

# HIỆU QUẢ CỦA MÔ HÌNH CỘNG TÁC VIÊN TRONG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI QUẬN 10 THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Cao Nguyễn Hoài Thương<sup>1,✉</sup>, Trần Thiện Thuận<sup>2</sup>, Võ Thị Xuân Hạnh<sup>1</sup>  
Lê Kiều Chinh<sup>1</sup>, Bùi Hồng Cẩm<sup>1</sup>, Trần Thanh Thiên Trúc<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá sự cải thiện tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp sau khi áp dụng mô hình cộng tác viên vãng gia giáo dục sức khỏe và theo dõi, quản lý thông tin bệnh trong 6 tháng. Thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2021, với phường 10 là phường can thiệp và phường 6 là phường chứng. Sau can thiệp, tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc tăng ở cả 2 phường, tuy nhiên chưa tìm thấy sự khác biệt giữa phường can thiệp và phường chứng ( $PR = 2,06$  và  $1,97$ ;  $p > 0,05$ ). Tỉ lệ tái khám giảm ở cả 2 phường, trong đó phường can thiệp giảm ít hơn phường chứng có ý nghĩa thống kê ( $PR = 0,86$  và  $0,69$ ;  $p < 0,001$ ). Tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu tại phường can thiệp tăng 7%, còn ở phường chứng giảm 27% ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu đã cung cấp những kết quả cho thấy tác động ban đầu của mô hình cộng tác viên trong việc hỗ trợ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị và cải thiện tình trạng bệnh.

**Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, tăng huyết áp, cộng tác viên, can thiệp cộng đồng, người cao tuổi.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là nguyên nhân chính gây tử vong sớm trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019, ước tính có khoảng 1,13 tỷ người bị tăng huyết áp, 2/3 trong số đó sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.<sup>1</sup> Việt Nam hiện nay cũng đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm, trong đó có tăng huyết áp.<sup>2</sup>

Người bệnh tăng huyết áp cần được theo dõi và phải điều trị liên tục cũng như tuân thủ điều trị một cách chặt chẽ. Tuy nhiên, trên thực tế, vấn đề không tuân thủ điều trị vẫn hiện hữu ở mọi quốc gia trên thế giới.<sup>3</sup> Tại Việt Nam, theo một số nghiên cứu thì tỷ lệ này dưới 30%.<sup>4,5</sup> Để

đối phó với tình hình này, Tổ chức Y tế Thế giới kêu gọi các nước ưu tiên tập trung vào chăm sóc sức khỏe ban đầu và dựa vào cộng đồng trong phòng, chống tăng huyết áp và bệnh không lây nhiễm.<sup>6</sup> Trong các mô hình đã triển khai và công bố những năm gần đây thì mô hình cộng tác viên y tế đã được chứng minh là có hiệu quả và tính kinh tế ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.<sup>7,8</sup>

Tại thành phố Hồ Chí Minh, từ năm 2016 - 2019 có triển khai chương trình Cộng đồng vì trái tim khỏe do tổ chức PATH (Program for Appropriate Technology in Health) phối hợp với Cục y tế dự phòng - Bộ Y tế thực hiện. Chương trình này đã tiến hành thử nghiệm mô hình phân tầng trong phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý tăng huyết áp tại 4 quận: quận 8, quận 12, quận Gò Vấp và thành phố Thủ Đức.<sup>9</sup> Ngoài ra vào năm 2020, tại thành phố Thủ Đức có triển khai thí điểm quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế.<sup>10</sup> Các mô hình này đã cung cấp

Tác giả liên hệ: Cao Nguyễn Hoài Thương

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Email: caonguyenhoaituong@pnt.edu.vn

Ngày nhận: 31/03/2023

Ngày được chấp nhận: 13/04/2023

những bằng chứng về tính hiệu quả trong công tác chẩn đoán sớm, tăng khả năng điều trị và cải thiện kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân. Tuy nhiên, hạn chế của các nghiên cứu kể trên là không có nhóm chứng để so sánh kết quả và chủ yếu là sử dụng nhân viên y tế tại trạm là nhân lực triển khai can thiệp, chưa phát huy được sự tham gia và hỗ trợ của lực lượng cộng tác viên tại địa phương.

Tại quận 10 thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2017, nhóm nghiên cứu đã thực hiện một cuộc điều tra và ước tính có khoảng 14.000 người dân trên 60 tuổi đang sống chung với bệnh tăng huyết áp. Nghiêm trọng hơn là trên 50% số bệnh nhân này vẫn có chỉ số huyết áp cao vào thời điểm nghiên cứu.<sup>11</sup> Chính vì vậy, với mục đích cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng cường tuân thủ điều trị, phòng ngừa biến chứng, tử vong ở những bệnh nhân tăng huyết áp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu “So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc và tái khám của người  $\geq 60$  tuổi bị tăng huyết áp sau khi áp dụng mô hình cộng tác viên trong vắng gia giáo dục sức khỏe và theo dõi, quản lý thông tin bệnh tại phường can thiệp so với phường chứng”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người  $\geq 60$  tuổi đã được chẩn đoán tăng huyết áp tại phường 10 và phường 6, quận 10 thành phố Hồ Chí Minh tại thời điểm nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Người  $\geq 60$  tuổi có chẩn đoán tăng huyết áp qua phỏng vấn, đang sống tại phường 6 và phường 10 quận 10 thành phố Hồ Chí Minh ít nhất 3 tháng tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Những người không có khả năng trả lời phỏng vấn hay mắc các bệnh tâm thần, những

người sau khi phỏng vấn xác định lại không có chẩn đoán tăng huyết áp của cơ sở y tế.

## 2. Phương pháp

### *Thiết kế nghiên cứu*

Nghiên cứu can thiệp cộng đồng tại quận 10 thành phố Hồ Chí Minh được thực hiện như sau:

- Nghiên cứu cắt ngang xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị và tái khám ở người  $\geq 60$  tuổi bị tăng huyết áp tại phường can thiệp (phường 10) và phường chứng (phường 6) trước can thiệp (tháng 11/2020).

- Thực hiện can thiệp cộng đồng trong 6 tháng, áp dụng mô hình cộng tác viên để hỗ trợ nhân viên y tế tại trạm trong vắng gia giáo dục sức khỏe về tuân thủ điều trị và theo dõi, quản lý thông tin bệnh cho bệnh nhân tăng huyết áp tại phường 10 (từ tháng 12/2020 - 5/2021).

- Đánh giá lại về tỉ lệ tuân thủ điều trị và tái khám ở người  $\geq 60$  tuổi bị tăng huyết áp đã tham gia nghiên cứu ở giai đoạn 1 tại phường 10 và phường 6 sau can thiệp (tháng 5/2021).

### *Cỡ mẫu*

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu để so sánh 2 tỉ lệ, với  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,1$ ;  $p_2 = 0,284$  (tỉ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp khi không can thiệp)<sup>5</sup> và  $p_1 = 0,50$  (ước lượng tỉ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp sau can thiệp), dự trừ mất mẫu 20%, ta tính được mỗi phường cần nghiên cứu ít nhất 133 người. Thực tế, trước can thiệp nghiên cứu khảo sát được 256 người tại phường 10 và 281 người tại phường 6, sau can thiệp còn lại 231 người tại phường 10 và 249 người tại phường 6.

### *Chọn mẫu*

Chọn mẫu có chủ đích, cụ thể như sau:

- Điều tra viên sẽ đến nhà tất cả những người  $\geq 60$  tuổi của mỗi phường (từ nguồn điều tra dân số của phòng y tế quận 10) theo địa chỉ trên danh sách để xác định người  $\geq 60$  tuổi có tăng huyết áp bằng cách phỏng vấn. Nếu có

tăng huyết áp sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu.

- Tất cả người  $\geq 60$  tuổi tăng huyết áp đồng ý tham gia được đánh giá tuân thủ điều trị và tái khám trước can thiệp, sau đó những người nào ở phường 10 tiếp tục tham gia chương trình can thiệp, còn những người tại phường 6 tiếp tục như thường quy tại địa phương.

- Sau can thiệp, nghiên cứu tiến hành đánh giá lại tuân thủ điều trị và tái khám của tất cả người bệnh tăng huyết áp (đã tham gia nghiên cứu) tại 2 phường.

### **Chương trình can thiệp**

- Xây dựng đội ngũ cộng tác viên tại phường 10: từ các nguồn cộng tác viên sẵn có, hội phụ nữ, hội người cao tuổi, nhóm nghiên cứu tiến hành giới thiệu về chương trình can thiệp và mời tham gia, những người đồng ý sẽ ký vào phiếu đồng thuận và được tập huấn các nội dung cần thiết. Tổng cộng có 10 cộng tác viên nữ tham gia vào nghiên cứu.

- Xây dựng tài liệu: sổ tay hướng dẫn người bệnh, sổ tay hướng dẫn cộng tác viên, sổ vãng gia.

- Tập huấn cho cộng tác viên những kiến thức về bệnh tăng huyết áp và cách hướng dẫn cho bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị, đồng thời tập huấn kỹ năng vãng gia và cách sử dụng biểu đồ ước tính nguy cơ tim mạch. Sau tập huấn, nghiên cứu thực hiện lượng giá lại kiến thức và kỹ năng của nhóm cộng tác viên và bổ sung ngay những nội dung nào chưa đạt để đảm bảo những cộng tác viên này đủ khả năng thực hiện can thiệp.

- Khi bắt đầu can thiệp, mỗi tháng 1 lần, các cộng tác viên tiến hành vãng gia theo danh sách bệnh nhân do mình quản lý (từ 20 - 25 bệnh nhân/1 cộng tác viên) để nhắc nhở tuân thủ điều trị, tái khám đều đặn thông qua sổ tay hướng dẫn người bệnh và cập nhật thông tin về huyết áp, tái khám, nhập viện, bệnh mới mắc

vào sổ tay vãng gia.

- Sau khi cộng tác viên hoàn thành vãng gia toàn bộ bệnh nhân trong danh sách quản lý (trong 1 tháng), cộng tác viên gửi sổ vãng gia cho nhân viên phụ trách công tác quản lý bệnh không lây tại Trạm y tế để cập nhật thông tin vào phần mềm của trạm. Vào tháng tiếp theo, cộng tác viên quay lại trạm y tế để nhận lại sổ tay và tiếp tục công tác vãng gia.

- Nhóm nghiên cứu có cuộc họp định kỳ vào đầu mỗi tháng (từ ngày 1 - 10 hàng tháng, tùy theo lịch thời gian của cộng tác viên) tại trạm y tế để hỏi thăm về công tác vãng gia, những khó khăn trong quá trình triển khai, trả lời những thắc mắc, chia sẻ kinh nghiệm giữa các thành viên trong nhóm và gửi kinh phí cho cộng tác viên.

### **Biến số và chỉ số nghiên cứu**

- *Tuân thủ điều trị dùng thuốc tăng huyết áp*: được đo lường bằng thang đo tuân thủ điều trị của Morisky (8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)), bao gồm 8 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá theo điểm số là 0 và 1 điểm, tổng điểm cao nhất là 8 điểm, người bệnh được coi là tuân thủ khi có từ 6 - 8 điểm.<sup>12</sup>

- *Tuân thủ tái khám*: người bệnh được cho là tuân thủ khi có tái khám bệnh tăng huyết áp theo đúng lịch hẹn của bác sĩ hoặc sớm/trễ hẹn trong vòng 3 ngày, liên tục 3 lần trong 3 tháng qua.

- *Huyết áp mục tiêu*: người bệnh được xác định đạt mục tiêu điều trị huyết áp khi huyết áp tâm thu  $< 140$ mmHg và huyết áp tâm trương  $< 90$ mmHg (chỉ số huyết áp được đo 2 lần vào thời điểm phỏng vấn, mỗi lần cách nhau 15 phút, bởi điều tra viên đã được tập huấn cách đo và tính bằng số trung bình giữa 2 lần đo).

### **Thu thập số liệu**

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn và đo huyết áp.

Bộ câu hỏi soạn sẵn gồm có:

1. Thông tin chung: tuổi, giới, bảo hiểm y tế.
2. Đặc điểm bệnh sử: thời gian mắc bệnh, biến chứng bệnh, bệnh mạn tính đi kèm.
3. Đánh giá tuân thủ điều trị dùng thuốc (thang đo Morisky<sup>12</sup>) và đánh giá tuân thủ tái khám.

### Xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả: tất cả các biến số đều được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm.

Thống kê phân tích: sử dụng mô hình GEE (Generalized Estimating Equation) để so sánh sự thay đổi về tỉ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc, tỉ lệ tuân thủ tái khám và đạt huyết áp mục tiêu trước và sau can thiệp giữa phường 10 và phường chứng.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của các đối tượng tham gia, các đối tượng đều dựa trên cơ sở tự nguyện, được giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu, mục tiêu can thiệp, các phương pháp tiến hành, tính bảo mật và

việc sử dụng kết quả nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được tư vấn về các vấn đề sức khỏe. Phường chứng vẫn triển khai các hoạt động như bình thường tại địa phương.

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

### III. KẾT QUẢ

Vào thời điểm bắt đầu, tại phường 10 có 256 người và phường 6 có 281 người  $\geq 60$  tuổi bị tăng huyết áp tham gia nghiên cứu. Sau can thiệp, tổng số người còn lại là 480 người (89,4%), trong đó có 9,8% người ở phường can thiệp và 11,4% người ở phường chứng bị tử vong hoặc đã chuyển đi khỏi địa phương. Không có sự khác biệt về các đặc điểm tuổi, giới, tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc và tái khám giữa nhóm mất mẫu ở phường can thiệp và phường chứng.

Như vậy, tổng cộng có 480 người, trong đó có 231 người ở phường can thiệp và 249 người ở phường chứng được đưa vào phân tích kết quả.

**Bảng 1. Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng (n = 480)	Phường can thiệp (n = 231)	Phường chứng (n = 249)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Giới tính</b>			
Nam	172 (35,8)	86 (37,2)	86 (34,5)
Nữ	308 (64,2)	145 (62,8)	163 (65,5)
<b>Nhóm tuổi</b>			
60 - 70 tuổi	268 (55,8)	117 (50,7)	151 (60,7)
71 - 80 tuổi	158 (32,9)	79 (34,2)	79 (31,7)
> 80 tuổi	54 (11,3)	35 (15,1)	19 (7,6)

Đặc điểm	Tổng (n = 480)	Phường can thiệp (n = 231)	Phường chứng (n = 249)
<b>Nghề nghiệp 6 tháng qua</b>			
Hưu trí/nội trợ	428 (89,2)	201 (87,0)	227 (91,2)
Kinh doanh/buôn bán	35 (7,3)	20 (8,7)	15 (6,0)
Lao động tự do	17 (3,5)	10 (4,3)	7 (2,8)
<b>Trình độ học vấn</b>			
Cấp 1 trở xuống	101 (21,0)	78 (33,8)	23 (9,2)
Cấp 2	109 (22,7)	59 (25,5)	50 (20,1)
Cấp 3	153 (31,9)	57 (24,7)	96 (38,6)
Cao đẳng/Đại học	117 (24,4)	37 (16,0)	80 (32,1)
<b>Bảo hiểm y tế</b>			
Có	464 (96,7)	228 (98,7)	236 (94,8)
Không	16 (3,3)	3 (1,3)	13 (5,2)

Mẫu nghiên cứu đưa vào phân tích sau can thiệp có tỉ lệ nữ giới là 64,2% và nhóm từ 60 - 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 55,8%. Chỉ có một số ít người cao tuổi có kinh doanh buôn

bán hoặc làm lao động tự do (10,8%). Trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên chiếm 56,3%. Đa số có bảo hiểm y tế (96,7%).

**Bảng 2. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh trước và sau can thiệp**

Tuân thủ dùng thuốc		Phường can thiệp	Phường chứng
		n (%)	n (%)
Thời điểm đánh giá	Trước can thiệp	35 (15,2)	24 (9,6)
	Sau can thiệp	149 (64,5)	93 (37,4)
So sánh trước sau can thiệp trong từng phường*	PR (KTC 95%)	<b>2,06 (1,76 - 2,41)</b>	<b>1,97 (1,60 - 2,42)</b>
	$p_{\text{trước - sau}}$	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>
So sánh sự thay đổi đối giữa phường can thiệp và chứng*	PR (KTC 95%)	1,05 (0,81 – 1,36)	
	$p_{\text{CT - Chứng}}$	0,720	

(\*): Mô hình GEE

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc trước và sau can thiệp ở cả 2 phường, ở phường can thiệp thì tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc tăng 2,06 lần còn ở phường chứng

thì tỉ lệ này tăng lên 1,97 lần. Tuy nhiên khi so sánh sự thay đổi về tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc giữa 2 phường với nhau thì nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. So sánh sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ tái khám của người bệnh trước và sau can thiệp**

Tuân thủ tái khám		Phường can thiệp	Phường chứng
		n (%)	n (%)
Thời điểm đánh giá	Trước can thiệp	174 (75,3)	196 (78,7)
	Sau can thiệp	128 (55,4)	93 (37,4)
So sánh trước sau can thiệp trong từng phường*	PR (KTC 95%)	<b>0,86 (0,81 - 0,91)</b>	<b>0,69 (0,63 - 0,75)</b>
	$P_{\text{trước - sau}}$	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>
So sánh sự thay đổi giữa phường can thiệp và chứng*	PR (KTC 95%)	<b>1,25 (1,12 - 1,38)</b>	
	$P_{\text{CT - Chứng}}$	<b>&lt; 0,001</b>	

(\*): Mô hình GEE

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ tái khám trước và sau can thiệp ở cả 2 phường, ở phường can thiệp thì tỉ lệ tuân thủ tái khám giảm 14%, còn ở phường chứng thì tỉ lệ này giảm 31%. Khi so sánh giữa 2 phường thì

sự thay đổi về tỉ lệ tuân thủ tái khám ở phường can thiệp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với phường chứng, trong đó phường can thiệp bị giảm tỉ lệ tuân thủ tái khám ít hơn so với phường chứng.

**Bảng 4. Đặc điểm về đạt huyết áp mục tiêu của mẫu nghiên cứu sau can thiệp**

Huyết áp mục tiêu		Phường can thiệp	Phường chứng
		n (%)	n (%)
Thời điểm đánh giá	Trước can thiệp	160 (69,3)	143 (57,4)
	Sau can thiệp	183 (79,2)	76 (30,5)
So sánh trước sau can thiệp trong từng phường*	PR (KTC 95%)	<b>1,07 (1,02 - 1,12)</b>	<b>0,73 (0,65 - 0,81)</b>
	$P_{\text{trước - sau}}$	<b>0,007</b>	<b>&lt; 0,001</b>
So sánh sự thay đổi giữa phường can thiệp và chứng*	PR (KTC 95%)	<b>1,47 (1,30 - 1,65)</b>	
	$P_{\text{CT - Chứng}}$	<b>&lt; 0,001</b>	

(\*): Mô hình GEE

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở thời điểm trước sau can thiệp ở cả phường can thiệp và phường chứng, trong đó tại phường can thiệp tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu tăng 1,07 lần, còn ở phường chứng tỉ lệ này giảm 27%. Khi so sánh giữa 2 phường thì sự thay đổi tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở phường can thiệp có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê so với phường chứng.

#### IV. BÀN LUẬN

Sau can thiệp, nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt giữa phường can thiệp và phường chứng về sự thay đổi tỉ lệ tuân thủ tái khám (phường can thiệp có tỉ lệ tuân thủ tái khám giảm ít hơn so với phường chứng), nhưng

chưa tìm thấy sự khác biệt ở việc tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc giữa 2 phường.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để thử nghiệm và chứng minh hiệu quả của đội ngũ nhân viên y tế cộng đồng (Community Health Workers) trong hỗ trợ quản lý và giúp tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp.<sup>13,14</sup> Hiệp hội Y tế Công cộng Hoa Kỳ (American Public Health Association - APHA) đã định nghĩa “Nhân viên y tế cộng đồng là những nhân viên y tế công cộng tuyển đầu, là những thành viên đáng tin cậy và có hiểu biết sâu sắc về cộng đồng mà họ phụ trách. Những người này đóng vai trò là đầu mối liên kết hoặc làm trung gian giữa các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế và cộng đồng, nhằm tăng khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng dịch vụ. Nhân viên y tế cộng đồng cũng giúp nâng cao năng lực của cá nhân và cộng đồng thông qua một loạt các hoạt động như tiếp cận cộng đồng, giáo dục cộng đồng, tư vấn, hỗ trợ và vận động xã hội”.<sup>15</sup> Một nghiên cứu tổng quan hệ thống về tác động của đội ngũ nhân viên y tế cộng đồng đối với việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Hoa Kỳ cho thấy trong 15 nghiên cứu đánh giá về việc sử dụng thuốc, có 03 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng chưa tìm thấy sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng về việc cải thiện tuân thủ điều trị, 03 nghiên cứu so sánh trước sau và 01 nghiên cứu đoàn hệ cho thấy có sự cải thiện tuân thủ dùng thuốc so với trước can thiệp.<sup>14</sup> Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống khác về can thiệp dùng nhân viên y tế cộng đồng trong quản lý và kiểm soát tăng huyết áp ở các nước thu nhập thấp và trung bình, thì chỉ có một nghiên cứu thực hiện tại Ấn Độ có đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị thuốc và cho thấy hiệu quả của mô hình này trong việc cải thiện tình trạng tuân thủ dùng thuốc sau 12 tháng can thiệp, trong đó nhóm can thiệp có tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc cao hơn nhóm chứng (74,9% so với 61,4%,  $p = 0,001$ ).<sup>13,16</sup> Như vậy có thể nhận thấy

rằng tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị thuốc tăng sau can thiệp là nhất quán qua các nghiên cứu, tuy nhiên khi có so sánh với nhóm chứng thì đa số các nghiên cứu lại chưa tìm thấy sự khác biệt, trừ một nghiên cứu can thiệp trong thời gian 12 tháng. Vì vậy, nghiên cứu này với thời gian can thiệp là 6 tháng thì kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước đây.

Về tỉ lệ tuân thủ tái khám, theo tổng quan hệ thống về tác động của đội ngũ nhân viên y tế cộng đồng tại Hoa Kỳ thì chỉ có 03 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cho thấy số lần tái khám tăng đáng kể so với nhóm chứng trong khi các nghiên cứu còn lại chưa tìm thấy sự thay đổi về số lần tái khám.<sup>14</sup> Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tái khám giảm ở cả phường can thiệp và phường chứng, tuy nhiên phường can thiệp giảm ít hơn phường chứng. Có thể thấy việc tái khám, theo dõi tình trạng bệnh là một trong những hành vi khó duy trì, đặc biệt ở những bệnh mạn tính với thời gian kéo dài suốt đời, đa số bệnh nhân khi thấy huyết áp ổn định và không có triệu chứng bất thường thì sẽ có tâm lý chủ quan và không nhận thức rõ tầm quan trọng của việc tái khám thường xuyên, dẫn đến tỉ lệ này giảm theo thời gian. Nghiên cứu này đã cho thấy hiệu quả ban đầu của đội ngũ cộng tác viên trong việc hạn chế giảm tỉ lệ tái khám của bệnh nhân tăng huyết áp.

Có rất nhiều biến số được dùng để đo lường một cách gián tiếp hiệu quả của các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp, và một trong những biến số được sử dụng khá phổ biến là việc đạt huyết áp mục tiêu.<sup>13</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu ở phường can thiệp tăng trong khi tại phường chứng thì tỉ lệ này lại giảm ( $p < 0,001$ ) sau 6 tháng triển khai. Theo một nghiên cứu tổng quan hệ thống về can thiệp dùng nhân viên y tế cộng đồng trong quản lý và kiểm soát tăng huyết áp ở các nước

thu nhập thấp và trung bình thì có 07/14 nghiên cứu báo cáo có giảm chỉ số huyết áp tâm thu và 03 nghiên cứu báo cáo sự cải thiện đáng kể về tỉ lệ bệnh nhân đạt được huyết áp mục tiêu sau can thiệp.<sup>13</sup> Như vậy, có sự thống nhất chung giữa các nghiên cứu về mô hình này đạt hiệu quả trong việc giúp bệnh nhân tăng huyết áp kiểm soát được chỉ số huyết áp và đạt mục tiêu điều trị.

Tại Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu can thiệp được thực hiện nhằm cải thiện tình trạng tuân thủ điều trị của người bệnh với rất nhiều phương pháp khác nhau, mỗi nghiên cứu đều cho thấy những hiệu quả can thiệp nhất định.<sup>5,17-20</sup> Tuy nhiên, những mô hình này thường khó duy trì sau khi nghiên cứu kết thúc. Có thể thấy rằng để chương trình can thiệp đạt được tính bền vững thì việc sử dụng nguồn lực tại địa phương là yếu tố cần thiết. Nhưng ở thời điểm hiện tại, số lượng nhân viên y tế tại Trạm rất ít, đồng thời phải phụ trách nhiều chương trình sức khỏe nên việc thực hiện quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp gặp rất nhiều khó khăn. Do đó, việc xây dựng một đội ngũ nhân viên y tế cộng đồng theo các mô hình trên thế giới là một giải pháp thiết thực và có thể mang lại hiệu quả. Trước đây, nhân viên y tế cộng đồng ở Việt Nam được hiểu là những cộng tác viên của các chương trình mục tiêu y tế tại tuyến quận/huyện với tên gọi “nhân viên tiếp cận cộng đồng”. Bắt đầu từ năm 2021, mạng lưới này đã tan rã do các chương trình đã kết thúc hoạt động. Hiện nay, nhân viên y tế cộng đồng được hiểu là mạng lưới cộng tác viên dân số và đây là lực lượng duy nhất còn hoạt động và được hưởng chế độ bồi dưỡng, hỗ trợ hàng tháng. Nhằm tăng tính khả thi và bền vững của chương trình can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành xây dựng một mô hình dựa vào nguồn lực sẵn có của cộng đồng như nguồn cộng tác viên dân số sẵn có, hội phụ nữ, hội người cao tuổi tại địa phương. Những thành viên tăng huyết áp

tham gia vào đội ngũ cộng tác viên sẽ được tập huấn để vãng gia nhắc nhở bệnh nhân tuân thủ điều trị và tái khám đều đặn, đồng thời cập nhật thông tin về tình trạng huyết áp, tái khám, nhập viện, bệnh mới mắc của bệnh nhân cho trạm y tế quản lý. Vào năm 2022, có một nghiên cứu tại Thủ Đức từng thử nghiệm áp dụng đội ngũ cộng tác viên trong mô hình can thiệp và nhận thấy sự cải thiện về tỉ lệ tuân thủ điều trị, tỉ lệ tái khám và đạt huyết áp mục tiêu. Tuy nhiên, nhóm cộng tác viên này chỉ đóng vai trò hỗ trợ cho công tác giáo dục sức khỏe về tuân thủ điều trị và nhắc nhở tuân thủ tái khám, các nhân viên y tế tại trạm vẫn đảm nhiệm những công việc chính. Bên cạnh đó, nghiên cứu chỉ triển khai so sánh trước sau can thiệp và không có so sánh với nhóm chứng.<sup>10</sup> Trong nghiên cứu này, khi chỉ so sánh trước sau điều trị thì có thể thấy sự thay đổi về tuân thủ điều trị dùng thuốc và tái khám tại phòng can thiệp và phòng chứng là giống nhau (cùng tăng hoặc cùng giảm). Nhưng khi so sánh giữa hai phòng với nhau thì sự khác biệt mới chỉ tìm thấy ở tỉ lệ tuân thủ tái khám. Như vậy, tác động đầu tiên có thể thấy được sau 6 tháng của mô hình cộng tác viên là việc nhắc nhở đều đặn định kì hàng tháng đã giúp người bệnh thực hành tái khám tốt hơn. Hơn thế nữa, việc bệnh nhân tại phòng can thiệp có sự gia tăng tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu trong khi tại phòng chứng thì tỉ lệ này lại giảm đã phần nào cho thấy tác động của mô hình can thiệp có thể mang lại trên tình hình sức khỏe người bệnh.

Hạn chế của nghiên cứu là chỉ thực hiện can thiệp trên một phường và chọn nhóm chứng ở một phường tương đồng về đặc điểm dân số, không thực hiện phân nhóm ngẫu nhiên theo cụm. Tuy nhiên trong quá trình phân tích, chúng tôi đã sử dụng mô hình hồi quy GEE nhằm kiểm soát các yếu tố có thể gây sai lệch kết quả khi so sánh sự thay đổi của các tỉ lệ tuân thủ điều trị giữa phường can thiệp và phường chứng.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả về việc hạn chế giảm tỉ lệ tuân thủ tái khám và tăng tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại phường can thiệp so với phường chứng sau 6 tháng triển khai đã cho thấy những tác động ban đầu của mô hình vãng gia giáo dục sức khỏe và hỗ trợ theo dõi, quản lý thông tin bệnh tại trạm y tế của đội ngũ cộng tác viên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (WHO). Hypertension. Accessed on 18 March, 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. Nguyen Thi Trang Nhung, Tran Khanh Long, Bui Ngoc Linh, Theo Vos, et al. Estimation of Vietnam National Burden of Disease 2008. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 2014; 26(5): 527-553.
3. Gupta P, Patel P, Strauch B, et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. *Hypertension*. 2017; 69(6): 1113-1120.
4. Bùi Thị Mai Trinh, Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Đỗ Nguyên. Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2012; 16(4): 275.
5. 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 sĩ y tế công cộng. Trường Đại học Y tế công cộng; 2017.
6. World Health Organization (WHO), United States Centers for Disease Control and Prevention (US CDC). Global Hearts Initiative - Working together to promote cardiovascular health. Accessed on 18 Sep, 2022, <https://www.who.int/news/item/15-09-2016-global-hearts-initiative>.
7. Kok MC, Dieleman M, Taegtmeier M, et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Plan*. 2015; 30(9):1207-1227.
8. World Health Organization (WHO). *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. 2018.
9. McGuire H, Truong Bui Van, Hien Le Thi Thu, et al. Improving hypertension awareness and management in Vietnam through a community-based model. *Scientific Reports* 2022; 12:19860. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22546-w>
10. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bào, Nguyễn Anh Tuấn. Hiệu quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Trạm y tế phường Linh Trung, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 507(2):50-55.
11. Võ Thị Xuân Hạnh, Cao Nguyễn Hoài Thương, Phan Thị Kim Hoàng, cộng sự. Tỉ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27(8):79-87.
12. Morisky D.E, DiMatteo M.R. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Response to Authors. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011; 64:255-257.
13. Mbuthia GW, Magutah K, Pellowski J. Approaches and outcomes of community health worker's interventions for hypertension management and control in low-income and middle-income countries: systematic review. *BMJ Open*. 2022; 12:e053455. doi:10.1136/bmjopen-2021-053455
14. Jack HE, Arabadjis SD, Sun L, Sullivan

EE, Phillips RS. Impact of Community Health Workers on Use of Healthcare Services in the United States: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016; 32(3):325–344. doi:10.1007/s11606-016-3922-9.

15. American Public Health Association. Community Health Workers. In: American Public Health Association. Accessed 16 March, 2023, <https://www.apha.org/apha-communities/member-sections/community-health-workers>.

16. Joshi R, Agrawal T, Fathima F, et al. Cardiovascular risk factor reduction by community health workers in rural India: A cluster randomized trial. *Am Heart J.* 2019; 216: 9-19. doi:10.1016/j.ahj.2019.06.007.

17. Lê Quang Thọ. Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ. Luận án Tiến sĩ y học.

Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.

18. Nguyễn Kim Ké, Hoàng Khải Lập, Đỗ Doãn Lợi. Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị xã Hưng Yên. *Tạp chí Y học thực hành.* 2013; 857(1):128-131.

19. Nguyễn Thị Thúy, Ngô Huy Hoàng, Nguyễn Bích Hằng. Đánh giá tăng huyết áp đổi tuần thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Thành phố Yên Bái sau giáo dục sức khỏe. *Khoa học Điều dưỡng.* 2022; 5(4):91-100.

20. Nguyễn Thị Thúy Hiếu. *Hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý y học gia đình tại Hải Phòng.* Luận án tiến sĩ Y tế công cộng. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2021.

## Summary

### EFFECTIVENESS OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN PROMOTING HYPERTENSION ADHERENCE AMONG ELDERLY PATIENTS IN DISTRICT 10 IN HO CHI MINH CITY

This is an intervention study to evaluate the improvement of treatment adherence in hypertensive patients after applying the community health workers model in monitoring, disease management, and health education for 6 months. The study period was from November 2020 to May 2021, with ward 10 as the intervention group and ward 6 as the control group. After the intervention, the rate of drug adherence increased in both groups, with no significant difference between them (PR = 2.06 and 1.97;  $p > 0.05$ ). The rate of patients who had regular follow-up visits decreased in both groups, where the intervention group decreased significantly less than the control group (PR = 0.86 and 0.69;  $p < 0.001$ ). The proportion of patients with controlled hypertension increased by 7% in the intervention group, while the control group decreased by 27% ( $p < 0.001$ ). The study has demonstrated the initial impact of the community health workers model in supporting treatment adherence and improving hypertensive patients' disease status.

**Keywords:** Treatment adherence, hypertension, community health workers, community trial, elderly patients.