BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

LÊ QUANG THỌ

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TRONG QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI HUYỆN HẠ HOÀ, TỈNH PHÚ THỌ

Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và tổ chức y tế

Mã số: 62720164

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Ngô Văn Toàn
2. PGS.TS. Nguyễn Thị Bạch Yến

Phản biện 1: GS.TS. Đào Văn Dũng

Phản biện 2: GS.TS. Trương Việt Dũng

Phản biện 3: GS.TS. Đỗ Doãn Lợi

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường họp tại Trường Đại học Y Hà Nội

Vào hồi giờ ngày tháng năm 2019

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Đại học Y Hà Nội

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ XUẤT BẢN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Lê Quang Thọ, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Bạch Yến (2018). Community-based intervention in hypertensive patients: improving knowledge and practices of prevention and control in Ha Hoa district, Phu Tho province. *Journal of Clinical Medicin*e. No.2, October, 113-122.
2. Lê Quang Thọ, Ngô Văn Toàn, Nguyễn Bạch Yến (2018). Đánh giá hiệu quả can thiệp năng cao năng lực TTYT huyện Hạ Hoà và các TYT xã trong phòng và điều trị THA, quản lý THA và một số yếu tố ảnh hưởng, giai đoạn 2015-2018. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. Số 5 (46), 112-119.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp (THA) đang là một trong những thách thức lớn nhất đối với sức khoẻ cộng đồng trên toàn cầu hiện nay, không chỉ cho các quốc gia phát triển mà còn cho cả các quốc gia đang phát triển. Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) ước tính năm 2015, khoảng ¼ dân số thế giới đang đối mặt với gánh nặng THA. Bệnh THA đã, đang và sẽ tiếp tục có những tác động to lớn đến sức khỏe cộng đồng cũng như sự phát triển kinh tế-xã hội của mỗi quốc gia, khu vực và toàn thế giới. Với những biến chứng khôn lường, THA luôn góp phần không nhỏ làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ tàn tật và giảm chất lượng cuộc sống của con người, đặc biệt là ở những quốc gia đang phát triển, có thu nhập trung bình và khá, trong đó có Việt Nam. Vấn đề rất quan trọng là nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh THA để họ có thể dự phòng, thay đổi hành vi lối sống, tăng cường hoạt động thể lực, áp dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý, tuân thủ điều trị nhằm đạt huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng có thể xảy ra. Hiện nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có một số chương trình can thiệp dự phòng, điều trị và quản lý THA. Hiệu quả của các chương trình can thiệp dự phòng và điều trị THA tỏ ra rất khả quan và có hiệu quả rõ rệt. Tuy nhiên, mô hình quản lý THA tại TYT xã vẫn chưa được thực hiện ở nhiều nơi và phần đông đối tượng nguy cơ cao và những bệnh nhân THA vẫn chưa có cơ hội được hưởng dịch vụ khám, tư vấn, phát hiện sớm, điều trị và quản lý THA có chất lượng ngay tại TYT xã, với chi phí hạn chế nhất, ít phiền hà nhất. Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ*" với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế và trạm y tế xã của huyện Hạ Hoà trong quản lý tăng huyết áp, giai đoạn 2015-2018.*
2. *Đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của bệnh nhân tăng huyết áp trong quản lý tăng huyết áp giai đoạn 2015-2018.*
3. *Mô tả một số yếu tố liên quan tới kết quả can thiệp quản lý tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện, các trạm y tế xã và trên bệnh nhân tăng huyết áp giai đoạn 2015-2018.*

Những đóng góp mới của luận án: Mô hình can thiệp quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng đã có hiệu quả cao trong việc nâng cao công tác quản lý tăng huyết áp tại TYTX và TTYTH, đồng thời nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh về bênh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng về giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, tiết kiệm được kinh phí và mang lại lợi ích cho người bệnh và gia đình. Đồng

thời, nghiên cứu cũng cung cấp được các bằng chứng khoa học cho công tác lập chính sách y tế và kế hoạch can thiệp quản lý tăng huyết áp cho các địa phương khác trong và ngoài tỉnh.

Bố cục của luận án: Luận án có 130 trang, bao gồm các phần: đặt vấn đề (3 trang), tổng quan (35 trang), đối tượng và phương pháp nghiên cứu (19 trang), kết quả (35 trang), bàn luận (35 trang), kết luận (02 trang), kiến nghị (01 trang). Luận án bao gồm 19 bảng và 11 biểu đồ và 1 sơ đồ. Luận án có 108 tài liệu tham khảo, gồm 76 tài liệu tiếng Anh và 32 tài liệu tiếng Việt.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tình hình bệnh tăng huyết áp ở một số nước trên thế giới và Việt Nam

Tại Vương quốc Anh, Theo Mindell và William, thống kê bệnh tim mạch năm 2017 cho thấy tỷ lệ mắc THA trong dân số từ 16 tuổi trở lên là 31% ở nam và 27% ở nữ, không có sự thay đổi đáng kể tỷ lệ này tính từ năm 2003. Tỷ lệ THA thấp nhất thuộc nhóm 16-24 tuổi (nữ: 2% và nam: 8%) và cao nhất ở nhóm từ 75 tuổi trở lên (nữ: 78% và nam: 66%). Tỷ lệ những người bị THA không được điều trị đã giảm đáng kể so với năm 2003 (từ 20% xuống còn 16% ở nam giới và từ 16% xuống còn 11% ở nữ giới). Tỷ lệ mắc THA ở người từ 16 tuổi trở lên tại các nước khác thuộc khối Liên hiệp Anh cũng có những con số tương tự. Theo thống kê tại Scotland, năm 2011, tỷ lệ THA ở nam giới là 33% và ở nữ giới là 32%. Ở Bắc Ailen năm 2011, tỷ lệ THA ở nam giới là 26% và ở nữ giới là 27%. Tại xứ Wale năm 2013, có 20% nam giới và 20% nữ giới được báo cáo là đang tham gia điều trị THA. Tại khu vực Đông Nam Á, Garii ước tính có 7,9 triệu người tử vong do BKLN (tương đương 55% tổng số tử vong) năm 2018, trong đó có 34% tử vong trước 60 tuổi, chiếm 23% tử vong sớm toàn thế giới. Các bệnh tim mạch là nguyên nhân dẫn tới 25% tổng số tử vong ở khu vực này và một trong những YTNC của bệnh tim mạch là THA. Tỷ lệ THA chiếm khoảng 36,6% người trưởng thành trong khu vực và là nguyên nhân tử vong của 1,5 triệu người mỗi năm.

Năm 2008, theo điều tra của Viện Tim mạch Trung ương - Bộ Y tế tiến hành tại 8 tỉnh và thành phố của nước ta, tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành ≥ 25 tuổi là 25,1%, nghĩa là cứ 4 người lớn ở nước ta thì có 1 người bị THA, nam cao hơn nữ (28,3% và 23,1%); tăng 48% so với tỷ lệ mắc công bố bởi Điều tra y tế toàn quốc năm 2001-2002. Tỷ lệ THA ở thành thị cao hơn ở nông thôn (32,7% và 17,3%). Năm 2015-2016, một nghiên cứu tại cộng đồng do Viện Tim mạch Việt Nam tiến hành tại 8 tỉnh/thành phố, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 25,1%, tỷ lệ tăng huyết áp khôgn được phát hiện là 51,6%, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp không được điều trị là 38,9%, tăng huyết áp chưa được kiểm soát là 63,7%. Theo thống kê của Bộ Y

tế, tại Việt Nam, tỷ lệ người tử vong do bệnh BKLN chiếm 56,1% năm 2015, trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần, thần kinh 2%.

1.2. Năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý tăng huyết áp

Mạng lưới Y tế cơ sở: Y tế cơ sở (YTCS) là mạng lưới bao gồm y tế thôn, xã, phường, quận, huyện bao gồm cả y tế công lập và y tế tư nhân. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế trên địa bàn tuyến huyện, có sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên những nguyên tắc và giá trị của CSSKBĐ. Khái niệm này tương đương với khái niệm "hệ thống y tế huyện" đang được sử dụng ở nhiều quốc gia.

Vai trò của y tế cơ sở trong quản lý tăng huyết áp: Việt Nam đang phải giải quyết gánh nặng bệnh tật kép gồm bệnh truyền nhiễm và BKLN, trong đó các BKLN đang gia tăng ngày càng trầm trọng, đặc biệt là các bệnh THA và tim mạch, ĐTĐ, Ung thư, COPD và hen phế quản. Gánh nặng của các BKLN chiếm tới trên 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc. Các BKLN cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam. Ước tính năm 2012 cả nước có 520.000 ca tử vong các loại, trong đó 379.600 (73%) ca tử vong là do các BKLN, tức là cứ 10 người chết thì có 7 người chết do các BKLN, chủ yếu là các bệnh tim mạch (33%), ung thư (18%), ĐTĐ (3%) và COPD (7%). Số người mắc BKLN trong cộng đồng hiện nay rất lớn, khoảng 12,5 triệu người mắc THA, 2,5 triệu người mắc bệnh ĐTĐ, trên 2 triệu người mắc COPD và hen phế quản và mỗi năm có khoảng 125.000 người mắc mới ung thư. Bên cạnh đó, các BKLN gây tàn phế nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được phát hiện sớm và điều trị, theo dõi, chăm sóc lâu dài.

1.3. Mô hình can thiệp phòng và điều trị bệnh tăng huyết áp

Dự án phòng và điều trị THA quốc gia: Dự án phòng và điều trị THA đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tháng 12 năm 2008 (Quyết định số 172/2008). Dự án do Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai chịu trách nhiệm triển khai dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế. Dự án đã bao phủ 474 huyện thuộc 63/63 tỉnh, thành phố.

Kết quả thực hiện theo một số mục tiêu chính của dự án: bao gồm một số biện pháp (i) Nâng cao nhận thức của người dân; (ii) Sàng lọc, phát hiện sớm; (iii) Đào tạo và phát triển nguồn nhân lực; (iv) Quản lý, hướng dẫn điều trị; (v) Quản lý thuốc và trang thiết bị; (vi) Điều tra, giám sát bệnh THA.

Mô hình quản lý và điều trị THA ở Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh: Đây là mô hình điều trị ngoại trú cho bệnh nhân THA tại bệnh viện đa khoa tỉnh - Đơn vị Điều trị THA tại tuyến tỉnh trong mô hình của dự án phòng và điều trị THA quốc gia. Bệnh nhân THA khi đến khám được làm bệnh án điều trị ngoại trú, được tư vấn, được theo dõi các lần khám bệnh, các diễn biến của bệnh, đáp ứng với thuốc cũng như các tác dụng phụ không mong muốn trong quá trình điều trị.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các đối tượng sau: (1) CBYT đang tham gia thực hiện công tác quản lý THA tại TTYT huyện và TYT xã; (2) TTYT huyện và 20 TYT xã bao gồm: trang thiết bị y tế, tài liệu, thuốc điều trị THA, tài liệu truyền thông, hồ sơ sổ sách quản lý bệnh nhân THA để đánh giá hiệu quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp; (3) Bệnh nhân THA được quản lý.

2.1.2. Địa bàn nghiên cứu : Nghiên cứu được thực hiện tại Hạ Hoà, tỉnh Phú Thọ và 20 xã (10 can thiệp và 10 xã đối chứng).

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2015-7/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng trong giai đoạn 2015-2018, kết hợp với thiết kế nghiên cứu định tính. Hiệu quả can thiệp được đánh giá trên 3 nhóm đối tượng: (i) cán bộ quản lý và cán bộ khám chữa bệnh nội khoa; (ii) trang thiết bị, tài liệu, hồ sơ sổ sách, hồ sơ bệnh nhân THA được quản lý tại TYT xã và (iii) người bệnh THA tại cộng đồng. Nghiên cứu định tính được sử dụng nhằm mô tả, tìm hiểu sâu thêm về một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp quản lý THA và góp phần tìm kiếm các giải pháp cải thiện tình hình.

2.3.2. Mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu trong thử nghiệm can thiệp cộng đồng bao gồm: (i) Cơ sở y tế: Chọn chủ đích TTYT huyện và 20 TYT xã thuộc huyện Hạ Hòa (bao gồm 10 xã can thiệp và 10 xã đối chứng); (ii) Cán bộ y tế: Cỡ mẫu được tính toán theo công thức áp dụng cho nghiên cứu can thiệp cho cán bộ y tế. Chúng tôi nghiên cứu được 100 CBYT (nhóm can thiệp 50 CBYT và nhóm đối chứng 50 CBYT). Tại mỗi TYT xã chọn tất cả cán bộ y tế được phân công thực hiện công tác khám chữa bệnh THA và các bệnh khác; (iii) Bệnh nhân THA: Cỡ mẫu tính được là $n_1 = n_2 = 187$ người bệnh THA. Mẫu ngẫu nhiên đơn được áp dụng trong nghiên cứu này. Tại 20 xã được chọn, lập danh sách người bệnh THA từ 25 tuổi hiện đang sống trên địa bàn và chọn mẫu ngẫu nhiên đơn lấy 18-20 người/xã.

2.3.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu trong nghiên cứu định tính:12 cán bộ y tế trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia các hoạt động quản lý THA tại TTYT huyện và TYT xã và 10 người dân thuộc các xã của huyện Hạ Hoà.

2.3.3. Các chỉ số nghiên cứu

2.3.3.1. Các chỉ tiêu, chỉ số cơ bản của mục tiêu 1: Tỷ lệ % cán bộ y tế được đào tạo, tập huấn về quản lý THA, tỷ lệ % cán bộ y tế có kiến thức về quản lý THA ở mức đạt (trả lời đúng ít nhất 24/31=75% câu hỏi về kiến thức dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA); tỷ lệ % cán bộ y tế có thực hành quản lý THA ở mức đạt (thực hiện đúng ít nhất 75% các bước thực hành trong quản lý THA); Tỷ lệ cơ sở y tế có đủ trang thiết bị phục vụ công tác quản lý THA; Tỷ lệ cơ sở y tế có đủ thuốc điều trị THA theo danh mục quy định; Tỷ lệ CSYT có tài liệu truyền thông và hồ sơ, sổ sách tại TTYT huyện và TYT xã.

2.3.3.2. Các chỉ tiêu, chỉ số cơ bản của mục tiêu 2: Tỷ lệ % bệnh nhân có kiến thức đúng về bệnh và cách phát hiện THA; Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức về các YTNC của THA; Tỷ lệ % bệnh nhân THA có kiến thức về các biện pháp phòng THA; Tỷ lệ % bệnh nhân THA có thái độ đúng về phòng chống THA; Tỷ lệ % bệnh nhân THA thực hành theo dõi huyết áp định kỳ; Tỷ lệ % bệnh nhân THA được điều trị đạt và duy trì ổn định huyết áp mục tiêu

2.3.4. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: (1) Thu thập số liệu bằng bảng kiểm kết hợp với quan sát để thu thập số liệu thứ cấp; (2) Phỏng vấn trực tiếp cán bộ y tế bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập các thông tin cá nhân, đánh giá kiến thức về bệnh THA và quản lý THA: (3) Sử dụng bảng kiểm để đánh giá kỹ năng của cán bộ y tế trong thực hành quản lý THA: (4) Phỏng vấn sâu cán bộ y tế TTYT huyện, TYT xã và người bệnh THA để tìm hiểu thực trạng khó khăn, thuận lợi trong quá trình triển khai quản lý THA tại tuyến xã, tuyến huyện; (5) Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân THA đã được chọn theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, kèm theo đo huyết áp.

2.3.5. Quy trình và các hoạt động can thiệp

2.3.5.1. Điều tra trước can thiệp: Điều tra phỏng vấn nhóm cán bộ y tế và nhóm người bệnh THA bằng các bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Quan sát đánh giá kỹ năng cán bộ y tế bằng bảng kiểm.Thu thập số liệu liên quan sẵn có tại TYT xã, TTYT huyện.

2.3.5.2. Triển khai các hoạt động can thiệp: (i) Kiện toàn *Ban điều hành phòng, chống các BKLN* của Sở Y tế; (ii) Thành lập *Nhóm giám sát và hỗ trợ kỹ thuật* của tỉnh về triển khai quản lý THA tại tuyến YTCS; (iii) Thành lập *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị phòng, chống THA* tại TYTT huyện; (iv) Tổ chức các lớp tập huấn về quản lý THA cho cán bộ y tế TTYT huyện và TYT các xã can thiệp; (v) Tổ chức các hoạt động truyền thông về phòng, chống THA tại cộng đồng ở 10 xã can thiệp; (vi) Triển khai thường xuyên công tác khám phát hiện, tư vấn, chuyển tuyến, điều trị và quản lý THA tại tất cả các TYT xã;

2.3.5.3. Điều tra đánh giá sau can thiệp: Các nội dung điều tra, phỏng vấn được tiến hành tương tự như điều tra trước can thiệp.

2.3.6. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập trên phần mềm EpiData 3.1. Chế độ kiểm tra chặt chẽ được thiết lập để tránh sai số do nhập số liệu. Toàn bộ số liệu sau khi nhập xong sẽ chuyển sang SPSS 15.0 để quản lý và phân tích. . Số liệu được phân tích và trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Test χ^2 và giá trị P được sử dụng để biểu thị sự khác biệt giữa các biến số độc lập và biến số phụ thuộc. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê khi p<0,05. Hiệu quả can thiệp cũng được tính cho các chỉ số nghiên cứu trước và sau can thiệp, cho cả 2 nhóm can thiệp và đối chứng. Việc nhận định hiệu quả can thiệp cần dựa trên cả 2 thông số đồng thời, đó là CSHQ và giá trị p.

2.3.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng xét tuyển nghiên cứu sinh của Trường thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi. Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin của những người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật hoàn toàn thông qua mã hóa các thông tin và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả nâng cao năng lực có sở y tế trong quản lý tăng huyết áp

3.1.1. Tại trạm y tế xã

Một số đặc trưng cá nhân như tuổi, giới, trình độ chuyên môn, số năm công tác trong ngành y của các cán bộ y tế giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng

Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về quản lý THA	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Kiến thức quản lý THA ở mức đạt	10 (23,8)	12 (28,6)	14 (26,9)	40 (76,9)	20,1	185,8	<0,05	165,7
	>0,05		<0,05					
Kiến thức chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	7 (16,7)	8 (19,0)	8 (19,0)	36 (69,2)	13,8	264,2	<0,05	245,2
	>0,05		<0,05					
Kiến thức về dự phòng bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	9 (21,4)	11 (21,1)	41 (78,8)	10,0	273,5	<0,05	263,5
	>0,05		<0,05					

So với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với p <0,05 và CSHQ tăng từ 165,7% đến 245,2%.

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành quản lý tăng huyết áp của cán bộ y tế xã can thiệp và đối chứng

Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành quản lý THA	Nhóm đối chứng (n=42)		Nhóm can thiệp (n=52)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Thực hành quản lý THA ở mức đạt	10 (23,8)	12 (28,6)	14 (26,9)	40 (76,9)	20,1	185,8	<0,05	165,7
	>0,05		<0,05					
Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh THA ở mức đạt	7 (16,7)	8 (19,0)	8 (19,0)	36 (69,2)	13,8	264,2	<0,05	245,2
	>0,05		<0,05					
Thực hành về dự phòng bệnh THA ở mức đạt	10 (23,8)	9 (21,4)	11 (21,1)	41 (78,8)	10,0	273,5	<0,05	263,5
	>0,05		<0,05					

So với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, tỷ lệ cán bộ y tế thực hành quản lý THA, sử dụng phần mềm quản lý THA, thực hành chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh THA ở mức đạt (>75%) đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê với p <0,05 và CSHQ tăng từ 73,4% đến 191,2%. Tại các TYT xã nhóm can thiệp, ở thời điểm trước can thiệp chỉ có 04 TYT xã (40%) có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế cần thiết được sử dụng để chẩn đoán, điều trị và quản lý THA, nhưng sau can thiệp 09 TYT xã (90%) đã có đủ 15 loại trang thiết bị y tế và được sử dụng thường xuyên cho công tác quản lý THA tại xã. Tại các TYT xã nhóm can thiệp, trước can thiệp chỉ có 5 TYT (50%) có đủ các nhóm thuốc cần thiết được sử dụng để điều trị THA (nhóm chẹn kênh can xi: nifedipin, amlodipin; nhóm ức chế men chuyển: perindopril, captopril, enalapril; nhóm đối kháng thụ thể: losartan; nhóm lợi tiểu: hydroclothiazid/furosemid; thuốc chống đông máu aspirin), nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng và chủng loại thuốc đáp ứng yêu cầu điều trị THA ở tuyến xã. Tại các TYT xã nhóm can thiệp, các sổ sách, hồ sơ phục vụ việc đăng ký khám chữa bệnh, chẩn đoán, chỉ định thuốc điều

trị, hẹn tái khám…gồm sổ khám bệnh A1/YTCS, bệnh án điều trị ngoại trú bệnh nhân THA (dùng để theo dõi, quản lý THA) trước can thiệp chỉ có 2 TYT xã (20%) thực hiện và ghi chép đầy đủ thông tin cần thiết, nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã thực hiện tốt việc này. Tại các TYT xã nhóm can thiệp, một số tài liệu truyền thông như tờ rơi phát cho người bệnh THA, tin/bài/thông điệp phát thanh trên Đài truyền thanh, băng rôn, pa nô treo ở TYT và một số nơi công cộng ở thời điểm trước can thiệp chỉ có 3 TYT xã (30%) có đầy đủ số lượng nhưng sau can thiệp tất cả 10 TYT xã (100%) đã có đủ số lượng các tài liệu truyền thông.

3.1.2. Tại trung tâm y tế huyện

Tại TTYT huyện, 22 cán bộ thuộc *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị dự phòng THA* đều được đào tạo về chẩn đoán, điều trị, dự phòng, quản lý THA và công tác giám sát hỗ trợ tại các xã. Năng lực điều trị, dự phòng và quản lý THA đều được nâng cao. Đồng thời, tất cả các loại thuốc, trang thiết bị y tế, tài liệu truyền thông phục vụ công tác dự phòng, phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý THA đều đầy đủ sau can thiệp. Đặc biệt, công tác giám sát hỗ trợ của *Đơn vị điều trị THA* và *Đơn vị dự phòng THA* đối với các TYT xã cũng được thực hiện định kỳ hàng tháng.

3.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh

3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức thái độ và thực hành tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp

3.2.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.8. Hiệu quả nâng cao kiến thức về định nghĩa và cách phát hiện tăng huyết áp

Kiến thức và cách phát hiện tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Hiểu biết định nghĩa về THA	76 (40,6)	83 (44,0)	81 (43,3)	167 (89,3)	8,8	106,2	<0,01	97,4
	p>0,05		p<0,01					
Hiểu biết về phát hiện THA bằng đo huyết áp	94 (50,3)	97 (51,9)	87 (46,5)	152 (81,3)	3,2	74,8	<0,01	71,6
	p>0,05		p<0,01					

Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (89,3% sau can thiệp so với 43,3% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau

can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu về định nghĩa của THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 94,7%). Tương tự, trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê (81,3% sau can thiệp so với 46,5% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu cách phát hiện THA bằng đo huyết áp tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 71,6%).

Bảng 3.9. Hiệu quả nâng cao kiến thức về triệu chứng của tăng huyết áp

Kiến thức về các triệu chứng của bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Nhức đầu	182 (97,3)	171 (91,4)	177 (94,7)	180 (96,3)	6,1	1,7	>0,05	4,4*
	p>0,05		p>0,05					
Chóng mặt	176 (94,1)	183 (97,9)	162 (94,7)	176 (94,1)	4,0	0,6	>0,05	3,4*
	p>0,05		p>0,05					
Ù tai	86 (46,0)	124 (66,3)	89 (47,6)	163 (87,1)	44,1	84,0	<0,01	39,9
	p>0,05		p<0,01					
Hoa mắt	165 (88,2)	166 (88,8)	134 (71,7)	180 (96,3)	0,7	95,3	<0,02	84,6
	p>0,05		p<0,01					
Bốc hoả	95 (50,8)	90 (48,1)	99 (52,9)	135 (72,2)	2,6	36,5	<0,03	33,9
	p>0,05		p<0,05					

**: CSHQ giảm (giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp)*

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu triệu chứng ù tai, hoa mắt và bốc hoả riêng biệt của bệnh THA là tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p<0,01 và CSHQ dao động từ 33,9 đến 84,6%). Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu triệu chứng nhức đầu và chóng mặt không tăng sau can thiệp mà còn giảm nhẹ nhưng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu tất cả 9 YTNC của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (90,4% sau can thiệp so với 66,8% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 9 YTNC của bệnh THA của tăng cao (90,4% so với 70%), có ý nghĩa thống kê với p<0,01 và CSHQ tăng 82,5%.

Bảng 3.10. Hiệu quả nâng cao kiến thức về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp

Kiến thức về các nguy cơ của bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Ăn nhiều dầu mỡ động vật	148 (79,1)	161 (86,1)	155 (82,9)	185 (98,9)	8,8	19,3	>0,05	10,5
	p>0,05		p<0,01					
Ăn mặn	173 (92,5)	182 (97,3)	163 (87,2)	181 (96,8)	5,2	11,0	>0,05	5,8
	p>0,05		p<0,05					
Hút thuốc lá	137 (73,3)	160 (85,6)	129 (69,0)	178 (95,2)	16,8	42,3	<0,05	25,5
	p>0,05		p<0,01					
Thừa cân béo phì	133 (71,1)	118 (63,1)	137 (73,3)	153 (81,8)	11,3	12,0	<0,05	1,0
	p>0,05		p>0,05					
Uống nhiều rượu bia	161 (86,1)	169 (90,4)	141 (75,4)	158 (84,5)	5,0	12,1	>0,05	7,1
	p>0,05		p>0,05					
Ăn nhiều đồ ngọt	102 (54,5)	102 (54,5)	93 (49,7)	152 (81,3)	0	80,3	<0,01	80,3
	p>0,05		p<0,01					
Ít hoạt động thể lực	111 (59,4)	117 (62,6)	91 (48,7)	136 (72,7)	5,4	49,3	<0,05	43,9
	p>0,05		p<0,01					
Căng thẳng thần kinh	122 (65,2)	141 (75,4)	93 (49,7)	172 (92,0)	15,6	91,0	<0,01	75,4
	p>0,05		p<0,01					

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu từng YTNC riêng biệt như thừa cân béo phì, ăn nhiều đồ ngọt, ít hoạt động thể lực, gia đình có người THA và căng thẳng thần kinh tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01 và có CSHQ can thiệp tăng). Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 69,5% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu tất cả 8 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 87,3%).

Bảng 3.11. Hiệu quả nâng cao kiến thức từng biện pháp dự phòng bệnh tăng huyết áp

Kiến thức về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Không ăn nhiều dầu mỡ động vật	150 (80,2)	163 (87,2)	161 (86,1)	185 (98,9)	6,2	14,9	<0,05	8,7
	p > 0,05		p < 0,05					
Không ăn mặn	177 (94,7)	181 (96,8)	174 (93,0)	179 (95,7)	2,2	2,9	>0,05	0,7
	p > 0,05		p > 0,05					
Không hút thuốc lá	139 (74,3)	169 (90,4)	140 (74,9)	176 (94,1)	21,7	25,6	>0,05	3,9
	p > 0,05		p < 0,05					
Kiểm soát cân nặng	124 (66,3)	119 (63,6)	132 (70,6)	144 (77,0)	5,0	9,1	<0,05	4,1
	p > 0,05		p >0,05					
Hạn chế uống rượu bia	163 (87,2)	170 (90,9)	151 (80,7)	160 (85,6)	4,2	6,2	>0,05	
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế ăn uống đồ ngọt	98 (52,4)	99 (52,9)	101 (54,0)	105 (56,1)	1,0	3,9	>0,05	2,9
	p > 0,05		p > 0,05					
Tăng cường hoạt động thể lực	126 (67,4)	114 (61,0)	107 (51,3)	162 (86,6)	11,0	68,8	<0,01	58,8
	p > 0,05		p < 0,01					
Giải toả căng thẳng	114 (61,0)	134 (71,7)	116 (62,0)	145 (77,5)	17,5	25,0	<0,05	7,5
	p > 0,05		p < 0,05					

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu từng biện pháp dự phòng bệnh THA như không ăn nhiều dầu mỡ động vật, kiểm soát cân nặng, tăng cường hoạt động thể lực và giải toả căng thẳng tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu biện pháp dự phòng như không ăn mặn, hạn chế uống rượu bia và hạn chế ăn uống đồ ngọt và không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (83,4% sau can thiệp so với 56,1% trước can thiệp với p<0,05). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 6 biến chứng của bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,05 và CSHQ tăng 80,6%).

Bảng 3.12. Hiệu quả nâng cao kiến thức về từng biến chứng của tăng huyết áp

Kiến thức về biến chứng của bệnh THA	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Đột quỵ	184 (98,4)	184 (98,4)	182 (97,3)	184 (98,4)	0	1,1	>0,05	1,1
	p > 0,05		p > 0,05					
Nhồi máu cơ tim	129 (69,0)	130 (69,5)	150 (80,2)	145 (77,5)	0,7	3,6	>0,05	2,9
	p > 0,05		p > 0,05					
Suy tim	83 (44,4)	101 (54,0)	96 (51,3)	156 (83,4)	21,6	43,1	<0,01	21,5
	p > 0,05		p < 0,05					
Suy thận	58 (31,0)	58 (31,0)	69 (36,9)	107 (57,2)	0	55,0	<0,01	55,0
	p > 0,05		p < 0,05					
Mù	64 (34,2)	54 (28,9)	58 (31,0)	115 (61,5)	15,5	98,4	<0,01	82,9
	p > 0,05		p < 0,05					
Tử vong	140 (74,9)	145 (77,5)	137 (73,3)	172 (92,0)				
	p > 0,05		p < 0,05		3,5	25,6	<0,05	22,1

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu đúng từng biến chứng của bệnh THA như suy tim, suy thận, mù và tử vong tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu các biến chứng của THA như đột quị và nhồi máu cơ tim không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (88,8% sau can thiệp so với 68,5% trước can thiệp với p<0,05). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp hiểu đúng về 8 phương pháp điều trị bệnh bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,05 và CSHQ tăng 22,2%).

Bảng 3.13. Hiệu quả nâng cao kiến thức về điều trị bệnh tăng huyết áp

Kiến thức về điều trị và nơi khám chữa bệnh tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Thuốc hạ huyết áp	140 (74,9)	151 (80,7)	135 (72,1)	184 (98,4)	7,7	37,7	<0,05	30,0
	p > 0,05		p < 0,05					
Thuốc lợi tiểu	58 (31,0)	70 (37,4)	60 (32,1)	65 (34,8)	20,7	11,5	>0,05	9,2*
	p > 0,05		p >0,05					
Hạn chế ăn mặn	150 (80,2)	171 (91,4)	169 (90,4)	175 (93,6)	14,0	3,5	>0,05	10,5*
	p > 0,05		p > 0,05					
Hạn chế ăn mỡ động vật	120 (64,2)	135 (72,2)	149 (79,7)	176 (94,1)	12,5	93,1	<0,05	80,6
	p > 0,05		p < 0,05					
Tăng cường ăn rau quả	139 (74,3)	153 (81,8)	138 (73,8)	178 (95,2)	10,1	94,2	<0,01	84,1
	p > 0,05		p < 0,05					
Cai thuốc lá	88 (47,1)	102 (54,5)	110 (58,8)	138 (73,8)	15,7	72,8	<0,05	57,1
	p > 0,05		p < 0,05					
Hạn chế rượu bia	88 (47,1)	91 (48,7)	110 (58,8)	167 (93,8)	3,4	59,5	<0,01	56,1
	p > 0,05		p < 0,01					

**: CSHQ giảm (giữa nhóm can thiệp và đối chứng sau can thiệp)*

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu đúng từng phương pháp điều trị bệnh THA như sử dụng thuốc hạ huyết áp, hạn chế ăn mỡ động vật, tăng cường ăn rau quả, cai thuốc lá và hạn chế rượu bia tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp hiểu phương pháp điều trị bệnh THA như sử dụng thuốc lợi tiểu, và hạn chế ăn mặn không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

3.2.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.14. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Thái độ về quản lý tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
THA là bệnh nguy hiểm	118 (63,1)	125 (66,8)	112 (59,8)	165 (88,2)	9,1	47,5	<0,05	38,4
	>0,05		>0,05					
THA có thể điều trị ổn định	121 (64,7)	129 (69,9)	119 (63,6)	177 (94,7)	8,0	49,0	<0,01	41,0
	>0,05		<0,01					
Cần đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế	129 (68,9)	121 (64,7)	115 (61,5)	175 (93,6)	6,1	52,2	<0,01	46,1
	>0,05		<0,01					
Cần sử dụng thuốc theo hướng dẫn	115 (61,5)	121 (64,7)	117 (62,6)	180 (96,3)	5,2	53,8	<0,01	48,6
	>0,05		<0,01					

Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về phòng chống bệnh THA như THA là một bệnh nguy hiểm, bệnh THA có thể điều trị được, cần đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế khi mắc THA và cần sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sỹ tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ <0,05 đến <0,01. Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (93,6% sau can thiệp so với 63,1% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thái độ đúng về cả 9 biện pháp dự phòng bệnh bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 45,9%).

Bảng 3.15. Hiệu quả nâng cao thái độ dự phòng bệnh tăng huyết áp

Thái độ về dự phòng tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Cần uống thuốc hạ huyết áp	186 (99,5)	185 (98,9)	176 (94,1)	178 (95,2)	0,06	1,1	>0,05	0,5
	>0,05		>0,05					
Cần uống thuốc lợi tiểu	52 (27,8)	45 (24,1)	62 (33,2)	96 (51,3)	0,8	54,5	<0,05	53,7
	>0,05		<0,05					
Cần hạn chế ăn mặn	174 (93,0)	176 (94,1)	170 (90,9)	181 (96,8)	1,2	6,5	>0,05	5,3
	>0,05		>0,05					
Cần hạn chế ăn nhiều mỡ động vật	144 (77,0)	155 (82,9)	146 (78,1)	180 (96,3)	7,7	23,3	<0,05	15,6
	>0,05		<0,05					
Cần tăng cường ăn rau quả	155 (82,9)	165 (88,2)	145 (77,5)	135 (72,2)	6,4	6,8	>0,05	0,4
	>0,05		>0,05					
Cần tăng cường hoạt động thể lực	134 (71,7)	138 (73,8)	126 (67,4)	182 (97,3)	2,9	44,5	<0,01	41,6
	>0,05		<0,01					
Cần cai thuốc lá	107 (57,2)	112 (59,9)	111 (54,9)	168 (89,8)	4,5	63,6	<0,01	58,9
	>0,05		<0,01					
Cần kiểm soát cân nặng	98 (52,4)	90 (48,1)	101 (54,0)	136 (72,7)	7,1	34,6	<0,05	27,5
	>0,05		<0,05					

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thái độ đúng từng biện pháp dự phòng bệnh THA như cần sử dụng thuốc lợi tiểu, hạn chế ăn nhiều mỡ động vật, tăng cường hoạt động thể lực, cai thuốc lá và kiểm soát cân nặng tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thái độ đúng về các biện pháp dự phòng THA như cần uống thuốc hạ huyết áp, cần uống thuốc y học cổ truyền, cần hạn chế ăn mặn và cần tăng cường ăn rau quả không tăng sau can thiệp và không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

3.2.2.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành về quản lý tăng huyết áp

Bảng 3.16. Hiệu quả nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và điều trị bệnh

Thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, điều trị tăng huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Kiểm tra huyết áp thường xuyên	113 (60,4)	121 (64,7)	122 (65,2)	172 (92,0)	7,1	41,1	<0,01	34,0
	>0,05		<0,01					
Uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ	106 (56,7)	115 (61,5)	110 (58,8)	174 (93,1)	8,5	58,3	<0,01	49,8
	>0,05		<0,01					
Sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng	156 (83,4)	164 (87,7)	125 (66,8)	179 (95,7)	4,0	43,3	<0,01	39,3
	>0,05		<0,01					
Đăng ký tham gia chương trình quản lý THA	119 (63,6)	125 (66,8)	123 (65,8)	179 (95,7)	5,0	45,4	<0,05	40,4
	>0,05		<0,01					

Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA đều tăng mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ <0,05 đến <0,01. So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành theo dõi huyết áp thường xuyên, uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ, sử dụng thuốc huyết áp khám định kỳ hàng tháng và đăng ký tham gia chương trình quản lý THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê với p dao động từ <0,05 đến <0,01 và CSHQ tăng dao động từ 34-49,8%). Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê (91,4% sau can thiệp so với 55,6% trước can thiệp với p<0,01). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 59,5%).

Bảng 3.17. Hiệu quả nâng cao thực hành tuân thủ chế độ điều trị tăng huyết áp

Thực hành tuân thủ chế độ uống thuốc và thay đổi lối sống	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		CSHQ		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Tuân thủ chế độ uống thuốc hạ huyết áp	160 (85,6)	168 (89,8)	135 (72,2)	182 (97,3)	4,9	34,8	<0,05	29,9
	>0,05		<0,01					
Sử dụng thuốc lợi tiểu hạ huyết áp	131 (70,1)	139 (74,3)	102 (54,5)	175 (93,6)	6,0	71,7	<0,01	65,7
	>0,05		<0,01					
Hạn chế ăn mặn	129 (68,9)	125 (66,8)	121 (64,7)	176 (94,1)	3,0	45,4	<0,01	42,4
	>0,05		<0,01					
Hạn chế ăn nhiều dầu mỡ động vật	136 (77,2)	114 (61,0)	117 (62,6)	178 (95,2)	17,1	52,1	<0,01	35,0
	>0,05		<0,01					
Ăn nhiều hoa quả	127 (67,9)	113 (60,4)	108 (57,8)	156 (83,4)	11,0	44,3	<0,05	33,3
	>0,05		<0,05					
Tăng cường hoạt động thể lực	106 (56,7)	93 (49,7)	98 (52,4)	179 (95,7)	12,3	82,6	<0,01	70,3
	>0,05		<0,05					
Cai thuốc lá	80 (42,7)	76 (40,6)	70 (37,4)	165 (88,2)	4,9	135,8	<0,01	130,9
	>0,05		<0,05					
Hạn chế uống rượu	92 (49,9)	88 (47,1)	89 (47,6)	179 (95,7)	5,6	101,1	<0,01	95,5
	>0,05		<0,05					

So với nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân THA trong nhóm can thiệp có thực hành từng biện pháp điều trị bệnh THA tăng mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p dao động từ 0,05 đến <0,01) và có CSHQ tăng dao động từ 13,5% đến 130,9%.

Bảng 3.18. Hiệu quả duy trì huyết áp mục tiêu cho bệnh nhân tăng huyết áp

Huyết áp	Nhóm đối chứng (n=187)		Nhóm can thiệp (n=187)		Chỉ số hiệu quả (CSHQ)		P CT/ĐC	CSHQ CT/ĐC (%)
	Trước (%)	Sau (%)	Trước (%)	Sau (%)	ĐC (%)	CT (%)		
Đạt huyết áp mục tiêu	95 (50,8)	100 (53,5)	92 (49,2)	125 (66,8)	5,3	35,8	<0,05	30,5
	>0,05		<0,05					

Trong nhóm bệnh nhân can thiệp, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (66,8% sau can thiệp so với 49,2% trước can thiệp với p<0,05). So với nhóm đối chứng, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao mang ý nghĩa thống kê (p<0,01 và CSHQ tăng 30,5%).

3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp phòng chống bệnh THA

Nhân lực y tế: Yếu tố ảnh hưởng đầu tiên tới chất lượng cung cấp dịch vụ khám phát hiện, tư vấn, điều trị và quản lý THA tại các tuyến YTCS của huyện Hạ Hoà là thiếu nhân lực y tế, đặc biệt là các cán bộ y tế có trình độ và kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Mỗi TYT xã chỉ có một bác sỹ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân THA nhưng họ có quá nhiều công việc phải làm ở TYT xã trên địa bàn xã miền núi khoảng cách giữa các thôn là khá xa và khó đi lại ở mùa mưa. Một yếu tố nữa cũng ảnh hưởng đến hoạt động can thiệp phòng chống THA tại xã, đó là công tác giám sát, chỉ đạo về chuyên môn của cán bộ y tế tuyến huyện và tuyến tỉnh. Theo kế hoạch đầu năm, việc hướng dẫn chuyên môn và giám sát hoạt động quản lý hoạt động can thiệp phòng chống THA tại các xã là 1 tháng/lần. Tuy nhiên, do còn nhiều công việc khác, các cán bộ y tế huyện không thực hiện được các công việc này thường xuyên. Chất lượng của hoạt động giám sát và chỉ đạo chuyên môn vẫn còn một số điểm hạn chế. Một trong những hạn chế khá lớn tại TYT xã/thị trấn, đó là việc sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA trên máy tính. Hạn chế chủ yếu đó là cán bộ y tế được giao trách nhiệm không đủ kỹ năng để khai thác phần mềm quản lý bệnh nhân THA tại xã. Kết quả quan sát của chúng tôi cho thấy chỉ có khoảng 2/3 TYT xã là có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm này. Thách thức này cần thiết phải được giải quyết ngay thông qua các hoạt giám sát của cán bộ y tế tuyến trên tại TYT xã.

Truyền thông tư vấn: Truyền thông, tư vấn cho người bệnh THA là rất quan trọng trong công tác kiểm soát huyết áp mục tiêu, đặc biệt là chế độ sử dụng

thuốc hạ huyết áp và điều chỉnh hành vi, lối sống như thay đổi chế độ ăn (giảm ăn muối, ăn nhiều rau quả, ăn ít dầu mỡ), tăng cường hoạt động thể lực, cai thuốc lá/thuốc lào, hạn chế sử dụng rượu/bia... Những khó khăn về công tác truyền thông của cán bộ y tế xã chủ yếu do tài liệu truyền thông không đầy đủ và hạn chế về các kỹ năng truyền thông trong phòng chống bệnh THA, mặc dù họ đều được tập huấn và cung cấp. Một trong những khó khăn nữa, đó là truyền thông trên loa truyền thanh tại các khu dân cư là hình thức truyền thông chính. Những thông điệp cho người bệnh THA trên loa truyền thanh còn hạn chế về nội dung, mặt khác là truyền thông một chiều nên hiệu quả chưa cao. Công tác tư vấn cho người bệnh THA tại TYT xã chưa thực sự có chất lượng và hiệu quả cao, do người bệnh đến TYT xã khám bệnh và lĩnh thuốc không đều, do bản thân người bệnh cũng bận và cán bộ y tế xã còn bị chi phối bởi nhiều nhiệm vụ khác nên thời gian tương tác, trao đổi giữa họ chưa đầy đủ, vì vậy chưa *cá thể hoá* (personalized medication) tối ưu được quá trình điều trị, đặc biệt là trong sử dụng thuốc hạ áp và trong điều chỉnh hành vi lối sống cho từng người bệnh.

Đăng ký và quản lý bệnh nhân THA mới: Công tác phát hiện, đăng ký và quản lý bệnh nhân THA tại các xã can thiệp cũng đã được cải thiện nhiều so với các xã đối chứng. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất là phát hiện mới bệnh nhân THA để đưa vào điều trị, quản lý. Còn nhiều người mắc tiền THA hoặc THA nhưng chưa được phát hiện do họ không đi khám bệnh và đo huyết áp. TYT xã và TTYT huyện cũng đã tổ chức các đợt khám sàng lọc miễn phí nhằm phát hiện THA cho những người từ 30 tuổi trở lên, tuy nhiên vì nhiều lý do khác nhau, vẫn còn rất nhiều người ở độ tuổi này không tham gia khám sàng lọc. Vì vậy, những người đang trong độ tuổi lao động được phát hiện mắc THA còn ít, trung bình hàng tháng chỉ phát hiện được từ 2-3 người/xã can thiệp. Chủ yếu những người này vô tình được phát hiện mắc THA khi đi khám bệnh khác tại TYT hoặc TTYT huyện và chỉ số ít chủ động đi khám khi có một số triệu chứng của THA.

Người bệnh THA: Một khó khăn đối với người dân trong việc phát hiện và được điều trị bệnh THA, đó là chưa hiểu biết rõ về các triệu chứng biểu hiện, các biến chứng cũng như cách dự phòng và điều trị THA mặc dù đã có nhưng hoạt động truyền thông tại xã. Khó khăn này càng rõ hơn đối với những người cao tuổi, trình độ học vấn thấp, điều kiện kinh tế chưa dư giả và sống ở các xã miền núi xa trung tâm. Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc THA tại cộng đồng, nhưng không được phát hiện, điều trị và quản lý.

Chương 4
BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực TTYT huyện và TYT xã trong quản lý tăng huyết áp

4.1.1. Nâng cao kiến thức, kỹ năng của cán bộ y tế về quản lý THA:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy so với nhóm đối chứng cũng như so với nhóm can thiệp trước khi can thiệp, số lượng cán bộ y tế được đào tạo về các nội dung chuyên môn về THA bao gồm quản lý THA đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Một số nghiên cứu ở các quốc gia đang phát triển cũng cho thấy rõ điều này. Không chỉ có đào tạo, việc giám sát "cầm tay chỉ việc" nâng cao kỹ năng cho cán bộ y tế cũng là một hình thức giúp người cán bộ y tế có thực hành tốt hơn và bền vững hơn. Nghiên cứu của Katende và cộng sự (2014) tại Uganda cho thấy sau 3 tháng đào tạo không liên tục và giám sát cho các cán bộ y tế ở phòng khám của bệnh viện, tất cả các kiến thức và kỹ năng về chẩn đoán, điều trị, dự phòng và truyền thông tư vấn về THA đều tăng. Từ chỗ kiến thức và thực hành đo huyết áp rất thấp, sau can thiệp tăng cao (42,9% lên 71,4%), kiến thức và kỹ năng về sử dụng thuốc huyết áp tăng sau can thiệp (28,6% lên 87,5%). Nghiên cứucứu tại Brazin cho thấy kiến thức và kỹ năng của cán bộ y tế sau can thiệp tăng cao và mang ý nghĩa thống kê. Kỹ năng đo huyết áp cánh tay đúng kỹ thuật và kết quả đúng tăng sau can thiệp 38,9% lên 77,8%; chăm sóc bệnh nhân THA tăng từ 41,2% lên 89,5%. Barry và cộng sự (2011) đã tổng quan được 92 bài báo quốc tế và công trình xuất bản quốc tế đã cung cấp được các bằng chứng về vai trò của y tế cơ sở, sự phối hợp của các cán bộ y tế trong chẩn đoán, điều trị và quản lý THA. Tại Việt Nam, các nghiên cứu can thiệp về bệnh huyết áp chưa được triển khai rộng rãi và cũng mới chỉ có một vài nghiên cứu trong thời gian gần đây, chủ yếu là từ các nghiên cứu của các trường đại học và bệnh viện lớn. Từ năm 2008, đã có dự án can thiệp quản lý THA trên phạm vi cả 63 tỉnh thành do Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai chủ trì. Kết quả rất khả quan, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá tính bền vững cũng như khả năng nhân rộng của chương trình.

4.1.2. Kết quả bổ xung trang thiết bị y tế, thuốc điều trị, hồ sơ quản lý THA

Một nghiên cứu tổng quan Meta trên 86 công trình khoa học nghiên cứu trên thế giới năm 2013 đã cho thấy vai trò của hệ thống y tế đến hiểu biết, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh nhân THA tại cộng đồng do Maimaris và cộng sự tiến hành. Các tác giả đã đi đến kết luận rằng dù cho ở các quốc gia khác nhau, có cấu trúc hệ thống y tế khác nhau nhưng can thiệp đầu tư cho cán bộ y tế, trang thiết bị, thuốc và hệ thống sổ sách phương tiện quản lý bệnh nhân THA thì hiệu quả duy trì huyết áp mục tiêu là rất khả quan. Mức độ

giảm huyết áp tối đa dao động trung bình là 26,5 mmHg (15,5-45,5 mm Hg) và tối thiểu trung bình là 17,2 mmHg (7,1-27,3 mmHg).

4.2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành về quản lý tăng huyết áp của người bệnh THA

4.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức thái độ và thực hành

4.2.1.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức phòng, điều trị bệnh THA

Để có thể nâng cao kiến thức của người bệnh THA thì việc truyền thông giáo dục sức khoẻ cho người bệnh là một trong những biện pháp rất quan trọng. Một nghiên cứu tổng quan được thực hiện năm 2015 và một nghiên cứu khác năm 2009 đã cho kết luận rằng thông qua các biện pháp can thiệp truyền thông, người bệnh THA có thể hiểu rõ tình trạng bệnh của họ cũng như các YTNC và từ đó tăng cường tuân thủ các biện pháp điều trị để duy trì huyết áp mục tiêu và dự phòng các biến chứng do bệnh THA mang lại như đột quị, nhồi máu cơ tim, suy tim và tử vong. Tương tự, cũng có một số ít nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho kết quả tương tự. Thông qua công tác truyền thông, những hiểu biết chưa đúng của họ về THA cũng được thay đổi cho đúng và làm tăng tuân thủ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá phù hợp với các nghiên cứu trên. Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự phối hợp giữa các hoạt động gồm truyền thông chung tại cộng đồng, tư vấn tại TYT xã, các can thiệp quản lý THA của TYT xã và TTYT huyện. Sự tiếp cận thường xuyên và đa dạng với các kênh thông tin càng cải thiện kiến thức cho người bệnh THA tại cộng đồng. Lý do làm cho hiệu quả tăng cao hơn các nghiên cứu khác trong nước, đó là: (1) Người bệnh THA có cơ hội gặp gỡ cán bộ y tế và có thể có cơ hội nhiều hơn để được tư vấn trực tiếp thông qua việc khám định kỳ và thuốc điều trị THA tại cơ sở y tế; (2) Đối tượng nghiên cứu là người bệnh THA, họ có mối quan tâm nhiều hơn về bệnh tình của họ. Một số nghiên cứu trên đối tượng là bệnh nhân THA cũng đã đưa ra được những bằng chứng về các yếu tố trên.

4.2.1.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao thái độ về quản lý tăng huyết áp

Thái độ là quan điểm của bệnh nhân THA liên quan đến bệnh THA như tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng hợp lý, rèn luyện thể lực và dự phòng biến chứng của THA. Các nghiên cứu về thái độ nhiều khi rất khó khăn trong thu thập số liệu do phải kết hợp giữa phỏng vấn với quan sát đối tượng nghiên cứu và nhiều khi cần phải phối hợp giữa nghiên cứu định lượng và định tính. Mặt khác, người bệnh ít khi có thái độ cởi mở về bệnh tình của mình và nhà nghiên cứu rất khó đo lường được tính chính xác và độ tin cậy của kết quả nghiên cứu về thái độ. Một số nghiên cứu từ các quốc gia đang phát triển như Châu Phi hay Trung Quốc đã cho thấy nhiều bệnh nhân THA ở cộng đồng có thái độ giấu thông tin về bệnh của mình với những người khác ở cộng đồng và cả các thầy thuốc. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi về sự thay đổi thái độ của người bệnh THA sau can thiệp rất khả quan. Một số nghiên cứu ở trong và ngoài nước cũng cho kết quả nghiên cứu khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi về sự thay đổi thái độ của người bệnh THA. Tại Việt Nam, hiện cũng đã có một số ít nghiên cứu về can thiệp cộng đồng nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho cả bệnh nhân THA cũng như người dân tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của họ khá phù hợp với các kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của 2 tác giả Trần Văn Long (2015) và Nguyễn Kim Kế (2012) cho thấy thái độ của người bệnh THA tại cộng đồng tăng khá cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp tại tỉnh Nam Định và Hưng Yên.

4.2.1.3. Hiệu quả can thiệp nâng cao thực hành quản lý bệnh tăng huyết áp

Nâng cao thực hành tuân thủ chỉ định điều trị và những khuyến cáo thay đổi hành vi lối sống của người bệnh THA tại cộng đồng cần có sự phối hợp hài hoà, thường xuyên giữa hoạt động truyền thông-tư vấn cho người bệnh và những đóng góp rất tích cực, kiên trì, trách nhiệm của cán bộ YTCS và hệ thống quản lý THA tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả rất cao của những biện pháp can thiệp. Kết quả nghiên cứu của một số nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho kết quả tương tự như kết quả của chúng tôi, đó là tăng cường được thực hành của người bệnh THA sau can thiệp, tuy không đồng đều nhưng đều mang ý nghĩa thống kê. Đây cũng là minh chứng khẳng định chắc chắn về hiệu quả của công tác truyền thông cũng như hiệu quả can thiệp lên tuyến YTCS. Nghiên cứu của Lu (2015) tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ người tham gia hoạt động thể lực trước can thiệp là như nhau ở cả nhóm can thiệp và đối chứng. Sau can thiệp, tỷ lệ hoạt động thể lực tăng cao ở cả 2 nhóm. Như vậy, từ các kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam, có thể kết luận rằng các hoạt động can thiệp truyền thông tại cộng đồng cũng như hoạt động tư vấn tại các cơ sở y tế cho những kết quả rất khả quan trong công tác quản lý bệnh THA cũng như nâng cao kiến thức, thực hành và duy trì huyết áp mục tiêu cho người bệnh THA. Tuy nhiên, sự thay đổi về kiến thức, thực hành về định nghĩa, phát hiện, tuân thủ chế độ điều trị, dự phòng biến chứng của THA cũng như duy trì huyết áp mục tiêu ở mức độ khác nhau do đối tượng nghiên cứu khác nhau và thời gian nghiên cứu khác nhau.

4.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp phòng chống bệnh THA

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ và quản lý THA tại các cơ sở y tế huyện Hạ Hoà và các TYT xã đó là thiếu nhân lực y tế có trình độ và kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Mỗi TYT xã chỉ có một bác sỹ là người có trách nhiệm và quyết định trong việc chẩn đoán, kê đơn điều trị bệnh nhân THA, nhưng họ có quá nhiều công việc phải làm ở TYT xã. Một trong những hạn chế khá lớn tại TYT xã là

việc sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA trên máy tính. Hạn chế chủ yếu đó là cán bộ y tế được giao trách nhiệm không đủ kiến thức, kỹ năng để khai thác phần mềm quản lý bệnh nhân THA tại xã. Kết quả quan sát của chúng tôi cho thấy chỉ có khoảng 2/3 TYT xã là có khả năng sử dụng thành thạo phần mềm này. Thách thức này cần thiết phải được giải quyết sớm thông qua các hoạt giám sát, "cầm tay chỉ việc" của cán bộ y tế tuyến trên tại TYT xã. Khó khăn trong thực hiện hoạt động truyền thông của cán bộ y tế xã chủ yếu do tài liệu truyền thông không đầy đủ và hạn chế các kỹ năng truyền thông-tư vấn về phòng chống THA, mặc dù họ đều được tập huấn và cung cấp. Một trong những khó khăn nữa, đó là truyền thông trên loa truyền thanh tại các khu dân cư là hình thức truyền thông chính, những thông điệp cho người bệnh THA trên loa truyền thanh còn hạn chế về nội dung, mặt khác là truyền thông một chiều, không có sự tương tác nên hiệu quả truyền thông không cao. Công tác tư vấn cho người bệnh THA tại TYT xã không đều do người bệnh đến TYT xã lấy thuốc và khám bệnh không đều, thời gian tư vấn chưa nhiều do bản thân không ít bệnh nhân cũng bận và cán bộ y tế xã cũng nhiều việc. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam cũng đã chỉ ra rằng công tác truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng mang tính chất một chiều, người được truyền thông không có cơ hội để trao đổi trực tiếp về những thắc mắc và những mối quan tâm của họ. Những khó khăn từ phía TTYT huyện chủ yếu tập trung vào công tác giám sát và chỉ đạo chuyên môn. Trong giai đoạn đầu can thiệp, ngành y tế huyện đã rất cố gắng đầu tư về nguồn lực và nhân lực cho công tác quản lý bệnh nhân THA tại các xã. Một khó khăn nữa đối với người dân trong việc được phát hiện và được điều trị bệnh THA, đó là mặc dù đã có nhưng hoạt động truyền thông tại xã, song vẫn còn không ít người chưa hiểu biết rõ về các triệu chứng biểu hiện, các biến chứng cũng như cách dự phòng và điều trị THA, đặc biệt đối với những người cao tuổi, trình độ học vấn thấp, nghèo và sống ở các xã miền núi xa trung tâm.

KẾT LUẬN

1. Hiệu quả can thiệp nâng cao năng lực trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã trong quản lý THA: Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao năng lực cán bộ trung tâm y tế huyện (TTYTH) và trạm y tế xã (TYTX) về quản lý tăng huyết áp (THA). Tỷ lệ cán bộ y tế có kiến thức và thực hành về quản lý THA ở mức đạt (>75%), đều tăng nhiều so với trước can thiệp. Tại các TYTX thuộc nhóm can thiệp, trước khi can thiệp, tỷ lệ TYTX có đầy đủ 15 loại trang thiết bị y tế và thuốc phục vụ quản lý THA đều tăng (40%- 90% và (50%-100%).

2. Hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành quản lý THA của người bệnh: Các biện pháp can thiệp có hiệu quả rõ rệt trong nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh THA về quản lý THA. Hầu hết các

kiến thức về bệnh THA ở nhóm can thiệp đều tăng cao mang ý nghĩa thống kê sau can thiệp (p<0,05-<0,001) và chỉ số hiệu quả (CSHQ) tăng (71,6%-97,4%). Tỷ lệ bệnh nhân THA có thái độ tốt về quản lý tăng HA gia tăng ở nhóm can thiệp (p<0,05-<0,01; CSHQ: 38,4%-48,6%). Tỷ lệ bệnh nhân THA có thực hành tốt về quản lý tăng HA tăng cao ở nhóm can thiệp (p<0,05-<0,01; CSHQ: 34%- 59%). Sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA ở nhóm can thiệp duy trì được huyết áp mục tiêu tăng cao (p<0,01; CSHQ tăng 30,5%).

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp: Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu từ phía cơ sở y tế bao gồm thiếu nhân lực có kinh nghiệm về quản lý THA tại TYTX. Kỹ năng sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân THA, hoạt động truyền thông tư vấn trực tiếp, công tác giám sát hỗ trợ quản lý bệnh nhân THA còn hạn chế. Những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả quản lý người bệnh THA là khả năng tiếp cận về mặt địa lý, đặc biệt là người trung và cao tuổi ở các xã miền núi; và kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh THA còn thấp, đặc biệt là những người cao tuổi, dân tộc và trình độ học vấn thấp.

KHUYẾN NGHỊ

Cần xác định rõ vai trò, nhiệm vụ của TYT xã trong phòng và quản lý THA gồm: (i) thông tin, giáo dục truyền thông về THA và các YTNC; (ii) khám sàng lọc phát hiện THA và chỉ điều trị và quản lý THA đơn thuần, không có biến chứng; (iii) kiểm tra tiến triển của bệnh, chuyển tuyến khi thấy bất thường hoặc theo định kỳ; (iv) cung cấp thuốc theo hướng dẫn của tuyến trên đối với THA phức tạp; (v) tư vấn thay đổi hành vi, lối sống; (vi) lập hồ sơ, bệnh án ngoại trú quản lý lâu dài. Tiếp tục củng cố tổ chức và nhân lực bộ phận chỉ đạo tuyến của trung tâm để tăng cường giám sát hỗ trợ kỹ thuật một cách thường xuyên và hiệu quả cho TYT xã, đầu tư thoả đáng cho hoạt động này.

Cần tuyệt đối tuân thủ chế độ điều trị và những khuyến cáo điều chỉnh hành vi lối sống theo chỉ định của thầy thuốc để kiểm soát huyết áp nhằm đạt và duy trì huyết áp mục tiêu. Ngoài thông tin, kiến thức tiếp nhận được từ tư vấn của thầy thuốc, nếu có thể, người bệnh THA nên chủ động kết hợp tìm kiếm thông tin, kiến thức liên quan trên các website chính thống của các cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Y tế, Sở Y tế để cá thể hoá tốt nhất quá trình điều trị suốt đời của mình.