

# Vai trò của câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng trong dự phòng đột quỵ não ở người bệnh tăng huyết áp

Trương Tuấn Anh\*, Hoàng Thị Vân Lan

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, 254 Hàn Thuyên, phường Vi Xuyên, TP Nam Định, tỉnh Nam Định, Việt Nam

Ngày nhận bài 5/6/2023; ngày chuyển phản biện 7/6/2023; ngày nhận phản biện 26/6/2023; ngày chấp nhận đăng 29/6/2023

## **Tóm tắt:**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả thí điểm áp dụng mô hình câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng cho người bệnh tăng huyết áp dự phòng đột quỵ. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng, mỗi nhóm có 30 người bệnh tăng huyết áp 50-75 tuổi. Thành lập câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng dành cho nhóm can thiệp. **Kết quả:** Sau can thiệp chỉ còn khoảng 1/4-1/3 đối tượng ở nhóm can thiệp chưa tuân thủ các nội dung về dùng thuốc. Con số này ở nhóm đối chứng là cao hơn nhiều, trong đó 3/4 số nội dung có tỷ lệ không tuân thủ về dùng thuốc ở mức 100%. Chưa nhận thấy được sự thay đổi đáng kể về việc tuân thủ chế độ ăn ở 02 nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ người kiểm soát được huyết áp ở nhóm can thiệp là cao hơn và có xu hướng tăng so với nhóm đối chứng. Cụ thể, nhóm can thiệp từ 70 tăng lên 73,3% sau 3 tháng can thiệp và sau 9 tháng là 86,7%. Các số liệu này ở nhóm đối chứng lần lượt là: 80, 60 và 53,3%. **Kết luận:** Câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng có vai trò quan trọng trong việc nâng cao kiến thức và tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp, góp phần dự phòng nguy cơ đột quỵ.

**Từ khóa:** câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng, đột quỵ, tăng huyết áp.

**Chỉ số phân loại:** 3.3, 3.5

## The role of community health clubs in preventing stroke in hypertensive patients

Tuan Anh Truong\*, Thi Van Lan Hoang

Nam Dinh University of Nursing, 254 Han Thuyen Street, Vi Xuyen Ward, Nam Dinh City, Nam Dinh Province, Vietnam

Received 5 June 2023; revised 26 June 2023; accepted 29 June 2023

## **Abstract:**

**Objective:** To evaluate the outcomes of a pilot implementation of a community health club model for patients with hypertension in stroke prevention. **Methods:** A controlled intervention study was conducted, with each group consisting of 30 hypertensive patients aged 50-75 years. A community health club was established for the intervention group. **Results:** After the intervention, only about one-quarter to one-third of participants in the intervention group were non-adherent to medication-related recommendations, whereas this proportion was much higher in the control group, with non-adherence rates reaching 100% for three-quarters of the measured criteria. No significant changes in dietary adherence were observed in either group. The rate of blood pressure control in the intervention group was higher and showed an increasing trend compared to the control group. Specifically, the proportion of patients in the intervention group with controlled blood pressure increased from 70 to 73.3% after 3 months, and to 86.7% after 9 months; in the control group, these figures were 80, 60, and 53.3%, respectively. **Conclusion:** The community health club plays an important role in enhancing knowledge and treatment adherence among hypertensive patients, thereby contributing to stroke risk prevention.

**Keywords:** community health club, hypertension, stroke.

**Classification numbers:** 3.3, 3.5

\*Tác giả liên hệ: Email: tuananhd69@gmail.com

## 1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh tim mạch (CVD) và tử vong liên quan đến CVD trên toàn cầu. Năm 2019, khoảng 1,13 tỷ người trên thế giới bị tăng huyết áp [1, 2]. Bên cạnh việc phòng ngừa sự gia tăng tỷ lệ lưu hành thì việc quản lý hiệu quả những đối tượng hiện mắc tăng huyết áp đóng vai trò rất quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của mỗi quốc gia.

Kiểm soát huyết áp bằng thuốc, tuân thủ phác đồ điều trị bao gồm tái khám và thay đổi lối sống là yếu tố then chốt để giảm các biến cố lâm sàng. Giảm huyết áp là một trong những biện pháp can thiệp hiệu quả nhất để ngăn ngừa cả đột quỵ nguyên phát và đột quỵ thứ phát [3]. Tuy nhiên, do điều trị tăng huyết áp là một phương pháp điều trị lâu dài và cần tuân thủ nghiêm ngặt nên bệnh nhân thường không đạt được huyết áp mục tiêu (tức là huyết áp <140/90 mmHg).

Các công cụ tự quản lý, bao gồm máy theo dõi huyết áp, nhật ký huyết áp và các hướng dẫn thực hành, được phát triển để hỗ trợ bệnh nhân điều trị và thay đổi lối sống dựa trên việc cung cấp thông tin cá nhân về tăng huyết áp. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, việc tự quản lý huyết áp đóng vai trò quan trọng trong việc đạt được huyết áp mục tiêu [4, 5] thông qua ghi nhận huyết áp, có thể dẫn đến cải thiện việc tuân thủ điều trị và kiểm soát. Bên cạnh việc tự quản lý, cũng đã có các bằng chứng cho thấy vai trò của các câu lạc bộ sức khỏe trong kiểm soát huyết áp [6].

Tại Việt Nam, hiện nay đã có nhiều câu lạc bộ sức khỏe dành cho người bệnh tăng huyết áp được thành lập, bước đầu cũng đã góp phần nâng cao kiến thức và tuân thủ điều trị ở người bệnh. Ngoài ra, có rất nhiều chương trình thương mại và các cơ sở câu lạc bộ sức khỏe được thành lập để tạo cơ hội cho việc thúc đẩy hoạt động thể lực. Tuy nhiên, hầu hết các câu lạc bộ này đều dành cho người bệnh đang điều trị nội trú hoặc quản lý điều trị ngoại trú tại các bệnh viện. Do vậy, tính gắn kết giữa các thành viên chưa cao, thiếu tính thường xuyên và ổn định, tính bền vững thấp.

Một câu hỏi cụ thể và thiết thực cần được giải quyết là liệu và ở mức độ nào, việc trở thành thành viên câu lạc bộ sức khỏe có liên quan đến việc kiểm soát huyết áp, từ đó, dự phòng được các biến cố lâm sàng do bệnh gây ra, trong đó có đột quỵ. Do đó, mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả thí điểm áp dụng mô hình câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng cho người bệnh tăng huyết áp trong việc nâng cao kiến thức và hành vi tuân thủ điều trị, qua đó, góp phần dự phòng đột quỵ.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là người từ 50-75 tuổi, được chẩn đoán có bệnh tăng huyết áp độ I hoặc II đang được quản lý tại trạm y tế. Có khả năng đi lại, giao tiếp bình thường, chưa bị các biến chứng của bệnh tăng huyết áp, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 10/2020 tại một số trạm y tế xã của tỉnh Nam Định.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định theo quyết định số 2590/GCN-HĐDD ngày 19/11/2019. Kết quả của đề tài chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối sánh.

*Mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Chọn ngẫu nhiên một xã tham gia thí điểm áp dụng một số các giải pháp và một xã đối chứng. Để nhóm can thiệp và nhóm chứng có đặc điểm về kinh tế - chính trị - xã hội tương đối tương đồng, nghiên cứu sẽ lựa chọn ngẫu nhiên một xã của huyện Vụ Bản là xã can thiệp và một xã của huyện Hải Hậu làm nhóm chứng. Kết quả bốc thăm đã chọn được xã Trung Thành, huyện Vụ Bản là xã can thiệp và xã Hải Quang, huyện Hải Hậu là xã đối chứng. Tại xã can thiệp, lựa chọn ngẫu nhiên 30 người được chẩn đoán tăng huyết áp theo tiêu chuẩn chẩn đoán và thành lập câu lạc bộ sức khỏe. Tại xã đối chứng, lựa chọn 30 người bị bệnh tăng huyết áp có các đặc điểm tương đồng như nhóm can thiệp để theo dõi.

#### *Quy trình can thiệp:*

- Giai đoạn 1: Đánh giá trước can thiệp, khảo sát các thông tin ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng. Huyết áp của người bệnh, kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị của người bệnh ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng.

- Giai đoạn 2: Tổ chức chương trình can thiệp, chỉ áp dụng cho nhóm can thiệp.

*Hình thức, tần suất và địa điểm hoạt động:* Hoạt động tập trung tại trạm y tế xã, tối thiểu 2 tháng sinh hoạt một lần. Thời gian do cụ thể do Ban chủ nhiệm và các thành viên tự thống nhất. Nội dung hoạt động chính: trao đổi, cập nhật các kiến thức liên quan đến điều trị bệnh, tuân thủ điều trị, chế độ ăn uống, hoạt động thể lực. Nội dung chính của một buổi sinh hoạt: (i) đo các chỉ số huyết áp, đường huyết, đo các chỉ số cân nặng, chiều cao và tính BMI; (ii) sinh hoạt chuyên môn (mỗi buổi tập trung vào một chủ đề); (iii) tập bài thể dục được hướng dẫn; (iv) tổng kết và xác định nội dung chuyên môn cho buổi sinh hoạt kế tiếp.

**Các hỗ trợ chuyên môn cho câu lạc bộ:** Cán bộ hỗ trợ chuyên môn trực tiếp tại cộng đồng là trạm trưởng trạm y tế xã hoặc 1 nhân viên trạm y tế (nhóm đối tượng này đã được tập huấn về kiến thức và phương pháp triển khai câu lạc bộ nâng cao sức khỏe tại cộng đồng). Ban quản lý đã tổ chức 6 buổi tập huấn cho các thành viên câu lạc bộ với các nội dung: nâng cao nhận thức của bệnh nhân về việc dùng thuốc hạ áp thông qua hoạt động tư vấn; khuyến khích và hướng dẫn sử dụng băng phiên giải và hỗ trợ tự theo dõi huyết áp tại nhà; các biện pháp dự phòng biến chứng của bệnh; hướng dẫn các bài tập thể dục phù hợp với tình trạng sức khỏe; xây dựng chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh lý. Hỗ trợ cho câu lạc bộ 1 máy đo huyết áp và 1 máy đo đường huyết nhanh.

**Giám sát chương trình can thiệp:** Để hỗ trợ các câu lạc bộ cũng như y tế thôn triển khai thành công các nội dung can thiệp, nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành các hoạt động giám sát hỗ trợ. Ban quản lý sẽ tham gia sinh hoạt cùng với các câu lạc bộ (mỗi câu lạc bộ từ 2-3 lần) cũng như tiến hành sàng lọc phát hiện sớm người có nguy cơ cao cùng với y tế thôn.

- Giai đoạn 3: Đánh giá giữa kỳ: Sau 3 tháng triển khai các hoạt động can thiệp, Ban quản lý sẽ tiến hành đánh giá kết quả giữa kỳ. Các nội dung đánh giá giống như đánh giá ban đầu và được triển khai thực hiện tại cả 2 nhóm can thiệp và đối chứng.

- Giai đoạn 4: Đánh giá sau can thiệp: Sau 10 tháng tiến hành can thiệp và hỗ trợ giám sát, nghiên cứu tiến hành đánh giá các kết quả của chương trình. Tiến hành đánh giá ở cả hai nhóm can thiệp và đối chứng, nội dung đánh giá giống như ở giai đoạn trước can thiệp. Các nội dung đánh giá giống lần 1 và 2.

**Quy trình xây dựng công cụ thu thập thông tin:** Công cụ thu thập thông tin được xây dựng dựa trên các hướng dẫn và khuyến cáo về điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế và Hội Tim mạch Việt Nam. Sử dụng phương pháp chuyên gia để đánh giá tính giá trị của công cụ. Các công cụ phiên bản đầu tiên sẽ được gửi đến 3 chuyên gia trong lĩnh vực liên quan cho ý kiến nhận xét. Sử dụng phương pháp điều tra thử nghiệm tại cộng đồng để đánh giá độ tin cậy của thang đo. Sau khi nhận được các ý kiến phản hồi của các bên liên quan từ hai hoạt động trên, nhóm nghiên cứu tiến hành chỉnh sửa và hoàn thiện bộ công cụ.

**Phương pháp thu thập thông tin:** Sử dụng phỏng vấn trực tiếp và phương pháp tự điền (có giám sát) để thu thập các thông tin liên quan. Sử dụng máy đo huyết áp thủy ngân để đo chỉ số huyết áp của đối tượng.

**Phương pháp phân tích số liệu:** Các số liệu được quản lý bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng bảng tần số và tỷ lệ % để mô tả các biến số.

### 3. Kết quả và bàn luận

**Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng tham gia nghiên cứu.**

Biến số	Đặc tính	Can thiệp (n=30)		Đối chứng (n=30)	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	18	60	18	60
	Nữ	12	40	12	40
Nhóm tuổi	50-59	2	6,7	2	6,7
	60-69	13	43,3	13	43,3
	≥70	15	50,0	15	50,0
Công việc	Nông nghiệp	25	83,3	25	83,3
	Nghỉ hưu	5	16,7	5	16,7
Thời gian được chẩn đoán bệnh	≤5 năm	21	70,0	21	70,0
	6-10 năm	6	20,0	6	20,0
	≥11 năm	3	10,0	3	10,0
Phân độ tăng huyết áp	Độ 1	13	43,3	13	43,3
	Độ 2	17	56,7	17	56,7

Kết quả bảng 1 cho thấy, 100% các đối tượng ở cả 2 nhóm đều được quan sát trong suốt thời gian nghiên cứu. Về cơ bản, đặc điểm của 2 nhóm này tương đối tương đồng ở tất cả các đặc điểm chung.

**Bảng 2. Mức độ tuân thủ dùng thuốc của đối tượng giữa các thời điểm nghiên cứu.**

Nội dung	Can thiệp (n=30)			Đối chứng (n=30)		
	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
Tự ý tăng hoặc giảm lượng thuốc của mình	93,3	33,3	40	90	100	100
Không uống thuốc theo đúng thời gian quy định	96,7	30	23,3	96,7	100	100
Tự ngừng uống thuốc khi cảm thấy khỏe hơn	90	36,7	40	93,3	93,3	96,7
Tự ngừng uống thuốc khi cảm thấy không khỏe	90	26,7	16,7	93,3	93,3	100

T1: Thời điểm nghiên cứu lần thứ nhất, T2: Thời điểm nghiên cứu lần thứ hai, T3: Thời điểm nghiên cứu lần thứ ba.

Kết quả bảng 2 cho thấy, sau can thiệp chỉ còn khoảng 1/4-1/3 đối tượng ở nhóm can thiệp chưa tuân thủ các nội dung về dùng thuốc. Số liệu này ở nhóm đối chứng là cao hơn, có 3/4 số nội dung có tỷ lệ không tuân thủ ở mức 100%.

**Bảng 3. Mức độ tuân thủ chế độ ăn của đối tượng giữa các thời điểm nghiên cứu.**

Nội dung	Can thiệp (n=30)			Đối chứng (n=30)		
	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
Ăn giảm lượng muối	53,3	73,3	66,7	63,3	70	70
Ăn giảm chất béo và mỡ động vật	50	56,7	63,3	53,3	73,3	76,7
Ăn giảm lượng đường và đồ ngọt	40	50	66,7	50	83,3	70
Ăn giảm các thức ăn chế biến sẵn	20	60	56,7	60	70	46,7
Ăn tăng các loại rau xanh	96,7	93,3	96,7	83,3	90	90
Sử dụng rượu, bia ở mức cho phép	36,7	70	63,3	46,7	46,7	36,7

T1: Thời điểm nghiên cứu lần thứ nhất, T2: Thời điểm nghiên cứu lần thứ hai, T3: Thời điểm nghiên cứu lần thứ ba.

Kết quả bảng 3 cho thấy, chế độ ăn của người bệnh tăng huyết áp, đặc biệt là người cao tuổi và người bệnh là nam giới phụ thuộc rất nhiều vào vợ và con của họ. Do vậy, nghiên cứu này chưa nhận thấy được sự thay đổi đáng kể về việc tuân thủ chế độ ăn ở 2 nhóm nghiên cứu.

**Bảng 4. Mức độ tuân thủ chế độ tập luyện và theo dõi sức khỏe của đối tượng giữa các thời điểm nghiên cứu.**

Nội dung	Can thiệp (n=30)			Đối chứng (n=30)		
	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)	T1 (%)	T2 (%)	T3 (%)
Vận động thể lực >5 lần/tuần	73,3	90	86,7	80	76,7	60
Vận động ≥30 phút/lần	63,3	76,7	70	40	46,7	53,3
Kiểm soát cân nặng	60	93,3	76,7	50	63,3	43,3
Khám bệnh định kỳ	56,7	73,3	80	70	73,3	80
Đo huyết áp tại nhà	33,3	46,7	60	56,7	63,3	50

T1: Thời điểm nghiên cứu lần thứ nhất, T2: Thời điểm nghiên cứu lần thứ hai, T3: Thời điểm nghiên cứu lần thứ ba.

Kết quả bảng 4 cho thấy, xu hướng thay đổi hành vi tuân thủ chế độ tập luyện và theo dõi sức khỏe của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng.

**Bảng 5. Phân loại tình trạng kiểm soát huyết áp (huyết áp <140/90 mmHg) của đối tượng giữa các thời điểm nghiên cứu.**

Phân loại		Can thiệp (n=30)			Đối chứng (n=30)		
		T1	T2	T3	T1	T2	T3
Đạt	Tần số	21	22	26	24	18	16
	Tỷ lệ %	70	73,3	86,7	80,0	60,0	53,3
Chưa đạt	Tần số	9	8	4	6	12	14
	Tỷ lệ %	30	26,7	13,3	20,0	40,0	46,7

T1: Thời điểm nghiên cứu lần thứ nhất, T2: Thời điểm nghiên cứu lần thứ hai, T3: Thời điểm nghiên cứu lần thứ ba.

Kết quả bảng 5 cho thấy, tỷ lệ người kiểm soát được huyết áp ở nhóm can thiệp là cao hơn và có xu hướng tăng so với nhóm đối chứng.

Trong dữ liệu ban đầu, các đối tượng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tương đối đồng nhất về đặc điểm của những người tham gia bao gồm tuổi tác, dân tộc, giáo dục và nghề nghiệp. Mặc dù chưa đi sâu phân tích thêm sự khác biệt, tuy nhiên, để giải quyết các khác biệt này phương pháp đối sánh điểm xu hướng đã được sử dụng. Phương pháp này có thể giúp giải quyết được vấn đề bất đồng và không có sự khác biệt nào được ghi nhận trong dữ liệu đối sánh và điều này cho phép tạo ra các ước tính chính xác hơn cho các tác động can thiệp của câu lạc bộ đối với việc cải thiện việc quản lý huyết áp của nhóm can thiệp. Trong y văn, phương pháp so khớp điểm xu hướng đã được sử dụng rộng rãi để củng cố các lập luận nhân quả trong các nghiên cứu bán thực nghiệm và quan sát bằng cách giảm sự sai lệch lựa chọn [7, 8].

Trong nghiên cứu này, hầu hết các chỉ số so sánh, nhóm can thiệp đều có xu hướng thay đổi theo hướng tích cực

hơn so với nhóm đối chứng. Mặc dù vậy, có một số chỉ số so sánh không có nhiều điểm khác biệt, ví dụ như tuân thủ chế độ ăn. Chế độ ăn của người bệnh tăng huyết áp, đặc biệt là người cao tuổi và người bệnh là nam giới phụ thuộc rất nhiều vào vợ và con của họ. Do vậy, trong nghiên cứu này chưa nhận thấy được sự thay đổi đáng kể về việc tuân thủ chế độ ăn ở nhóm can thiệp. Phát hiện này của chúng tôi cũng phù hợp với một số kết quả nghiên cứu trước đây tại Việt Nam [5, 9].

Khi tham gia câu lạc bộ sức khỏe, các đối tượng được giới thiệu chi tiết về vai trò của việc tuân thủ dùng thuốc trong kiểm soát huyết áp. Họ cũng được chuyên gia giới thiệu về các cách thức để có thể thường xuyên tuân thủ dùng thuốc theo phác đồ. Với những hoạt động đã tham gia, nhóm người bệnh tăng huyết áp ở nhóm can thiệp có mức độ tuân thủ sử dụng thuốc tốt hơn hẳn so với nhóm đối chứng. Điều này cho thấy, người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng gặp rất nhiều rào cản trong việc tuân thủ dùng thuốc. Một trong những giải pháp có thể cải thiện được vấn đề này đó là hình thành các câu lạc bộ nâng cao sức khỏe tại cộng đồng cho nhóm này. Với các phát hiện thu được trong nghiên cứu này, có thể thấy rằng, kết quả tích cực phần lớn là do các tác động của chương trình can thiệp. Phương pháp can thiệp và cách tiếp cận này đã giúp những người bệnh tăng huyết áp nhận thức rõ hơn về tình trạng huyết áp của họ, nâng cao kiến thức về tầm quan trọng của việc quản lý huyết áp và tăng cường sử dụng các công cụ tự quản lý, đồng thời đạt được tỷ lệ duy trì cao đáng kể trong khoảng thời gian một năm. Câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng dành cho người bệnh tăng huyết áp tập trung vào nâng cao khả năng tự kiểm soát huyết áp của đối tượng, giúp họ chủ động hơn để kiểm soát các vấn đề sức khỏe của mình. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tác động tích cực của các biện pháp can thiệp dựa vào cộng đồng đối với bệnh nhân tăng huyết áp, chẳng hạn như Chương trình nâng cao nhận thức về sức khỏe tim mạch của Canada [10].

Trong nghiên cứu này, những thay đổi trong hành vi, lối sống, tuân thủ điều trị, đặc biệt là thay đổi huyết áp, được chọn làm thước đo kết quả vì chúng liên kết trực tiếp và chặt chẽ nhất với các biện pháp can thiệp được cung cấp. Được tích hợp chặt chẽ với thành phần quản lý tăng huyết áp hướng đến bệnh nhân, câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng do nhóm nghiên cứu, xây dựng đã tạo điều kiện chuyển tiếp bệnh nhân sang một hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn diện, nhằm cung cấp hiệu quả và toàn diện các biện pháp phòng ngừa đột quỵ thiết yếu tại cộng đồng.

#### 4. Kết luận

Việc tham gia câu lạc bộ sức khỏe cộng đồng đã giúp cho người bệnh tăng huyết áp nâng cao được kiến thức về bệnh, từ đó, tuân thủ điều trị hơn, góp phần ngăn ngừa nguy cơ xuất hiện các biến cố lâm sàng nói chung và đột quỵ nói riêng. Điều này được thể hiện rất rõ thông qua kết quả kiểm

soát huyết áp giữa hai nhóm: Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiểm soát được huyết áp có xu hướng tăng lên; còn ở nhóm chứng thì ngược lại. Những phát hiện này đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin cho các cuộc thảo luận chính sách về cách tiếp cận dựa vào cộng đồng và góp phần định hướng các nỗ lực tăng cường chăm sóc ban đầu có thể được nhân rộng tại Việt Nam và các quốc gia khác, nhằm cải thiện hiệu quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization (2021a), “Hypertension”, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, accessed 18 October 2021.
- [2] World Health Organization (2021b), “Noncommunicable diseases: Risk factors”, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>, accessed 15 October 2021.
- [3] L. Liu, Z. Wang, L. Gong, et al. (2009), “Blood pressure reduction for the secondary prevention of stroke: A Chinese trial and a systematic review of the literature”, *Hypertens. Res.*, **32(11)**, pp.1032-1040, DOI: 10.1038/hr.2009.139.
- [4] R. Agarwal, J.E. Bills, T.J.W. Hecht, et al. (2011), “Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: A systematic review and meta-analysis”, *Hypertension*, **57(1)**, pp.29-38, DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.160911.
- [5] Q.N. Nguyen, L. Weinehall, S. Wall, et al. (2012), “Effectiveness of community-based comprehensive healthy lifestyle promotion on cardiovascular disease risk factors in a rural Vietnamese population: A quasi-experimental study”, *BMC Cardiovasc. Disord.*, **12**, DOI: 10.1186/1471-2261-12-56.
- [6] E.C. Schroeder, W.D. Franke, D. Lee, et al. (2017), “Associations of health club membership with physical activity and cardiovascular health”, *PLOS ONE*, **12(1)**, DOI: 10.1371/journal.pone.0170471.
- [7] J.J. Randolph, K. Falbe, L. Joseph, et al. (2014), “A step-by-step guide to propensity score matching in R”, *Practical Assessment, Research and Evaluation*, **19(18)**.
- [8] S.L. Mayne, B.K. Lee, A.H. Auchincloss (2015), “Evaluating propensity score methods in a quasi-experimental study of the impact of menu-labeling”, *PLOS ONE*, **10(12)**, DOI: 10.1371/journal.pone.0144962.
- [9] Q.K. Long, P.L. Bui, A.J. Adler, et al. (2020), “Effect of community-based intervention on self-management of blood pressure among hypertensive adults: Findings from the Communities for Healthy Hearts quasi-experimental study in Vietnam”, *J. Glob. Health Sci.*, **2(1)**, pp.1-14, DOI: 10.35500/jghs.2020.2.e10.
- [10] J. Kaczorowski, C.D. Grande, V.N. Grenier (2013), “Community-based programs to improve prevention and management of hypertension: Recent Canadian experiences, challenges, and opportunities”, *Canadian Journal of Cardiology*, **29(5)**, DOI: 10.1016/j.cjca.2013.02.011.