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 DÕI 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

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – NĂM 2017

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y TẾ CÔNG CỘNG

Hướng dẫn khoa học:

1. **PGS.TS Nguyễn Quang Tuấn**
2. **PGS.TS Phạm Việt Cường**

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án Tiến sỹ cấp trường tại Trường Đại học Y tế công cộng.
Vào hồi ngày tháng năm 2017.

Có thể tìm luận án tại:

- Thư viện Quốc gia.
- Trung tâm thư viện Trường Đại học Y tế công cộng
- Viện Thông tin - Thư viện Y học Trung Ương.

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 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 càng nghiêm trọng hơn nếu không có những giải pháp hữu ích [1-3].

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 trong phòng chống tăng huyết áp, đó là dễ phát hiện nhưng tỷ lệ chủ động phát hiện thấp, có phác đồ điều trị rõ rệt nhưng tỷ lệ được điều trị chỉ chiếm khoảng 30% và quan trọng hơn nữa là 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 có vai trò quan trọng nhất trong việc giúp đạt được huyết áp mục tiêu nhưng qua nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cho thấy việc bỏ trị và kém tuân thủ điều trị diễn ra ở khắp các khu vực. Một số chương trình can thiệp tại Việt Nam đã chọn hướng tiếp cận: truyền thông giáo dục sức khỏe, cải thiện việc phát hiện sớm, hỗ trợ điều trị THA cho bệnh nhân, nhiều mô hình quản lý điều trị tại y tế tuyến cơ sở đã được áp dụng; một số can thiệp dùng thuốc, 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 khả năng đáp ứng từ phía cơ sở y tế và cán bộ y tế. Nhưng cho đến nay, mô hình với chiến lược tiếp cận tăng cường sự tham gia của 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.

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, can thiệp giảm khả năng 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 đặc điểm kinh tế xã hội, dân cư và mô hình bệnh tật tương tự khu vực Nông thôn miền Bắc Việt Nam. Đến trước thời điểm can thiệp, ở mỗi tỉnh có khoảng trên 1000 bệnh nhân trung và cao tuổi đã được hỗ trợ khám sàng lọc và từng được quản lý, điều trị ngoại trú tại bệnh viện và TTYT tuyến huyện. Do đó chúng tôi chọn một số xã thuộc 2 tỉnh trên để thực hiện nghiên cứu: **"Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình"**, với các mục tiêu như sau:

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.

Những đóng góp của luận án

1. Đánh giá được thực trạng tự theo dõi huyết áp và điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại nhà bao gồm 3 chỉ tiêu chính: tự theo dõi huyết áp, sử dụng thuốc hạ huyết áp theo đơn và mức độ tuân thủ điều trị.
2. Xây dựng được một công cụ khuyến khích và hỗ trợ người tăng huyết áp đang điều trị tại cộng đồng tự theo dõi huyết áp tại nhà và ghi nhận lại diễn biến huyết áp trong quá trình điều trị ngoại trú
3. Chứng minh được mô hình can thiệp tiếp cận theo hướng tăng cường tự quản lý điều trị của người bệnh ngoại trú đem lại kết quả bước đầu trong cải thiện tình trạng tự theo dõi huyết áp, dùng thuốc hạ huyết áp và tăng cường tuân thủ điều trị.

Bố cục của luận án:

Luận án gồm 112 trang, 34 bảng, 9 hình, biểu đồ và 124 tài liệu tham khảo, trong đó có 76 tài liệu bằng tiếng Anh. Phần đặt vấn đề gồm 3 trang, tổng quan tài liệu 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 17 trang, kết quả nghiên cứu 36 trang, bàn luận 18 trang, kết luận 2 trang và khuyến nghị 1 trang.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tăng huyết áp

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tăng huyết áp (THA) là khi có một trong hai hoặc cả hai trị số: huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu) ≥ 140 mmHg hoặc hay đồng thời huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương) ≥ 90 mmHg. Người bệnh có thể tự đo để biết mức huyết áp của mình bằng các máy đo thông thường nhưng thường để khẳng định chẩn đoán thì phải do bác sỹ thực hiện cách đo chuẩn theo khuyến nghị của Hội Tim mạch Việt Nam và Phân hội

tăng huyết áp Việt Nam, với các máy đo tự động, bán tự động hay cần phải được theo dõi bằng Holter 24h để khẳng định chẩn đoán với các trường hợp nghi ngờ.

Tăng huyết áp thường tiến triển âm thầm nên ít được chủ động phát hiện nhưng lại là nguyên nhân gây ra các biến cố tim mạch và đột quỵ hàng đầu, vì thế tăng huyết áp được coi là "kẻ giết người thầm lặng".

1.1.1 Thực trạng và yếu tố nguy cơ

Tăng huyết áp có xu hướng gia tăng ở hầu hết các quốc gia trên phạm vi toàn thế giới. Tỷ lệ chung toàn cầu hiện nay khoảng trên 25% ở người lớn. Tại Việt nam các điều tra gần đây cho biết tỷ lệ mắc ở người lớn cũng tương đương với tỷ lệ chung của toàn cầu nhưng đặc biệt cao ở người tung và cao tuổi [32, 38]. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ và có mối liên quan chặt với tuổi nên đồng hành với quá trình già hóa dân số. Vì thế, tỷ lệ mắc tăng huyết áp có xu hướng gia tăng nhanh ở khu vực các nước đang phát triển, khu vực Châu Á trong đó có Việt Nam [27]. Việc tăng mức độ tiêu thụ rượu bia, thuốc lá, tiêu thụ muối Natri, stress, thừa cân béo phì hay mắc các bệnh thận... cũng làm gia tăng tỷ lệ mắc mới tăng huyết áp và biến chứng ở người tăng huyết áp.

1.1.2 Gánh nặng bệnh tật

Tăng huyết áp không phải là nguyên nhân gây chết trực tiếp mà thông qua các biến chứng thường gặp như các bệnh mạch vành và đột quỵ não. Do đó, tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong. Mỗi năm tính chung bình tăng huyết áp gây chết khoảng 9,4 triệu người trên thế giới và đang được dự báo sẽ ngày càng tăng lên [3, 4, 44]. Tại Việt Nam, theo nhiều nghiên cứu, cũng cho biết tăng huyết áp đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong và tàn tật ở người cao tuổi.

1.1.3. Nguyên tắc dự phòng

Dự phòng quan trọng nhất trong tăng huyết áp đó là dự phòng biến chứng tim mạch và đột quỵ mà trong đó, ngoài việc cần theo dõi huyết áp thường xuyên, được sử dụng loại thuốc phù hợp, duy trì điều trị lâu dài gần như suốt đời. Đặc biệt, người bệnh cần phải tuân thủ điều trị tốt và áp dụng các biện pháp hỗ trợ như: giảm cân nếu thừa cân, ăn giảm muối, tập thể dục thường xuyên, bỏ thuốc lá và uống rượu bia cũng như hạn chế những căng thẳng trong cuộc sống (stress). Mức huyết áp cần đạt của người bệnh khi điều trị được gọi là huyết áp mục tiêu. Với người ở mức nguy cơ trung bình trở xuống là 140/90 mmHg và ở mức nguy cơ cao thì cần giảm thấp hơn.

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

1.2.1 Tự theo dõi huyết áp tại nhà

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 thường xuyên vì thông tin đó khi được cung cấp tới bác sỹ, sẽ giúp đánh giá xác thực quá trình điều trị và điều chỉnh phác đồ khi cần thiết [8, 53, 71]. Nhiều nghiên cứu cho biết tỷ lệ người bệnh biết cần theo dõi huyết áp và thực hành theo dõi thường xuyên rất rời rạc, kém

hiệu quả, nhiều người chỉ đo khi có biểu hiện mệt mỏi, bất thường. Do đó, phụ thuộc vào việc được đo tại cơ sở y tế, họ tự đánh giá huyết áp của mình tốt khi không thấy có biểu hiện khó chịu. Tỷ lệ từng được chẩn đoán THA tại cộng đồng được đo huyết áp trong tháng qua cũng chỉ đạt trung bình 5-40%, còn tỷ lệ thực sự theo dõi huyết áp thường xuyên rất thấp.

1.2.2. Tuân thủ điều trị thuốc

Các khảo sát hiện có tại Việt Nam sử dụng nhiều loại thang đo khác nhau cho việc tuân thủ điều trị thuốc, có những tác giả chỉ đo lường thông qua 1 đến 2 câu hỏi phỏng vấn đơn giản nhưng cũng có một số nghiên cứu sử dụng thang đo tuân thủ điều trị theo Morisky – 8. Do vậy cho biết những tỷ lệ hết sức khác biệt, tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân đang theo dõi ngoại trú định kỳ tại bệnh viện đạt từ 12% - 44,8%, tùy theo khu vực. Tuy nhiên, một số nghiên cứu còn chỉ ra tình trạng bệnh nhân bỏ trị sau 6 tháng ngoại trú lên tới gần 80% và ở khu vực nông thôn bỏ trị nhiều hơn khu vực thành thị, bệnh nhân từng có biến chứng do tăng huyết áp bỏ trị nhiều hơn bệnh nhân chưa có biến chứng. Nguyên nhân của tình trạng bỏ trị và kém tuân thủ điều trị được chỉ ra bao gồm: bệnh nhân không biết cần phải điều trị lâu dài, tưởng là khỏi bệnh khi không thấy dấu hiệu khó chịu, bệnh nhân lo lắng về tác dụng phụ hoặc đã từng gặp tác dụng phụ của thuốc, quên thuốc, rào cản về chi trả tiền thuốc...

Một số mô hình can thiệp đã có hiệu quả trong cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị như duy trì hệ thống phản hồi 2 chiều giữa bệnh nhân và thầy thuốc, sử dụng nhắn tin từ trung tâm để nhắc bệnh nhân uống thuốc, dược sỹ tư vấn cho bệnh nhân về dùng thuốc hạ áp, các can thiệp truyền thông đơn thuần ít hiệu quả. Các can thiệp chủ yếu tập trung vào truyền thông cộng đồng, tăng cường phát hiện sớm, tăng khả năng tiếp cận điều trị cho bệnh nhân từ y tế cơ sở, hỗ trợ điều trị thuốc cho bệnh nhân ngoại trú.

1.3. Mô hình can thiệp của luận án

Sau khi phân tích các yếu tố tác động đến việc tăng cường tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị, chúng tôi xác định tiếp cận can thiệp theo hướng tăng cường sự tham gia tự quản lý bệnh tật của người bệnh tại cộng đồng, là cấp độ dự phòng số I. Mô hình can thiệp này nhằm vào đối tượng người từng được chẩn đoán tăng huyết áp, đã từng hoặc đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp và ở tại cộng đồng.

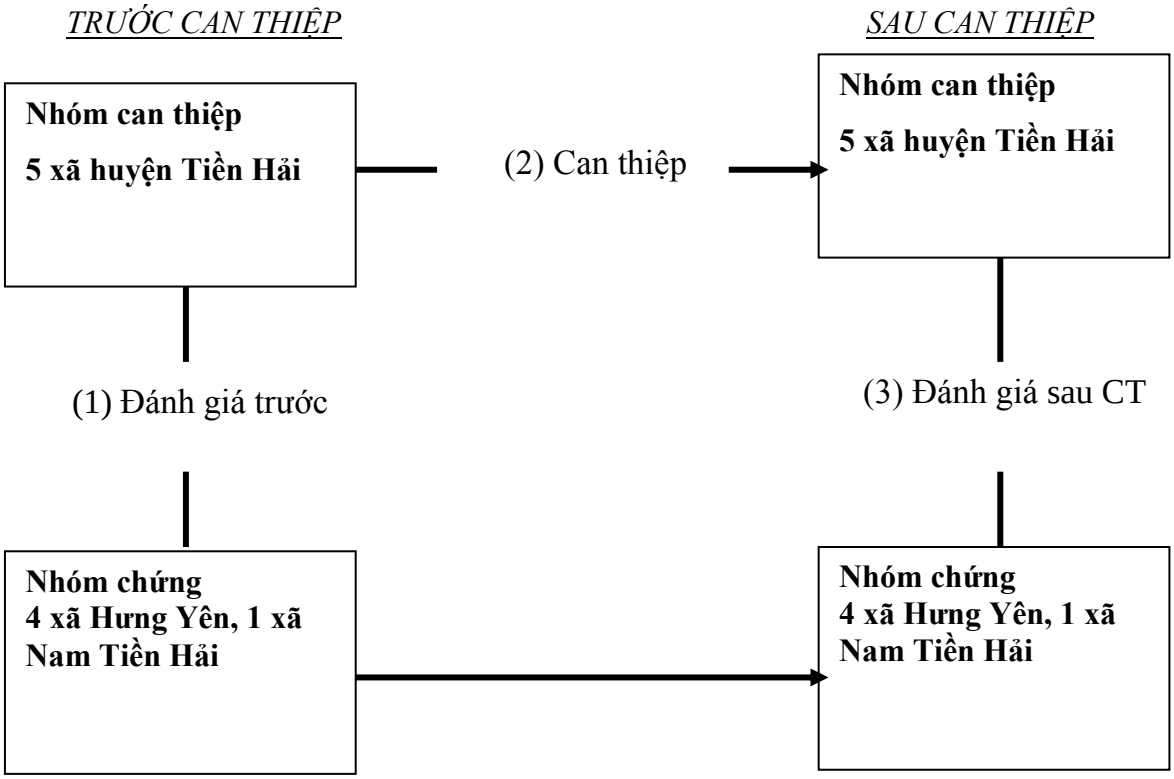
Chương trình can thiệp gồm có 3 nhóm giải pháp nhằm thay đổi quan niệm về dùng thuốc hạ áp, khuyến khích người bệnh tham gia vào quá trình theo dõi và quản lý bệnh tật của bản thân, khắc phục tình trạng quên thuốc, bỏ thuốc.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

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:



1.2 Đối tượng nghiên cứu

- Người tăng huyết áp đang cư trú tại địa bàn nghiên cứu, tuổi từ 51-80, không đi đâu xa trong thời gian nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những người bệnh có biến chứng nặng như: liệt toàn thân, biến chứng tâm thần hoặc không cư trú tại một nơi cố định.
- Cán bộ y tế tại trạm y tế xã, trung tâm y tế và bệnh viện đa khoa các huyện nghiên cứu.

1.3 Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại 2 tỉnh là Thái Bình và Hưng Yên, trong đó 5 xã Tiền Hải được chọn làm địa bàn can thiệp và địa bàn chứng là các xã thuộc Hưng Yên và 1 xã khu Nam Tiền Hải (cách các xã can thiệp trên 15 km).

2.4 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2014 đến tháng 6/2016

1.4 Mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1 Cỡ mẫu

- 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 p1 = 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 p2 = 55%. Với độ tin cậy 95%; lực mẫu 80%, ta có số người bệnh cần lấy vào can thiệp là 150 bệnh nhân. Dự trù 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 tại 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.

2.4.2 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 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.

2.5 Phương pháp, công cụ 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 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. Cơ sở xây dựng 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.

2.7. Các hoạt động can thiệp

Can thiệp được thực hiện trong 5 tháng liên tục, bao gồm các hoạt động tư vấn về nguyên tắc điều trị cho người bệnh; khuyến khích họ tham gia vào quá trình tự theo dõi huyết áp tại nhà với công cụ hỗ trợ là Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp, tập huấn cho người bệnh cách đo huyết áp bằng máy đo thông dụng; Và chia bệnh nhân theo nhóm nhỏ 7 người để họ thực hiện phương thức nhắc nhau theo nhóm hạn chế tình trạng 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 sổ theo dõi can thiệp để đảm bảo mức độ tiếp cận và thụ hưởng các hoạt động can thiệp của người bệnh đạt từ 90% trở lên.

Tổng số buổi tư vấn trực tiếp là 15 buổi với 216 lượt tư vấn cá nhân. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm can thiệp được tư vấn riêng ít nhất 1 lần đạt 94,7%. Với giải pháp tập huấn đo huyết áp đúng cách, 100% bệnh nhân được quan sát và góp ý bởi cán bộ y tế có chuyên môn; 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. Tất cả đều được cung cấp tối thiểu 6 tờ Bảng phiên giải cho toàn bộ quá trình can thiệp, tổng số thu lại được hơn 80% số bảng phiên giải. Có 8/151 bệnh nhân báo bị mất Bảng phiên giải 1 lần. Với giải pháp nhắc nhau theo nhóm, 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/ 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. 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.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung và tình trạng THA của quần thể nghiên cứu

Có 302 người tăng huyết áp tuổi từ 51 -80 đã tham gia nghiên cứu, trong đó không khác biệt về phân bố giới tính, tình trạng hôn nhân giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp. Tuổi trung bình của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng và nhóm can thiệp cũng có tình trạng học vấn cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê, song song với điều này tỷ lệ người THA trong nhóm can thiệp có lương hưu cũng cao hơn nhóm chứng. Khoảng trên 30% người THA trung và cao tuổi trong nghiên cứu vẫn tham gia làm ruộng và là người mang lại nguồn thu chính trong gia đình. Người trung và cao tuổi tăng huyết áp trong nghiên cứu vẫn phải tham gia một số việc nhà tương đối nặng nhọc như trông cháu vì con cái đi làm ăn xa. Có 36,8% bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện tăng huyết áp trong vòng 1 năm kể từ ngày điều tra, và có tới 16,9% số người bệnh có tiền sử tăng huyết áp từ 6-10. Tuổi chẩn đoán trung bình ở nhóm chứng là 62,1 trong khi ở nhóm can thiệp là 65,3 tuổi, khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê. Tuy bao gồm cả độ tuổi trung niên, xong bệnh cảnh của bệnh nhân trong nghiên cứu tương tự như bệnh cảnh chung của người cao tuổi Việt nam, phổ biến nhất là bệnh xương khớp do thoái hóa và bệnh tim mạch. Trung bình mỗi bệnh nhân mắc khoảng 2,5 bệnh.

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.

Bảng 1. 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 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.

Bảng 2: 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.

Kiến thức , quan niệm và thực hành theo dõi HA và yếu tố liên quan

Bảng 3: 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%

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.

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.

PVS Nam 73 tuổi - tại xã Tây Giang:
"*…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...*"
"*…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…*"

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:
"*…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*"

Bảng 4: Thực hành theo dõi HA của bệnh nhân trước CT

Thực hành theo dõi HA	**Nhóm đối tượng**		**Tổng**
	Chứng (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.

Bảng 5: 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	-	-	-	-
Cỡ mẫu phân tích: n = 302 * Nhóm so sánh (-) Không áp dụng				
Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer & Lemeshow test) χ^2 = 5,211df = 8 p> 0,05				

Mô hình hồi quy logistic cho thấy 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.

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

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.

Theo kết quả phân tích định tính, trước can thiệp, những lý do nổi bật khiến bệnh nhân bỏ điều trị 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…

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

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 6: 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	-	-	-	-
Cỡ mẫu phân tích: n = 302 * Nhóm so sánh ***Kiểm định tính phù hợp của mô hình thống kê (Hosmer & Lemeshow test) χ^2 = 11,615 df = 8 p>0,05***				

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.

Kết quả xây dựng mô hình can thiệp

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.

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

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.

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.

3.3. Hiệu quả can thiệp

Bảng 7: 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**
χ 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 8: 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 thoid 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…"*

Đo lường hiệu quả

Bảng 9. Phân bố bệnh nhân chuyển trạng thái từ việc chưa biết đo HA thành biết đo HA đúng cách sau can thiệp

			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 (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 (65,2%) 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.

Bảng 10: Phân bố 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	73
	p > 0,05 (Mc- Nemar test)				
	Can thiệp	**Dùng thuốc**	71	**2 (2,7%)**	73
		Không dùng thuốc	**46 (58,9%)**	32	78
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

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 (34,6%) đã bỏ điều trị. Trong khi đó, ở nhóm được áp dụng giải pháp can thiệp, chỉ có 2 bệnh nhân (2,7%) đang điều trị đã bỏ thuốc sau thời gian can thiệp. Mặt khác, có 46 bệnh nhân (58,9%) so với 26% ở nhóm chứng 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 11: Phân bố bệnh nhân 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 (23,1%)**	**52**
		Không tuân thủ	**46 (46,5%)**	53	**99**
	p < 0,05 (Mc- Nemar test)				

Sau can thiệp, ở nhóm chứng có 18 bệnh nhân chiếm 15,4% chuyển trạng thái từ không tuân thủ điều trị sang tuân thủ điều trị nhưng có tới 26 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 (46,5%) 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.

Bảng 12: 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											
Biết cần theo dõi HA	58,9%	60,9%	2,0%	>0,05	68,2%	94,6%	26,4%	<0,001	3,4%	38,7%	35,3%
Biết tự đo huyết áp	35,6%	38,4%	2,8%	>0,05	53,6%	71,2%	17,6%	<0,01	7,9%	32,8%	24,9%
Thực hành											
Theo dõi HA thường xuyên	54,9%	62,2%	7,3%	>0,05	51,0%	87,4%	36,4%	<0,001	13,3%	71,4%	58,1%
Ghi lại chỉ số HA	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											
Dùng thuốc hạ HA	51,7%	46,4%	-5,3%	>0,05	48,3%	77,5%	29,2%	<0,001	- 10,3%	60,5%	70,8%
Tuân thủ điều trị	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.

Bảng 13: 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|	95% CI	
Kiến thức						
Biết cần đo huyết áp	7,65	3,59	4,34	0,00	3,05	19,17
Biết tự đo huyết áp	2,02	0,73	1,95	0,05	1,00	4,08
Thực hành theo dõi huyết áp						
Theo dõi HA thường xuyên	5,17	1,98	4,30	0,00	2,45	10,93
Ghi lại chỉ số HA	9,90	4,35	5,21	0,00	4,18	23,44
Thực hành điều trị						
Dùng thuốc hạ HA	4,63	1,60	4,44	0,00	2,35	9,11
Tuân thủ điều trị	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

Trước can thiệp, kiến thức về việc theo dõi huyết áp thường xuyên của người bệnh còn hạn chế và không khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng. Điều này chứng tỏ các chương trình truyền thông hiện tại chưa 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 [98].

4.1 Tình trạng tự theo dõi huyết áp

Trước can thiệp, khảo sát cho biết có một tỷ lệ đáng kể (26,5%) bệnh nhân vừa tự đo huyết áp cho mình đồng thời có sẵn 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.

Tỷ lệ bệnh nhân được đo huyết áp trong vòng 2 tuần qua chiếm trên 50%, so sánh kết quả khảo sát trước can thiệp với công bố của Vũ Xuân Phú (35% ở nội thành Hà Nội năm 2012) và khảo sát của Hà Anh Đức tại Thái Nguyên năm 2013 thì tỷ lệ này cao hơn và cũng cao hơn nhiều so với tỷ lệ 10% mà tác giả Bùi Thu Hà nghiên cứu tại Hải Phòng. Có thể là do nghiên cứu vào cac năm sau nên tiến bộ theo sự phát triển chung của cộng đồng.

4.2 Tình trạng dùng thuốc và tuân thủ điều trị

Tỷ lệ bỏ trị ở người tăng huyết áp tại cả 2 địa phương chứng và can thiệp đều rất đáng lo ngại, 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. Có nhiều lý do bỏ trị như sợ tác dụng phụ, chi trả tiền thuốc tốn kém với những người không có lượng hưu, quên thuốc. Một số người bệnh bỏ thuốc tây y để sử dụng bài thuốc dân gian. Những lý do này tương tự như ở Nigieria và một số nước Đông Nam Á, đồng thời cũng phù hợp với kết quả công bố trong nghiên cứu của Bùi Thị Mai Tranh, Bùi Thu Hà và Jeroan J. Allison, Nguyễn Lan Hoa tại Việt Nam [8, 84, 114]. Thực trạng này cần được nghiên cứu sâu hơn vì cho tới nay Phân Hội THA Việt Nam, Viện Tim mạch chỉ mới khuyến nghị sử dụng các nhóm thuốc hạ áp có nguồn gốc tổng hợp (thuốc Tây y) và chưa có khuyến nghị rõ ràng cho cộng đồng giúp tránh những quan niệm sai lầm dẫn đến người bệnh bỏ lỡ cơ hội điều trị thuốc phù hợp, gia tăng tai biến.

Với thang điểm khắt khe của Morisky, trước can thiệp, có 28,4% bệnh nhân tuân thủ điều trị, trong đó nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa. Có thể được giải thích là 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 trong đánh giá ban đầu thấp hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Phú, nghiên cứu của Bùi Thị Mai Tranh và nghiên cứu của Bùi Thu Hà và cũng có sự khác biệt trong sử dụng thang đo [8, 112].

4.3 Kết quả của mô hình can thiệp

Sau can thiệp, kiến thức về việc cần tự theo dõi huyết áp tại nhà ở nhóm can thiệp đã tăng rõ rệt. Bên cạnh đó, kỹ năng đo huyết áp đúng cách cũng có những cải thiện tốt 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.

Ở nhóm chứng, tỷ lệ theo dõi huyết áp tốt chỉ tăng nhẹ nhưng ở nhóm can thiệp đã tăng được rõ rệt. 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% 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 [76, 116].

Tỷ lệ dùng thuốc hạ huyết áp của bệnh nhân nhóm can thiệp đã tăng khá nhiều trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ này lại giảm nhẹ. 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 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. 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 [117].

Can thiệp giúp tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị, do đó 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.

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 [119].

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. Có một hạn chế của nghiên cứu là do thời gian can thiệp ngắn nên ngay sau thời gian can thiệp, kết quả sẽ cao hơn so với thực tế.

Tuy là kết quả bước 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 và cần có thêm những đánh giá về tính duy trì cũng như hiệu quả thực sự của mô hình can thiệp này. Nghiên cứu cũng mở ra một hướng tiếp cận mới là trao quyền và công cụ cần thiết để khuyến khích họ cùng tham gia hiệu quả 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.

4.4 Điểm mạnh và những hạn chế của nghiên cứu

Với mô hình can thiệp được phát triển dựa trên cách tiếp cận tăng cường tự quản lý bệnh tật của bệnh nhân nhưng bao gồm 2 nhóm giải pháp mới, đòi hỏi thời gian để thực hiện những đề tài nhánh xây dựng các công cụ can thiệp mới.

Nhóm chứng của nghiên cứu không thể lấy cùng tỉnh với nhóm can thiệp do thời điểm tuyển bệnh nhân vào nghiên cứu, chương trình hỗ trợ sàng lọc, quản lý và điều trị tăng huyết áp tại Thái Bình và Hưng Yên còn hạn chế.

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 – được xây dựng và cần tính đồng thuận sử dụng phương pháp Delphi và sau đó là đánh giá sự chấp nhận của người bệnh trước khi đưa vào can thiệp. Quá trình thực thi một nghiên cứu phức tạp nhiều đề tài nhánh với cách tiếp cận và phương pháp nghiên cứu khác nhau giúp nghiên cứu sinh tích lũy thêm kinh nghiệm hữu ích.

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.

KHUYẾN NGHỊ

Cần có thêm những nghiên cứu về các mô hình khuyến khích người bệnh tự theo dõi điều trị bệnh không lây nhiễm trong đó có tăng huyết áp 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.

Cần đưa hoạt động tư vấn của Bác sỹ điều trị cho bệnh nhân về việc dùng thuốc, tránh tác dụng phụ 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 được BHYT chi trả vì đây là một hoạt động rất có giá trị

trong quản lý điều trị bệnh nhân mắc bệnh không lây nhiễm nói chung. Cần 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.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ

LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Trần Thị Mỹ Hạnh, Đặng Minh Điềm, Trần Thị Điệp,** *Đánh giá sự chấp nhận của ngươi tăng huyết áp trong việc áp dụng 2 phương thức biểu đồ tự theo dõi huyết áp và nhắn tin vòng tròn trong thực hành tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp tại nhà*, Tạp chí Y học thực hành, 2014, số 945, trang 256-262. Bộ Y tế.

2. **Trần Thị Mỹ Hạnh,** *Bảng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp dành cho người bệnh và hiệu quả ban đầu trong tuân thủ điều trị*, 2015, Tạp chí Tim mạch học Việt nam, số 72. Hội Tim mạch Việt Nam.