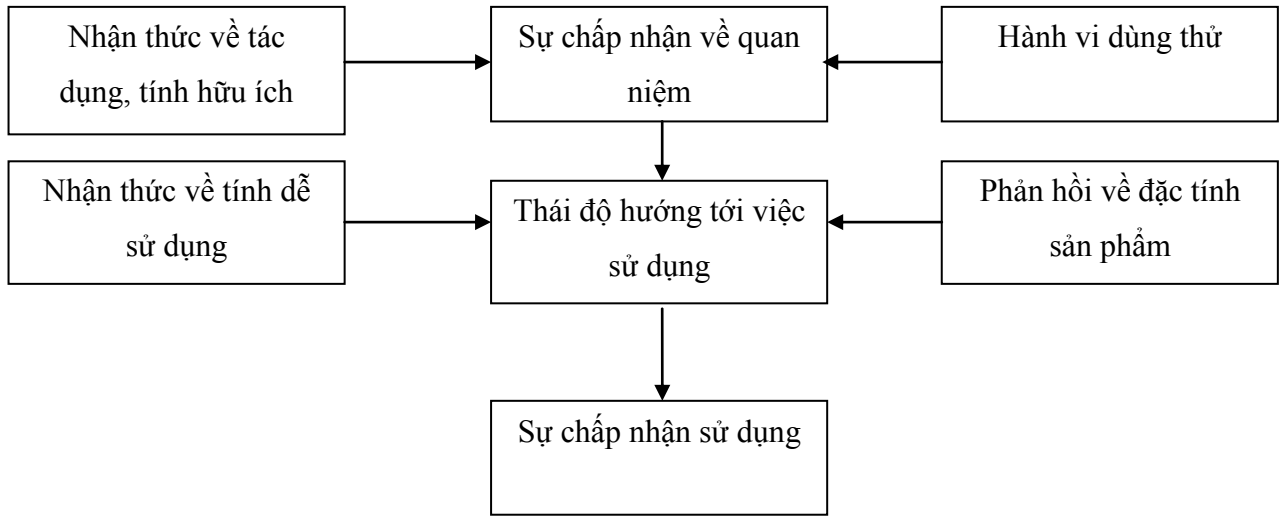
1. Lý thuyết về đánh giá sự chấp nhận với một sản phẩm mới

Trong khoa học quản trị, quá trình chấp nhận của người tiêu dùng được mô tả cách thức người dùng tìm hiểu về sản phẩm mới, dùng thử nó và chấp nhận hay từ chối nó. Tiếp sau quá trình chấp nhận của người tiêu dùng là quá trình trung thành của người tiêu dùng, tức là tiếp tục sử dụng sản phẩm được đưa ra khi không còn sự khuyến khích của người cung cấp.

Các giai đoạn của quá trình chấp nhận: Quá trình chấp nhận bao gồm năm giai đoạn:

- + Biết đến: Người tiêu dùng biết đến sự đổi mới, nhưng còn thiếu những thông tin về nó.
- + Quan tâm: Người tiêu dùng bị kích thích để tìm kiếm thông tin về sự đổi mới.
- + Đánh giá: Người tiêu dùng xem xét có nên dùng thử sản phẩm mới đó không.
- + Dùng thử: người tiêu dùng dùng thử sản phẩm mới để đánh giá giá trị của nó kỹ hơn.
- + Chấp nhận: Người tiêu dùng quyết định sử dụng thường xuyên [23].

Trong nghiên cứu này, do đây là sản phẩm hỗ trợ theo dõi, sẽ dự kiến được phổ biến như là một sản phẩm nghiên cứu khoa học được chia sẻ cho cộng đồng nên nhóm nghiên cứu chủ động phổ biến để cộng đồng dùng thử và đánh giá ở giai đoạn dùng thử, tức là người bệnh tăng huyết áp dùng thử nó sau đó đưa ra các đánh giá về giá trị của Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp cũng như phương thức nhắn tin vòng tròn; Đánh giá về sự phù hợp với văn hóa, mang tính kích lệ hành động, tần suất dùng thử và cuối cùng là đánh giá mức độ khả thi khi nhân rộng ra cộng đồng với mức giá giả định. Nhằm đánh giá sự chấp nhận của người dùng cụ thể là người bệnh với 2 phương pháp mới liên quan tới việc ghi chép trên 1 bảng biểu mới được thiết kế và sử dụng điện thoại nhắn tin (được coi như sử dụng thiết bị công nghệ thông tin trong ứng dụng chăm sóc sức khỏe) do vậy chúng tôi dựa trên Khung lý thuyết cơ bản về các yếu tố cấu thành nên sự chấp nhận theo mô hình chấp nhận công nghệ (Technology Acceptance Model – TAM) do Davis phát triển năm 1986 và bổ sung vào năm 1993.



Phát triển từ mô hình chấp nhận công nghệ của Davis 1993.

Theo TAM, các nhóm yếu tố cơ bản tạo thành sự chấp nhận bao gồm:

- Nhận thức về tác dụng, tính hữu ích: là cấp độ mà người dùng tin rằng sẽ giúp họ nâng cao kết quả thực hiện hoạt động.
- Nhận thức về tính dễ sử dụng: là cấp độ mà người dùng tin rằng không cần phải cố gắng quá nhiều vẫn có thể thực hành được đúng.
- Thái độ hướng tới việc sử dụng: Là cảm giác chủ quan và cấp độ từ không mong muốn đến mong muốn sử dụng phương thức mới.
- Hành vi dùng thử của người dùng: là hành vi sử dụng thử sản phẩm mới
- Hành vi chấp nhận sử dụng: là mức độ người dùng tiếp tục sử dụng sản phẩm một cách thường xuyên sau quá trình dùng thử.

Dựa trên lý thuyết nền tảng của mô hình, trong đánh giá sự chấp nhận này nhóm nghiên cứu cũng phân chia để đánh giá các thành tố của việc chấp nhận thông qua 2 mục tiêu, trong đó mục tiêu 1 nhằm phân tích 3 nhóm nhận thức và thái độ của mô hình bao gồm đánh giá tính hiệu quả, sự tiện dụng và khả năng áp dụng thực tế tại cộng đồng. Mục tiêu 2 nhằm phân tích 2 nhóm yếu tố về thực hành của người bệnh. Như vậy tổng hợp được 2 mục tiêu này sẽ cho phép chúng ta đánh giá được các khía cạnh của sự chấp nhận của bệnh nhân tại cộng đồng đối với 2 gói can thiệp gồm có sử dụng Biểu đồ tự theo dõi huyết áp và phương thức nhắn tin vòng tròn. Ngoài ra, nhóm nghiên cứu sử dụng thêm một số công cụ thu thập số liệu định tính

cho phép giải thích thêm các lý do dẫn đến nhận thức và hành vi cũng như phân tích các rào cản và cách khắc phục giúp cho việc xây dựng kế hoạch can thiệp đảm bảo tính thực tế.

2. Phương pháp đánh giá sự chấp nhận

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ nhóm can thiệp bao gồm 151 người từ 51 tuổi trở lên đã từng được chẩn đoán tăng huyết áp và sinh sống tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4-6/2015
- Tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp kết hợp, định lượng bổ sung thông tin định tính. Theo dõi dọc và đánh giá vào 2 thời điểm: sau khi áp dụng các phương pháp 2 tuần và sau 2 tháng.

2.4. Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu định lượng: chọn mẫu toàn bộ trên nhóm đối tượng dự kiến can thiệp gồm 151 bệnh nhân được chọn chủ đích.

Phần định tính: Nghiên cứu chọn và phỏng vấn sâu 3 bệnh nhân và 6 bác sỹ bao gồm 3 bác sỹ chuyên khoa tim mạch, 3 bác sỹ trạm trưởng trạm y tế xã về tính ứng dụng của 2 phương thức trên. Đồng thời thảo luận nhóm với 2 nhóm bệnh nhân, 1 nhóm cán bộ y tế tại trạm. Mỗi nhóm thảo luận từ 6-8 người.

2.5. Biến số nghiên cứu đánh giá sự chấp nhận

Bảng PL 1.4: Biến số trong nghiên cứu đánh giá sự chấp nhận

ST T	Tên biến - Định nghĩa	Loại biến	PP TT	Công cụ TT
I	Thông tin chung			
1	Họ và tên	Ký tự	PV	BCH
2	Tuổi: Tính theo năm dương lịch	Số	PV	BCH

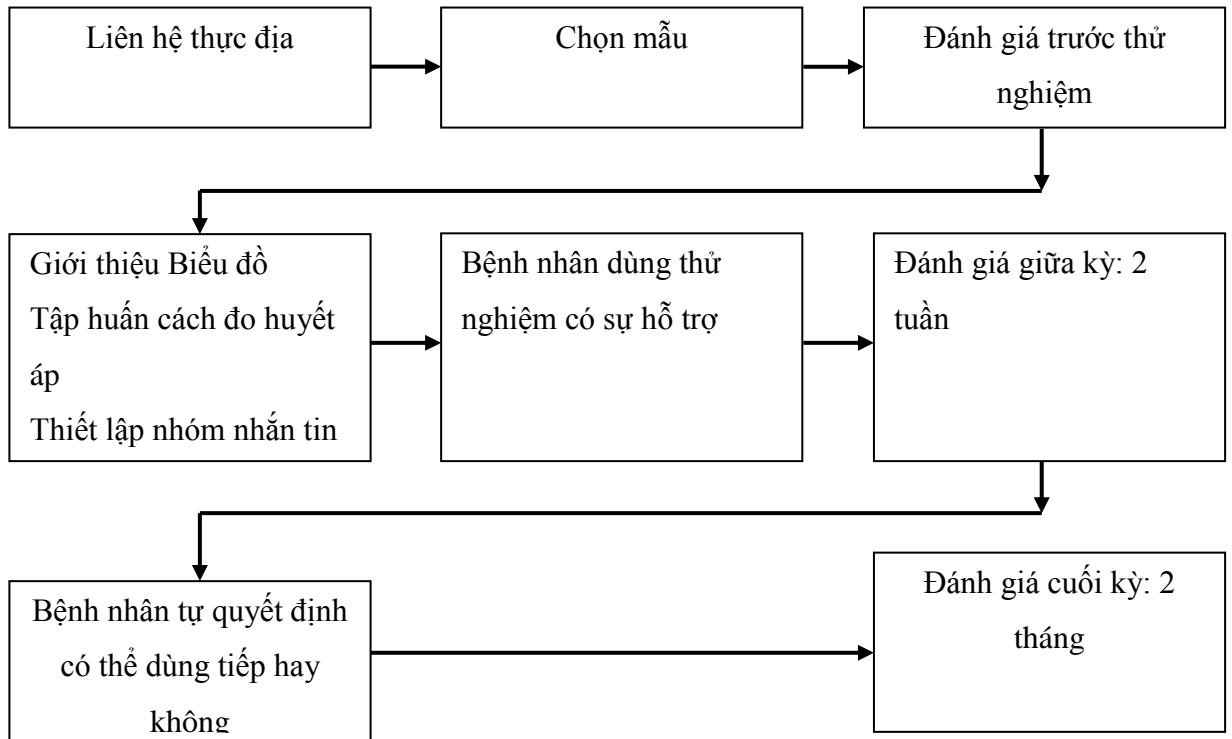
3	Giới	Nhị phân	PV	BCH
4	Nghề nghiệp/nghề chính trước khi nghỉ hưu	Danh mục	PV	BCH
5	Trình độ học vấn: trình độ cao nhất đã đạt được	Danh mục	PV	BCH
6	Có hay không đang sống cùng bạn đời	Nhị phân	PV	BCH
7	Có máy đo HA tại nhà hay không	Nhị phân	PV	BCH
8	Có biết đo huyết áp hay không - Biết tự đo huyết áp cho bản thân đúng cách	Nhị phân	PV	BCH
9	Có người khác trong gia đình giúp đo huyết áp hay không – Có người trong gia đình biết đo HA đúng cách cho bệnh nhân	Nhị phân	PV	BCH
II	Sự chấp nhận về quan niệm với 2 phương thức theo dõi HA bằng biểu đồ và nhãn tin vòng tròn nhắc uống thuốc hạ áp hàng ngày			
1	Đánh giá mức độ trầm trọng của người bệnh về bệnh THA đối với bản thân họ	Thứ bậc	PV	BCH
2	Đánh giá về khả năng bản thân bị biến chứng của bệnh THA	Thứ bậc	PV	BCH
3	Tự đánh giá về hiệu quả điều trị của bản thân trong thời gian qua	Thứ bậc	PV	BCH
4	Mức độ tin tưởng vào loại thuốc đang dùng	Thứ bậc	PV	BCH
5a	Đánh giá mức độ quan trọng của việc đo HA 1 lần/ngày	Thứ bậc	PV	BCH
5b	Đánh giá mức độ quan trọng của việc đo HA ≥ 2 lần/ngày	Thứ bậc	PV	BCH
5c	Đánh giá mức độ quan trọng của việc ghi lại chỉ số đo HA hàng ngày	Thứ bậc	PV	BCH
5d	Đánh giá mức độ thích hợp của việc ghi	Thứ bậc	PV	BCH

	chép bằng biểu đồ <ul style="list-style-type: none"> • Về tính tiện dụng • Về chi phí • Về khả năng thực hành • Về tác dụng • Về mức độ thích thú • Về hiệu quả 			
6a	Đánh giá về mức độ quan trọng của việc phải duy trì uống thuốc suốt đời	Thứ bậc	PV	BCH
6b	Đánh giá về mức độ nghiêm trọng của việc quên thuốc	Thứ bậc	PV	BCH
6c	Đánh giá về mức độ của việc nhớ uống thuốc đều đặn hàng ngày	Thứ bậc	PV	BCH
6d	Đánh giá mức độ thích hợp của phương thức nhắn tin <ul style="list-style-type: none"> • Về tính tiện dụng • Về chi phí • Về khả năng thực hành • Về tác dụng • Về mức độ thích thú • Về hiệu quả 			
III	Thực hành áp dụng Biểu đồ tự theo dõi huyết áp và phương thức nhắn tin vòng tròn			
3.1	Thực hành sử dụng Biểu đồ tự theo dõi HA			
1	Thực hành đo HA ngày hôm qua	Nhị phân	PV	BCH
2	Thực hành đo HA ≥ 2 lần vào 2 thời điểm ngày hôm qua			
3	Thực hành ghi lại chỉ số HA vào biểu đồ ngày hôm qua	Danh mục	PV	BCH

4	Thực hành ghi lại ≥ 2 chỉ số HA vào biểu đồ ngày hôm qua			
5	Thực hành đối chiếu kết quả phiên giải chỉ số HA ngày hôm qua			
6	Thực hành đối chiếu kết quả phiên giải chỉ số HA ≥ 2 lần ngày hôm qua			
3.2	Thực hành sử dụng phương thức nhắn tin vòng tròn			
1	Số lần nhắn tin trong tuần qua			
2	Số lần quên nhắn tin trong tuần qua			
3	Được người trong nhóm nhắc nhở việc nhắn tin trong tuần qua			
4	Thực hành uống thuốc sau khi nhắn tin trong tuần qua	Nhiệm vụ	PV	BCH
5	Thực hành uống thuốc sau khi nhận được tin nhắn của người khác ngày hôm qua (hoặc ngày gần đây nhất)	Nhiệm vụ	PV	BCH
6	Số lần quên thuốc trong tuần qua			
IV	Thực hành theo dõi huyết áp hàng ngày		PV- Quan sát	Bộ câu hỏi
1	Có máy đo huyết áp tại nhà: Việc bệnh nhân sở hữu hoặc được dùng máy đo HA tại gia đình	Nhiệm vụ	PV	BCH
2	Biết cách tự đo huyết áp: Là việc bệnh nhân có thể tự sử dụng tối thiểu 1 loại máy đo HA để tự đo huyết áp cho mình	Nhiệm vụ	Quan sát thực hành	BS quan sát thực hành
3	Có người giúp đo huyết áp hàng ngày tại nhà	Nhiệm vụ	PV	BCH
4	Đo HA đúng cách: là khả năng tự đo hoặc người khác đo HA đúng các bước theo		Quan sát thực hành	

	quy trình chuẩn.			
5	Đánh giá của bệnh nhân về mức độ tin cậy của chỉ số đo tại nhà	Thứ bậc	PV	BCH
6	Thực hành đo huyết áp ngày hôm qua: là việc người THA có hay không đo HA vào ngày hôm trước khi PV	Nhị phân	PV	BCH
7	Số thời điểm đo HA ngày hôm qua	Số lượng	PV	BCH
8	Chỉ số HA lần gần đây nhất: là chỉ số của lần đo gần đây mà bệnh nhân nhớ hoặc ghi lại	Dạng số	PV và xem bằng chứng	BCH
9	Ghi chép chỉ số huyết áp hàng ngày	Nhị phân		BCH
V	Được nhắc uống thuốc		Phỏng vấn	Bộ câu hỏi
1	Bệnh nhân có được nhắc uống thuốc hay không	Nhị phân	PV	BCH
2	Số lần được nhắc trong tuần	Số lượng	PV	BCH
3	Ai/ cách thức nào nhắc bệnh nhân uống thuốc	Danh mục	PV	BCH
4	Ngày hôm qua có được nhắc hay không	Nhị phân	PV	BCH
5	Bệnh nhân có nhắc người khác uống thuốc không	Nhị phân	PV	BCH
6	Số lần quên trong tháng qua	Số lượng	PV	BCH

2.6. Quy trình đánh giá sự chấp nhận



Theo dõi quá trình dùng thử 2 giải pháp:

Quá trình dùng thử được theo dõi/giám sát chặt chẽ, theo lịch trình như sau:

Giải pháp khuyến khích bệnh nhân theo dõi HA bằng Bảng phiên giải và giải pháp nhấn tin vòng tròn nhắc nhau trong nhóm nhỏ được giám sát bởi tình nguyện viên hàng ngày và phản hồi định kỳ 1 tuần/lần.

Đánh giá giữa kỳ được thực hiện vào thời điểm sau 2 tuần dùng thử đầu tiên.

Một số phát sinh trong quá trình dùng thử sẽ được điều chỉnh cho phù hợp thực tiễn.

3. Kết quả đánh giá sự chấp nhận của người bệnh đối với Bảng phiên giải

Việc đánh giá sự chấp nhận được thực hiện trên 151 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp trước thời gian can thiệp nhằm điều chỉnh công cụ này phù hợp với việc sử dụng trong thực tế. Một số kết quả phân tích chính như sau:

Bảng PL 1.5: Bệnh nhân đánh giá về đặc tính của Bảng phiên giải (n = 151)

Đặc tính	Tỷ lệ (%)	Đặc tính	Tỷ lệ (%)
Cách diễn đạt		Khuyến khích việc đo huyết áp	
Hiểu được	86,8	Có tác động	88,7
Khó hiểu	12,6	Không tác động gì	11,3
Sự phù hợp với văn hóa địa phương		Khuyến khích truyền thông cho người khác	
Phù hợp	97,4	Có tác động	90,7
Không phù hợp	2,6	Không tác động gì	8,6
Sự tin cậy		Làm cho tự tin theo dõi bệnh tật	
Tin cậy	98,0	Có tác động	93,4
Không tin cậy	2,0	Không tác động gì	6,6
Chú thích		Màu sắc	
Dễ hiểu	96,0	Hấp dẫn	96,7
Khó hiểu	2,0	Không hấp dẫn	3,3
Cách ghi chép			
Dễ ghi	78,1		
Khó ghi	21,9		
Kích thước biểu đồ		Lượng thông tin	
Phù hợp	87,4	Đủ	82,8
Quá bé	7,9	Quá nhiều	10,6
Quá lớn	4,6	Quá ít	6,6

Có 86,8% bệnh nhân cho rằng cách diễn đạt của Bảng phiên giải dễ hiểu; trên 88% số bệnh nhân cho rằng bảng này có giá trị khuyến khích họ đo và ghi lại trị số huyết áp.

Màu sắc của bảng phiên giải đẹp mắt, kích thước phù hợp và phù hợp với văn hóa Việt Nam. Gần 80% bệnh nhân cho rằng họ ghi chép được trên Bảng phiên giải.

Một số khó khăn trong ghi chép nêu các lý do như sợ trùng lặp nhiều giá trị đo nên không đủ ghi vào diện tích của ô trên Bảng phiên giải:

“Bác thấy ô bé thế này ghi 2,3 lần thì được nhưng nếu một tháng mà chỉ số cứ lặp đi lặp lại nhiều lần thì khó ghi, không biết ghi thế nào?” – PVS Nam 71 tuổi xã Nam Hà.

Nhận xét này đã giúp điều chỉnh khoảng cách một số ô, đồng thời bổ sung hướng dẫn cách ghi tắt trên bảng giúp cho 1 ô có thể nhiều lần với cùng giá trị của nhiều lần đo.

Đánh giá sự chấp nhận còn ước tính tỷ lệ người bệnh sử dụng Bảng phiên giải trong thời gian dùng thử là 4 tuần, với các hoạt động bao gồm: xem bảng phiên giải, ghi lại trị số huyết áp và sử dụng bảng phiên giải để trao đổi với bác sỹ trong lần được bác sỹ tại Bệnh viện Đa khoa huyện khám lại tại xã.

Bảng PL 1.6: Tỷ lệ sử dụng bảng phiên giải trong thời gian dùng thử

Tình trạng sử dụng		Số lượng	Tỷ lệ
Đo huyết áp tuần qua	Có	125	82,8
	Không	25	16,6
	Tổng	150	99,3
Xem bảng phiên giải tuần qua	Có	116	76,8
	Không	34	22,5
	Tổng	150	99,3
Ghi lại trị số trên bảng phiên giải tuần qua	Có	109	72,2
	Không	41	27,2
	Tổng	150	99,3
Trao đổi với bác sỹ sử dụng bảng phiên giải	Có	77	51,0
	Không	73	48,3
	Tổng	150	99,3
Làm mất bảng phiên giải		1	0,7%
Tổng		151	100.0

Tỷ lệ người bệnh cho biết có đo huyết áp trong tuần qua là 82,8%. Tỷ lệ xem bảng phiên giải trong tuần là 76,8% và tỷ lệ ghi lại trị số trong tuần là 72,2%. Mặt khác,

mặc dù việc yêu cầu bệnh nhân sử dụng Bảng phiên giải để trình bày tình trạng với bác sỹ trong lần khám lại không được đưa ra thành yêu cầu ngay từ đầu với bệnh nhân nhưng có tới trên 50% số người bệnh đã mang bảng này trao đổi với bác sỹ tuyến huyện trong lần khám lại tại xã. Tỷ lệ người bệnh làm mất bảng phiên giải rất ít, không đáng kể và có thể chấp nhận được khi theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu can thiệp sau này.

Không những vậy, một số ý kiến định tính còn cho biết người bệnh thích sử dụng bảng này để truyền thông cho người thân và hàng xóm:

PVS, nam 72 tuổi, xã Tây Giang:

<i>“Bác dân ở ngay bàn nước, tiện thể để anh em bà con có sang chơi hay anh chị nó có về thì cũng xem được, nói cái này nhìn đây ai cũng hiểu, hôm trước con trai bác về thấy cái này cũng mượn máy đo thử, tiện đấy...”</i>
--

Với kết quả của nghiên cứu đánh giá sự chấp nhận, Bảng phiên giải đã được điều chỉnh hình thức cũng như làm rõ phần hướng dẫn ở mặt sau, giúp bệnh nhân có thể sử dụng được tại nhà, hoàn thiện để đưa vào chương trình can thiệp chính thức.

PHỤ LỤC 2

QUÁ TRÌNH TRIỂN KHAI CAN THIỆP

1. Các bước triển khai can thiệp

- Liên hệ với 5 xã can thiệp, thực hiện đánh giá trước can thiệp
- Cùng với Bệnh viện Đa Khoa huyện Tiền Hải, mời Hội người cao tuổi tại mỗi xã tham gia cuộc họp trao đổi cùng với TYT và nhóm nghiên cứu về chương trình tại địa phương, thống nhất địa điểm theo dõi, các quyền lợi của những người cao tuổi khi tham gia, gặp gỡ chính quyền địa phương.
- Thống nhất về nội dung và hình thức triển khai.
- Lập kế hoạch hoạt động chi tiết theo tuần và theo tháng.
- Phối hợp chặt chẽ với địa phương/hội NCT tại mỗi xã, Bệnh viện Đa khoa huyện Tiền Hải và TYT của 5 xã để tổ chức triển khai can thiệp: Tập huấn, theo dõi giám sát thường kỳ, đánh giá giữa kỳ và đánh giá sau, giải quyết phát sinh.

2. Triển khai hoạt động can thiệp

2.1. Tư vấn cá nhân về dùng thuốc

- Tổ chức tại mỗi xã 1 buổi khám lại vào đầu kỳ can thiệp và thực hiện tư vấn cho từng bệnh nhân. Có 2-3 bác sỹ là bác sỹ tại Bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải thực hiện. Mỗi xã tổ chức riêng trong 1 ngày. Tư vấn trực tiếp cho từng người sau khi đo huyết áp, khám lâm sàng và điều chỉnh lại đơn thuốc (nếu đã có đơn và nếu cần thiết) hoặc cho đơn mới nếu đã mất đơn thuốc).
- Bác sỹ tuyến huyện được phân công xuống từng xã vào một ngày đầu tháng (từ 2-10 hàng tháng). Tại trạm y tế, bác sỹ sẽ tư vấn về việc dùng thuốc cho bệnh nhân, cuộc tư vấn phải đảm bảo đủ nội dung chính:
 - ✓ Dùng thuốc đầy đủ hàng ngày kể cả khi cảm thấy bình thường hoặc huyết áp đo được ở ngưỡng bình thường.
 - ✓ Cùng bệnh nhân chọn loại thuốc tránh tác dụng phụ đã gặp và giá thành đồng chi trả hợp lý.
- Mỗi bệnh nhân đảm bảo thời gian được tư vấn tối thiểu 10 phút, đầy đủ các nội dung trong bảng kiểm tư vấn. Vì thực hiện tư vấn cá nhân trên đối tượng người

trung và cao tuổi nên sẽ khắc phục được những nhược điểm như hạn chế sức nghe... ở bệnh nhân.

- Việc tư vấn cho bệnh nhân được giám sát (gián tiếp – thông qua hỏi lại BN sau đó) theo bảng kiểm giám sát.
- Quá trình giám sát được thực hiện bởi lãnh đạo bệnh viện, điều dưỡng trưởng bệnh viện và giám sát ngẫu nhiên của nghiên cứu viên dựa trên bảng kiểm kiểm tra nội dung tư vấn (gián tiếp bằng hỏi lại người bệnh sau khi tư vấn xong) trên ngẫu nhiên khoảng 10% mẫu can thiệp.
- Hoạt động tư vấn chỉ thực hiện 1 lần trên mỗi người bệnh vào đầu kỳ can thiệp và kết thúc toàn bộ trong tháng đầu tiên can thiệp.

2.2. Sử dụng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp

- Tại mỗi xã can thiệp, tổ chức 1 buổi hướng dẫn lại cách đo huyết áp chuẩn bằng máy đo điện tử, giới thiệu và hướng dẫn các sử dụng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi: Nghiên cứu viên giới thiệu chung, 2 bác sỹ thuộc Trường Đại học Y tế công cộng hướng dẫn cách đo, sau đó tình nguyện viên hướng dẫn tỷ mỉ cách theo dõi và ghi chép cho từng nhóm bệnh nhân.
- Bệnh nhân được phát mỗi người 1 bảng phiên giải để dùng thử trong 2 tuần đầu, sau đó đến TYT để phản hồi về việc dùng thử và đổi bảng mới (Bảng này do nhóm nghiên cứu mang xuống xã trong từng đợt theo dõi)
- Từ tuần thứ 2 trở đi, bệnh nhân được phát 1 Bảng phiên giải để dùng trong 1 tháng và đổi lại vào ngày theo dõi kế tiếp
- Nếu bệnh nhân làm mất bảng phiên giải, vẫn được cấp bảng mới, tuy nhiên sẽ cung cấp lý do vì sao lại không còn bảng cũ và nhóm tình nguyện viên ghi lại. Nếu bệnh nhân có nhu cầu xin thêm bảng phiên giải sẽ được cho thêm tối đa không quá 2 bảng cho mỗi bệnh nhân. Quá trình theo dõi dùng bảng tự phiên giải do tình nguyện viên mỗi nhóm chịu trách nhiệm theo dõi và đổi Bảng cho bệnh nhân.
- Tổng số thời gian sử dụng bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp là 5 tháng.

2.3. Triển khai hoạt động nhắc nhau theo nhóm

- Tình nguyện viên chia bệnh nhân theo nhóm tự nhận hoặc gần thôn xóm, mỗi nhóm 7 người. Mỗi nhóm sẽ ghi danh sách do 1 tình nguyện viên (là SV YTCC) hướng dẫn và phụ trách theo dõi
- Mỗi nhóm tự thảo luận và lựa chọn 1 -2 phương thức nhắc nhau theo nhóm, bao gồm: gọi điện, nhắn tin, gặp mặt nhắc trực tiếp. Hình thức này được đăng ký với tình nguyện viên để theo dõi ghi nhật ký.
- Trong 2 tuần đầu, tình nguyện viên sẽ theo dõi hàng ngày từ xa thông qua tin nhắn được tích hợp và nhóm hoặc gọi điện nhắc bệnh nhân. Theo dõi trực tiếp trong những lần xuống xã trực tiếp (sau 2 tuần đầu và sau mỗi tháng sau đó).
- Bệnh nhân được hỗ trợ tổng số tiền 15,000 đồng/tháng dành cho việc gọi điện hoặc nhắn tin.
- Tổng số thời gian áp dụng phương thức nhắc nhau theo nhóm là 5 tháng.

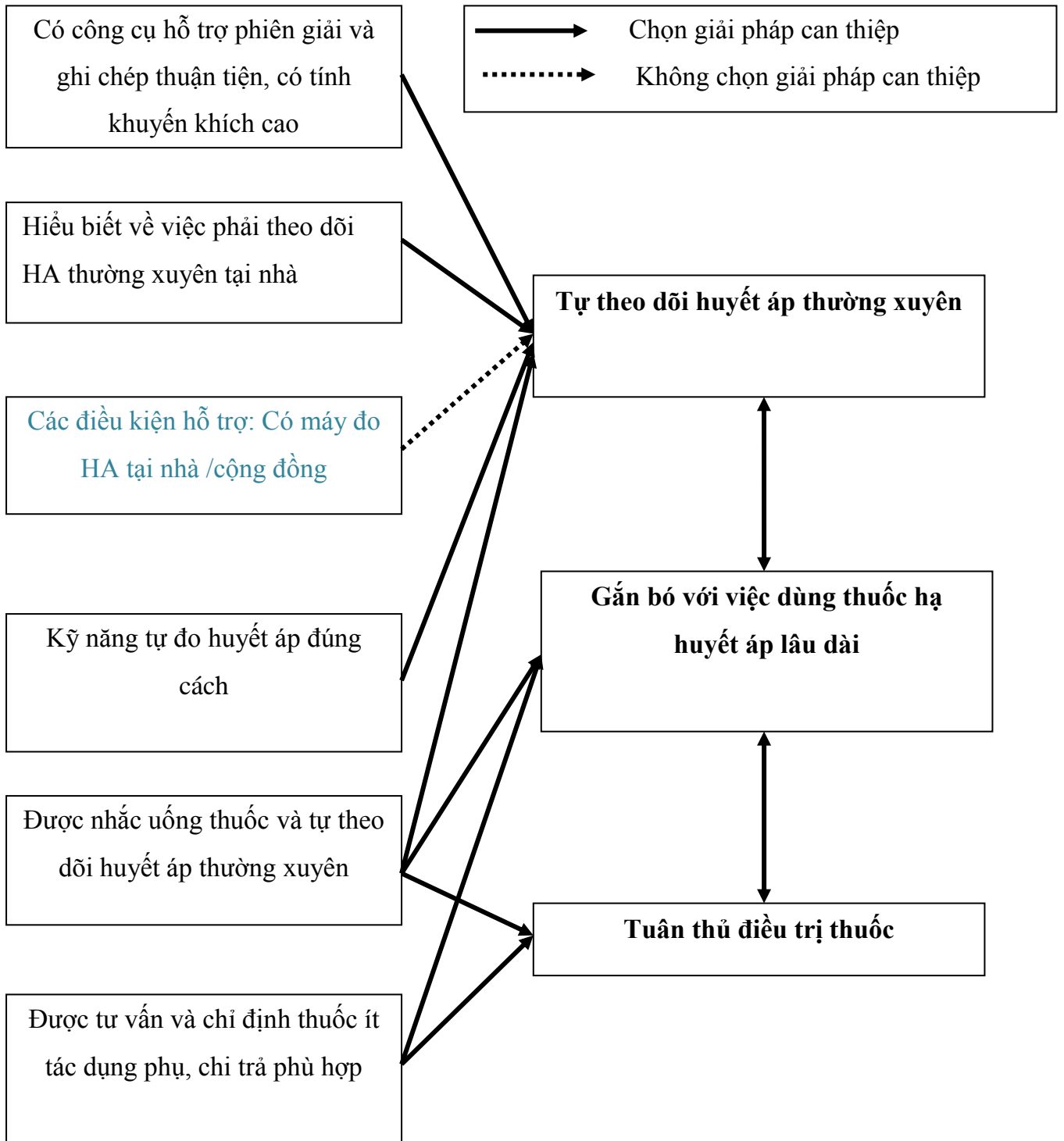
Tổng thời gian can thiệp là 5 tháng liên tục tại nơi người bệnh cư trú, với sự phối hợp thực hiện của nhân viên y tế địa phương, cộng tác viên chương trình và được giám sát chặt chẽ bởi nghiên cứu viên.

PHỤ LỤC 3

LỊCH GIÁM SÁT CAN THIỆP

Hoạt động đánh giá/ giám sát	Thời điểm	Chỉ số
Đánh giá trước can thiệp		Tỷ lệ BN tự theo dõi HA và tuân thủ điều trị nhóm Chứng và nhóm Can thiệp
Đánh giá Thứ nhất (Follow up 1) Theo dõi/Giám sát	→ 2 tuần	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn điều trị đủ nội dung theo bảng kiểm - Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện đo huyết áp hàng ngày
Đánh giá giữa kỳ Theo dõi/Giám sát	→ 2 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Tỷ lệ bệnh nhân ghi chép HA bằng Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi HA - Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện nhắc nhau theo nhóm
Đánh giá cuối kỳ	5 tháng	<ul style="list-style-type: none"> - Một số phát sinh trong thực tiễn. <p>Tỷ lệ BN tự theo dõi HA và tuân thủ điều trị nhóm Chứng và nhóm Can thiệp</p> <p>Đo lường hiệu quả can thiệp</p>

PHỤ LỤC 4
SƠ ĐỒ CÁC YẾU TỐ DỰ KIẾN TÁC ĐỘNG



PHỤ LỤC 5
PHIẾU HỎI MỘT SỐ THÔNG TIN SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI

Thưa Ông (bà)!

Chúng tôi là nhóm cán bộ của Trường Đại học Y tế công cộng. Chúng tôi mong muốn được hỏi ông/bà một số câu hỏi về bệnh lý tăng huyết áp và việc theo dõi bệnh tật thời gian qua. Xin ông/bà vui lòng giúp đỡ chúng tôi có được những thông tin chính xác nhất.

Mọi câu trả lời của ông/bà chúng tôi chỉ sử dụng vào mục đích nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi.

Chân thành cảm ơn ông/bà!

- Địa điểm thu thập số liệu:
- ĐTV.....GSV.....

TT	CÂU HỎI	TRẢ LỜI
A. THÔNG TIN CƠ BẢN		
C. 1.	Họ tên của Ông/Bà là gì?
C. 2.	Xin cho biết tuổi tính theo năm dương lịch của ông bà?
C. 3.	Hiện nay, Ông/bà tham gia làm những công việc gì (câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Buôn bán 2. Làm ruộng 3. Trồng cháu 4. Nội trợ 5. Khác (ghi rõ).....
C. 4.	Ông/bà có lương hưu không	1. Có 2. Không-----→ chuyển C6
C. 5.	Ông/bà làm công việc gì trước khi nghỉ hưu?	1. Cán bộ công chức 2. Công nhân 3. Bộ đội/các lực lượng vũ trang
C. 6.	Bậc học cao nhất của Ông/bà là gì?	1. Không đi học

		2. Tiểu học 3. Trung học cơ sở 4. Trung học phổ thông 5. Sơ cấp/ Trung cấp/ học nghề 6. Đại học/cao đẳng trở lên
C. 7.	Ông/bà có đang sống cùng bạn đời không?	1. Có 2. Không
B. QUAN NIỆM VỀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP		
C. 8.	Theo Ông/bà bệnh tăng huyết áp nguy hiểm ở mức độ nào? 1. Không hề nguy hiểm 2. Ít nguy hiểm 3. Bình thường/Không rõ 4. Nguy hiểm 5. Cực kỳ nguy hiểm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
C. 9.	Theo ông bà bản thân mình có nguy cơ bị biến chứng không? 1. Nguy cơ cao 2. Nguy cơ trung bình 3. Bình thường/Không rõ 4. Ít nguy cơ 5. Không có nguy cơ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
C. 10.	Ông/bà cho rằng khả năng phòng bệnh của mình ở mức nào? 1. Rất không tốt 2. Không tốt 3. Bình thường/Không rõ 4. Tốt 5. Rất tốt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
C. 11.	Xin Ông/bà cho biết hiện nay huyết áp của bản thân như thế nào? 1. Rất không tốt 2. Không tốt 3. Bình thường/Không rõ 4. Tốt 5. Rất tốt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
C. 12.	Ông/bà có đang sử dụng thuốc huyết áp không?	1. Có 2. Không -----→ chuyển C14

C. 13. Ông/bà đánh giá loại thuốc đang dùng như thế nào? 1. Rất không tốt 2. Không tốt 3. Bình thường/Không rõ 4. Tốt 5. Rất tốt		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px;">4</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; line-height: 30px;">5</div> </div>
C. KIẾN THỨC VỀ THEO DÕI HUYẾT ÁP HÀNG NGÀY		
C. 14. Theo Ông/bà người THA có cần theo dõi HA thường xuyên không?	Theo Ông/bà người THA có cần theo dõi HA thường xuyên không?	1. Có 2. Không ----→chuyển C16
C. 15. Theo Ông/bà nên theo dõi thường xuyên ở mức độ nào?	Theo Ông/bà nên theo dõi thường xuyên ở mức độ nào?	1. Ngày 2 lần 2. Ngày 1 lần 3. Tuần ≥ 3 lần 4. Tuần từ 1- 2 lần 5. Tuần < 1 lần
C. 16. Theo Ông/bà giới hạn tăng huyết áp là bao nhiêu?	Theo Ông/bà giới hạn tăng huyết áp là bao nhiêu?	HA tối đa/HA tối thiểu/.....
D. THỰC HÀNH THEO DÕI HUYẾT ÁP		
C. 17. Ông/Bà có máy đo HA tại nhà không?	Ông/Bà có máy đo HA tại nhà không?	1. Có 2. Không
C. 18. Ông/Bà có biết cách tự đo HA không?	Ông/Bà có biết cách tự đo HA không?	1. Có 2. Không
C. 19. Trong gia đình Ông/bà có ai có thể đo huyết áp giúp Ông/Bà không?	Trong gia đình Ông/bà có ai có thể đo huyết áp giúp Ông/Bà không?	1. Có 2. Không
C. 20. Tuần qua Ông/bà có đo huyết áp không?	Tuần qua Ông/bà có đo huyết áp không?	1. Có 2. Không--→ Chuyển 22
C. 21. Bao lâu ông/bà đo một lần	Bao lâu ông/bà đo một lần	1. Ngày 2 lần 2. Ngày 1 lần 3. Tuần > 3 lần 4. Tuần < 3 lần
C. 22. Ngày hôm qua Ông bà có đo HA không?	Ngày hôm qua Ông bà có đo HA không?	1. Có 2. Không

C. 23.	Ông/bà có ghi lại chỉ số HA của mình không? (kết hợp xem bằng chứng)	1. Có 2. Không
F. NHẮC UỐNG THUỐC		
C. 33.	Ông/bà có được ai nhắc uống thuốc hàng ngày không?	1. Có 2. Không -> chuyển C37
C. 34.	Ai là người nhắc Ông/bà uống thuốc	1. Người bạn cao tuổi khác 2. Vợ/chồng/Con/cháu 3. Tình nguyện viên 4. Thầy thuốc ở cơ sở 5. Khác (ghi rõ).....
C. 35.	Số lần được nhắc trong tuần qua?
C. 36.	Ngày hôm qua Ông/bà có được nhắc không?	1. Có 2. Không
C. 37.	Ông/bà có nhắc người khác uống thuốc trong tuần qua không?	1. Có 2. Không
G. THÔNG TIN BỆNH LÝ		
C. 38.	Số năm mắc THA
C. 39.	Chỉ số đo thường thấy/.....mmHg
C. 40.	Bệnh lý đang mắc ngoài THA	1. Tim mạch 2. Tiểu đường 3. Xương khớp 4. Khác (ghi rõ).....
C. 41.	Tiền sử gia đình có người THA	1. Có 2. Không

BỘ CÂU HỎI VỀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ**Mã huyện****Mã xã****Mã bệnh nhân**

Thưa Bác, Bác vừa được hỏi một số vấn đề liên quan tới bệnh tật nói chung. Sau đây, chúng tôi muốn hỏi Bác một số câu hỏi cụ thể về việc điều trị tăng huyết áp.

STT	Câu hỏi	Câu trả lời
C. 51.	Bác có đang dùng thuốc điều trị huyết áp không?	1. Có 2. Không
C. 52.	Bác có thường xuyên quên thuốc hay không?	1. Có 2. Không
C. 53.	Trong 2 tuần qua, Bác có quên thuốc ngày nào không?	1. Có 2. Không
C. 54.	Trong 2 tuần qua khi uống thuốc thấy khó chịu Bác có tự ý dừng thuốc lần nào không?	1. Có 2. Không
C. 55.	Khi phải đi vắng đâu đó Ông/ bà có khi nào quên mang theo thuốc huyết áp không?	1. Có 2. Không
C. 56.	Ngày hôm qua Bác có uống thuốc không?	1. Có 2. Không
C. 57.	Khi cảm thấy bình thường hoặc huyết áp ở mức bình thường Bác có tự bỏ thuốc không?	1. Có 2. Không
C. 58.	Bác có thấy việc dùng thuốc hàng ngày bất tiện /phiền toái không?	1. Có 2. Không
C. 59.	Bác có thấy việc phải nhớ uống thuốc hàng ngày khó khăn không?	1. Có 2. Không

Xin trân trọng cảm ơn Bác !

Ngày điều tra...../...../ 201...

Điều tra viên:.....

(Ký tên.....)

Giám sát viên:.....

(Ký tên.....)