

THE RESULTS OF A HYPERTENSION SELF-MANAGEMENT ENHANCEMENT INTERVENTION AT SELECTED COMMUNE HEALTH STATIONS IN NINH BINH PROVINCE

Nguyen Hoang Giang^{1,2*}, Do Tra My¹, Nguyen Thi Thang¹, Tran Thi Mai Oanh¹, Le Thi Kim Anh²

¹*Institute of Health Strategy and Policy - alley 196, Ho Tung Mau, Phu Dien ward, Hanoi, Vietnam*

²*Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Dong Ngac ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 30/6/2025

Revised: 01/7/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the effectiveness of a community-based intervention to improve self-management practices among patients with hypertension at the commune health station level.

Method: A quasi-experimental pre-post comparison study with a control group was conducted in 6 commune health stations in Ninh Binh province, Vietnam. Patients were selected using systematic random sampling from hypertension management lists. The intervention included one-on-one counseling, group-based health education using flipcharts, a self-management handbook, and a blood pressure monitoring diary.

Result: After the intervention, the intervention group showed significant improvements across all five components of hypertension self-management. Patients in the intervention group had a significantly higher mean self-management score than those in the control group, with an adjusted difference of 19.5 points ($p < 0.001$). Higher self-management scores were associated with higher education levels and prior hypertension management at health facilities.

Conclusion: The intervention model demonstrated both feasibility and effectiveness in enhancing hypertension self-management at the community level. Findings provide practical evidence to support the scale-up of similar interventions in primary health care settings.

Keywords: Hypertension, disease self-management, commune health station, primary health care.

*Corresponding author

Email: nguyengiang@hspi.org.vn **Phone:** (+84) 982170587 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2795**



KẾT QUẢ CAN THIỆP TĂNG CƯỜNG TỰ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ THUỘC TỈNH NINH BÌNH

Nguyễn Hoàng Giang^{1,2*}, Đỗ Trà My¹, Nguyễn Thị Thắng¹, Trần Thị Mai Oanh¹, Lê Thị Kim Ánh²

¹*Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Ngõ 196, Hồ Tùng Mậu, phường Phú Diễn, thành phố Hà Nội, Việt Nam*

²*Trường Đại học Y tế công cộng - 1A Đức Thắng, phường Đông Ngạc, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 30/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 01/7/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình can thiệp tăng cường hành vi tự quản lý tăng huyết áp của người bệnh tại một số trạm y tế xã.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu bán thực nghiệm trước - sau có nhóm đối chứng được triển khai tại 6 trạm y tế xã thuộc 2 huyện của tỉnh Ninh Bình. Người bệnh được chọn bằng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách quản lý tăng huyết áp. Chương trình can thiệp gồm tư vấn trực tiếp, truyền thông nhóm sử dụng tranh lật, sổ tay và nhật ký theo dõi huyết áp. Dữ liệu được thu thập ở hai thời điểm đầu và cuối kỳ.

Kết quả: Sau can thiệp, nhóm can thiệp ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về hành vi tự quản lý ở cả 5 cấu phần hành vi, đặc biệt là “tự theo dõi huyết áp” và “tự giám sát triệu chứng”. Sau can thiệp, người bệnh ở nhóm can thiệp có tổng điểm hành vi trung bình cao hơn nhóm đối chứng là 19,47 điểm ($p < 0,001$) sau khi hiệu chỉnh. Một số yếu tố liên quan đến hành vi cao gồm: học vấn, từng được quản lý điều trị tại tuyến y tế.

Kết luận: Mô hình can thiệp có tính khả thi và hiệu quả trong cải thiện hành vi tự quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc nhân rộng mô hình tại tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tự quản lý bệnh, trạm y tế, y tế cơ sở.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, bệnh không lây nhiễm hiện là nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong. Trong các bệnh không lây nhiễm, tăng huyết áp (HA) được xem là một trong những bệnh phổ biến và nghiêm trọng nhất, với khoảng 15,1 triệu người trưởng thành mắc bệnh, tương đương 26,2% dân số trưởng thành vào năm 2021 [1]. Để ứng phó với thách thức này, Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025, trong đó đặc biệt nhấn mạnh vai trò trung tâm của tuyến y tế cơ sở trong công tác quản lý, điều trị các bệnh không lây nhiễm.

Tuy vậy, tình hình kiểm soát tăng HA tại cộng đồng vẫn chưa đạt hiệu quả như mong đợi, phản ánh qua tỷ lệ phát hiện, điều trị và kiểm soát HA còn ở mức thấp [1]. Ngoài các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế, sự tham gia tích cực và chủ động của người bệnh đóng vai trò then chốt trong kiểm soát bệnh [2]. Mặc dù đã có những mô hình can thiệp cộng đồng được triển khai trong phòng chống tăng HA, nhưng các nghiên cứu đánh giá tác động của can thiệp đối với thay đổi hành vi tự quản lý bệnh của người bệnh vẫn còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của chương trình can thiệp nhằm tăng cường hành vi tự quản lý bệnh của người bệnh tăng HA đang quản lý tại một số trạm y tế xã thuộc huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình. Kết quả nghiên cứu sẽ đóng góp bằng chứng phục vụ xây dựng, điều chỉnh và nhân rộng các mô hình can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao năng lực của y tế cơ sở trong quản lý điều trị tăng HA tại cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phỏng thực nghiệm, đánh giá trước - sau có nhóm chứng, không phân bổ ngẫu nhiên.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 6 trạm y tế xã thuộc huyện Gia Viễn (can thiệp) là Liên Sơn, Gia Trung và Gia Hưng; và huyện Hoa Lư (đối chứng) là Ninh Giang, Trường Yên và Ninh Hòa.

Thời gian nghiên cứu:

- Đánh giá trước can thiệp: tháng 1 đến tháng 2 năm 2021.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyengiang@hspi.org.vn Điện thoại: (+84) 982170587 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2795>

- Hoàn thiện nội dung và triển khai can thiệp: tháng 12/2021 đến tháng 12/2022.

- Đánh giá sau can thiệp: tháng 3 đến tháng 4 năm 2023.

2.3. Đối tượng và địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh tăng HA từ 18 tuổi trở lên trong danh sách quản lý của trạm y tế xã thuộc địa bàn nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu người bệnh được xác định nhằm bảo đảm đủ số lượng cần thiết cho từng huyện, phù hợp với thiết kế nghiên cứu. Tại mỗi huyện, người bệnh được lựa chọn theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách tại 3 trạm y tế xã. Đến khi kết thúc can thiệp, tổng cộng có 235 người bệnh được theo dõi tại mỗi huyện, tương ứng với 470 người bệnh tham gia nghiên cứu.

2.5. Nội dung chương trình can thiệp

Can thiệp được triển khai theo 2 giai đoạn.

- Giai đoạn 1: Tăng cường năng lực cho nhân viên y tế xã bằng các khóa tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng quản lý điều trị cho người bệnh và cung cấp tài liệu hướng dẫn.

- Giai đoạn 2: Tăng cường tư vấn cá nhân, truyền thông nhóm tại trạm y tế và cung cấp sổ tay hướng dẫn tự quản lý tăng HA.

2.6. Biến số nghiên cứu

Để đánh giá hiệu quả của can thiệp, nghiên cứu sử dụng các số liệu khảo sát người bệnh tại thời điểm trước và

sau can thiệp trong từng nhóm. Biến số kết quả chính của can thiệp tổng điểm hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh được tính từ tổng điểm của 40 câu hỏi đánh giá hành vi tự quản lý bệnh. Mỗi câu hỏi hành vi là câu hỏi về tần suất 4 mức độ:

- 1: Không bao giờ.

- 2: thỉnh thoảng.

- 3: Thường xuyên.

- 4: Luôn luôn.

2.7. Kỹ thuật và phương pháp thu thập số liệu

Việc thu thập thông tin được tiến hành thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại 6 trạm y tế xã, sử dụng bộ câu hỏi định lượng có cấu trúc trên máy tính bằng tích hợp phần mềm ODK.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần Stata để làm sạch, xử lý và phân tích các số liệu. Để đánh giá sự thay đổi trước - sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, phương pháp hồi quy tuyến tính áp dụng cho biến đầu ra là biến liên tục (tổng điểm hành vi tự quản lý bệnh) được áp dụng phân tích sự khác biệt trong khác biệt (Difference in Difference - DiD) và kiểm soát các yếu tố nhiễu liên quan.

2.9. Đạo đức của nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng phê duyệt trước khi triển khai.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế, xã hội của người bệnh

	Đặc điểm	Can thiệp (n = 253)	Chứng (n = 239)	Chung (n = 492)
Tuổi	Trung bình (năm)	66,8	68,7	67,7
	Min-max (năm)	34-89	52-90	34-90
	< 50 tuổi	8 (3,2%)	0	8 (1,6%)
	50-59 tuổi	30 (11,9%)	33 (13,8%)	63 (12,8%)
	60-69 tuổi	114 (45,1%)	91 (38,1%)	205 (41,7%)
	≥ 70 tuổi	101 (39,9%)	115 (48,1%)	216 (43,9%)
Giới tính	Nam	96 (37,9%)	61 (25,5%)	157 (31,9%)
	Nữ	157 (61,8%)	178 (74,5%)	335 (68,1%)
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp tiểu học	16 (6,3%)	29 (12,1%)	45 (9,1%)
	Tiểu học	28 (11,1%)	40 (16,7%)	68 (13,8%)
	Trung học cơ sở	150 (59,3%)	137 (57,3%)	287 (58,3%)
	Trung học phổ thông	32 (12,7%)	19 (8,0%)	51 (10,4%)
	≥ Cao đẳng	27 (10,7%)	14 (5,9%)	41 (8,3%)
Nghề nghiệp	Đang làm việc	127 (50,2%)	80 (33,5%)	207 (42,1%)
	Không đi làm	47 (18,6%)	56 (23,4%)	103 (20,9%)
	Hưu trí	79 (31,2%)	103 (43,1%)	182 (37,0%)

Về độ tuổi, người bệnh ở nhóm can thiệp có tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm đối chứng (66,8 tuổi so với 68,7 tuổi). Về giới tính, nhóm đối chứng có tỷ lệ nữ cao hơn rõ rệt (74,5%) so với nhóm can thiệp (61,8%). Trình độ học vấn cũng có sự chênh lệch: tỷ lệ người có trình độ từ trung học phổ thông trở lên tại nhóm can thiệp là 23,4%, trong khi nhóm đối chứng chỉ đạt 13,9%. Về nghề nghiệp, phần lớn người bệnh trong nhóm can thiệp vẫn đang lao động (50,2%), trong khi nhóm đối chứng ghi nhận tỷ lệ cán bộ hưu trí cao hơn (43,1%).

Bảng 2. Tình trạng bệnh của người bệnh và tiếp cận dịch vụ

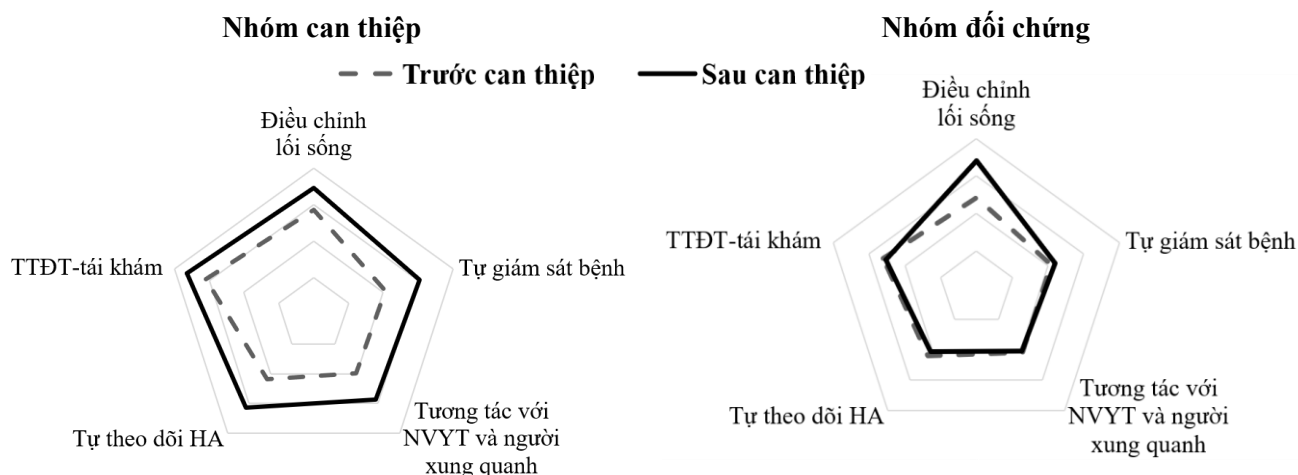
Tình trạng bệnh		Can thiệp (n = 253)	Chứng (n = 239)	Chung (n = 492)
Số bệnh mạn tính khác đang mắc	Không	126 (49,8%)	82 (34,3%)	208 (42,3%)
	Mắc thêm 1 bệnh	68 (26,9%)	16 (6,7%)	84 (17,1%)
	Mắc thêm ≥ 2 bệnh	59 (23,3%)	141 (59,0%)	200 (40,6%)
Tiền sử gia đình mắc bệnh tăng HA		110 (43,5%)	117 (48,9%)	227 (46,1%)
Thời gian mắc bệnh tăng HA	Dưới 1 năm	45 (17,8%)	22 (9,2%)	67 (13,6%)
	Từ 2 đến dưới 5 năm	96 (37,9%)	64 (26,8%)	160 (32,5%)
	Từ 5-10 năm	80 (31,6%)	112 (46,9%)	192 (39,0%)
	Trên 10 năm	32 (12,7%)	41 (17,1%)	73 (14,8%)
Đã được chẩn đoán bị biến chứng của bệnh tăng HA		231 (91,3%)	215 (90,0%)	446 (90,7%)
Cơ sở y tế bệnh nhân đang điều trị tăng HA	Không điều trị, tự điều trị	46 (18,2%)	75 (31,4%)	121 (24,6%)
	Trạm y tế xã	130 (51,4%)	58 (24,3%)	188 (38,2%)
	Trung tâm y tế huyện	62 (24,5%)	67 (28,0%)	129 (26,2%)
	Bệnh viện tuyến trên	10 (3,9%)	22 (9,2%)	32 (6,5%)
	Cơ sở y tế tư nhân	5 (2,0%)	17 (7,1%)	22 (4,5%)

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh trong nhóm can thiệp có tỷ lệ chỉ mắc tăng HA cao hơn so với nhóm đối chứng (49,8% so với 34,3%). Ngược lại, tỷ lệ mắc đồng thời từ hai bệnh mạn tính trở lên lại cao hơn đáng kể ở nhóm đối chứng (59%) so với nhóm can thiệp (23,3%). Bên cạnh đó, tỷ lệ người có thời gian mắc tăng HA từ 5 năm trở lên cũng cao hơn ở nhóm đối chứng (64%) so với nhóm can thiệp (44,3%).

Tỷ lệ người bệnh có tiền sử gia đình mắc tăng HA và đã từng được chẩn đoán có biến chứng của bệnh tăng HA không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm, đều dao động quanh mức 45% và 90%. Tuy nhiên, nhóm đối chứng ghi nhận tỷ lệ tự điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm can thiệp (31,4% so với 18,2%). Ngược lại, người bệnh trong nhóm can thiệp chủ yếu điều trị tại trạm y tế xã với tỷ lệ cao hơn (51,4%) so với nhóm đối chứng (24,3%).

3.2. Sự thay đổi về hành vi tự quản lý tăng HA trước và sau can thiệp

Biểu đồ 1 trình bày trực quan hóa rõ hơn sự thay đổi điểm trung bình của hai nhóm giữa hai thời điểm trước (đường kẻ đứt) và sau can thiệp (đường kẻ liền) đối với 5 câu phân hành vi tự quản lý tăng HA theo 5 câu phân hành vi tự quản lý gồm có: “tự điều chỉnh lối sống”, “tự giám sát bệnh”, “tương tác với nhân viên y tế và người xung quanh” để được hỗ trợ, “tự theo dõi HA”, “tuân thủ điều trị và tái khám định kỳ”.



Biểu đồ 1. Kết quả điểm trung bình tự quản lý tăng HA của hai nhóm trước và sau can thiệp

Ở nhóm can thiệp, biểu đồ cho thấy sự cải thiện rõ rệt ở cả 5 câu phần sau can thiệp. Mức tăng nổi bật được ghi nhận ở các câu phần: “tự giám sát bệnh” và “tự theo dõi HA”, với điểm sau can thiệp cao hơn đáng kể so với trước can thiệp, phản ánh rõ hiệu quả của chương trình trong hỗ trợ người bệnh nhận diện triệu chứng bất thường và hành vi theo dõi HA thường xuyên. Các câu phần còn lại như “tương tác với nhân viên y tế và người xung quanh”, “tuân thủ điều trị và tái khám định kỳ” cũng cho thấy sự cải thiện tích cực.

Ngược lại, nhóm đối chứng hầu như không ghi nhận sự thay đổi đáng kể sau can thiệp ở hầu hết câu phần, ngoại trừ “điều chỉnh lối sống”. Các đường biểu diễn trước và sau can thiệp gần như chồng lấp nhau, cho thấy mức độ cải thiện không rõ rệt, hoặc chỉ tăng nhẹ. Điều này bước đầu chứng minh giả định rằng những thay đổi tích cực trong nhóm can thiệp là kết quả của chương trình can thiệp.

Bảng. Mô hình hồi quy tuyến tính so sánh sự thay đổi về hành vi trước và sau can thiệp hiệu chỉnh theo các đặc điểm của người bệnh

Nhóm		Hệ số hồi quy	95% CI	p-values
Nhóm can thiệp (so với nhóm chứng)		5,00	1,15-8,84	0,011
Sau can thiệp (so với trước can thiệp)		11,69	8,43-14,94	< 0,001
Biến tương tác giữa thời gian và can thiệp		19,47	14,2-24,8	< 0,001
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	-	-	-
	60-70 tuổi	-0,141	-4,55-4,27	0,950
	> 70 tuổi	-0,421	-5,28-4,43	0,865
Giới tính (nam so với nữ)		-1,709	-5,27-1,93	0,357
Hôn nhân (sống cùng vợ/chồng so với không sống cùng vợ/chồng)		-3,374	-6,56-0,19	0,038
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	-	-	-
	Trung học cơ sở	5,874	2,39-9,35	0,001
	≥ Trung học phổ thông	9,565	4,41-14,7	< 0,001
Điều kiện kinh tế	Không có việc làm	-	-	-
	Đang đi làm	0,469	-2,86-3,79	0,782
	Hưu trí	0,418	-3,64-4,48	0,840
Đã có biến chứng (có so với không)		-0,253	-4,50-4,00	0,907
Mắc đa bệnh mạn tính	Chỉ bị tăng HA	-	-	-
	Thêm 1 bệnh	-2,859	-6,12-0,40	0,086
	Từ 2 bệnh trở lên	1,466	-0,80-5,04	0,421
Đã được quản lý điều trị tăng HA định kỳ tại cơ sở y tế (có quản lý so với chưa quản lý)		13,35	9,99-16,7	< 0,001

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy chương trình can thiệp có tác động rõ rệt và có ý nghĩa thống kê đến việc cải thiện hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh, ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh theo các đặc điểm cá nhân như nhân khẩu học, kinh tế xã hội, tình trạng bệnh và tiếp cận dịch vụ y tế. Cụ thể, nhóm người bệnh tại khu vực can thiệp có tổng điểm hành vi trung bình cao hơn nhóm đối chứng 5,0 điểm (95% CI: 1,15-8,84; $p = 0,011$), và tổng điểm hành vi sau can thiệp tăng trung bình 11,69 điểm so với trước can thiệp (95% CI: 8,43-14,94; $p < 0,001$). Hiệu ứng can thiệp thuần, thể hiện qua biến tương tác giữa thời gian và nhóm can thiệp, đạt 19,47 điểm (95% CI: 14,2-24,8; $p < 0,001$), cho thấy mức cải thiện đáng kể và có ý nghĩa thống kê.

Một số yếu tố cá nhân cũng liên quan đến hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh, gồm có trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và việc người bệnh đã được quản lý điều trị tăng HA tại một cơ sở y tế.

Về trình độ học vấn, người tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên cao hơn trung bình 9,6 điểm ($p < 0,001$), và người học trung học cơ sở cao hơn 5,9 điểm ($p = 0,001$) so với người có trình độ từ tiểu học trở xuống. Người bệnh sống cùng vợ/chồng có điểm hành vi thấp hơn trung bình 3,37 điểm so với người không sống cùng vợ/chồng ($p = 0,038$). Đáng chú ý, người bệnh đang được quản lý điều trị tăng HA tại cơ sở y tế có điểm hành vi cao hơn đáng kể so với người chưa từng quản lý, với mức chênh lệch trung bình là 13,4 điểm ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe kết hợp cung cấp công cụ hỗ trợ tự quản lý trong nghiên cứu đã góp phần cải thiện hành vi tự quản lý bệnh của người bệnh tăng HA. Kết quả phân tích khác biệt trong khác biệt đã khẳng định tác động độc lập và có ý nghĩa thống kê của chương trình can thiệp sau đối với hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh. Thực tiễn triển khai can thiệp tại tuyến y tế cơ sở đã cho thấy sự phối hợp hiệu quả giữa 3 cấu phần chính: cải thiện tổ chức cung ứng dịch vụ quản lý tăng HA tại trạm y tế xã, nâng cao vai trò của nhân viên y tế, và thúc đẩy sự tham gia chủ động của người bệnh. Sự liên kết đồng bộ giữa các cấu phần này chính là cơ sở để lý giải cho những cải thiện rõ rệt trong hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh đã ghi nhận sau can thiệp. Những phát hiện này phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu trong nước, cho thấy hiệu quả tích cực của việc sử dụng các tài liệu minh họa trực quan và tương tác cộng đồng trong cải thiện nhận thức và hành vi của người bệnh [3-4]. Một số yếu tố liên quan đến người bệnh cũng cho thấy mối liên quan đáng kể với hành vi tự quản lý. Người bệnh có trình độ học vấn cao hơn, đã được quản lý điều trị tăng HA tại cơ sở y tế trước đó là những yếu tố liên quan tích cực đến mức hành vi. Trong khi đó, người sống cùng vợ/chồng lại có điểm hành vi thấp hơn, gợi mở thêm các khía cạnh xã hội cần được khám phá trong nghiên cứu định tính.

Tổng thể, các kết quả này cho thấy chương trình can thiệp đã mang lại cải thiện hành vi thực chất, không chỉ giới hạn trong nhận thức mà mở rộng đến các hành vi theo dõi và tuân thủ điều trị. Những kết quả của nghiên cứu phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu can thiệp tại Việt Nam và quốc tế [2-7]. Dù vậy, tác động tích cực ở nhóm can thiệp phản ánh tính toàn diện của mô hình can thiệp, bao gồm tư vấn cá nhân hóa, tài liệu hỗ trợ trực quan và công cụ tự quản lý, góp phần tăng cường tương tác giữa người bệnh và nhân viên y tế, từ đó thúc đẩy thay đổi hành vi bền vững. Điều này khẳng định tính khả thi của việc ứng dụng mô hình tư vấn trực tiếp kết hợp công cụ hỗ trợ tự quản lý tại tuyến y tế cơ sở trong bối cảnh Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp đã mang lại cải thiện đáng kể trong hành vi tự quản lý tăng HA của người bệnh tại tuyến y tế xã, đặc biệt ở các hành vi như tự theo dõi HA, giám sát triệu chứng và tuân thủ điều trị. Mô hình can thiệp có tính khả thi cao, góp phần thúc đẩy vai trò chủ động của người bệnh và nâng cao năng lực quản lý tăng HA tại tuyến y tế cơ sở. Những kết quả này cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc mở

rộng và tích hợp mô hình vào chương trình quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng.

*

* *

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Dự án SUNI-SEA, Sở Y tế tỉnh Ninh Bình, các đơn vị y tế tuyến tỉnh, huyện và xã đã hỗ trợ triển khai nghiên cứu. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, các chuyên gia, đồng nghiệp, nhân viên y tế và người bệnh đã tham gia và đóng góp cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Vietnam, 2021. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific: Manila, 2024.
- [2] Van Truong P et al. Effects of self-management programs on blood pressure, self-efficacy, medication adherence and body mass index in older adults with hypertension: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Pract*, 2021, 27 (2): p. e12920.
- [3] Trần Thị Mỹ Hạnh. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi HA và tuân thủ điều trị ở người tăng HA trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2017.
- [4] Trần Văn Long. Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức - thực hành phòng chống bệnh tăng HA tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012. Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2015.
- [5] Bùi Mai Nguyệt Ánh và cộng sự. Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh tăng HA tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 502 (1): 39-42.
- [6] Junling G et al. Evaluation of group visits for Chinese hypertensives based on primary health care center. *Asia Pac J Public Health*, 2015, 27 (2): 350-60.
- [7] Bhandari B et al. Effectiveness and Acceptability of a Mobile Phone Text Messaging Intervention to Improve Blood Pressure Control (TEXT4BP) among Patients with Hypertension in Nepal: A Feasibility Randomised Controlled Trial. *Glob Heart*, 2022, 17 (1): p. 13.