

Tình trạng kiểm soát bệnh và đánh giá trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính của người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại tuyến chăm sóc ban đầu tỉnh Thừa Thiên Huế

Nguyễn Minh Tâm^{1,2}, Dương Quang Tuấn^{1*}, Chế Thị Len Len³, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Thị Cúc³
Ngo Thị Mong Tuyền³, Nguyễn Thị Phương Anh³, Trần Thị Trúc Ly³, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh¹

(1) Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Phòng khám Bác sĩ gia đình, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mô hình chăm sóc bệnh mạn tính nhấn mạnh việc trao quyền, hợp tác và lấy người bệnh làm trung tâm nhưng việc tích hợp mô hình này vào chăm sóc ban đầu (CSBD) ở Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Phân tích trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính của người bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) theo tình trạng kiểm soát bệnh và xác định các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 213 người bệnh THA hoặc ĐTĐ đang điều trị tại 5 cơ sở CSBD ở tỉnh Thừa Thiên Huế. **Đánh giá** trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính bằng thang đo Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm của nhóm kiểm soát bệnh tốt và chưa tốt. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát tốt bệnh đạt 25,8%. Điểm PACIC trung bình thấp và không có sự khác biệt giữa hai nhóm: kiểm soát tốt ($2,48 \pm 0,68$) và chưa kiểm soát tốt ($2,51 \pm 0,75$). Theo dõi-phối hợp chăm sóc và thiết lập mục tiêu điều trị là hai khía cạnh có trải nghiệm thấp nhất. Trong nhóm kiểm soát bệnh tốt, trải nghiệm chăm sóc tốt hơn liên quan với sống cùng gia đình ($OR=202,44$; 95% $CI=1,2-35016,9$), BMI bình thường ($OR=17,42$; 95% $CI=1,4-223,7$). Ở nhóm kiểm soát chưa tốt, khu vực miền núi ($OR=17,85$; 95% $CI=2,2-143,8$), không uống rượu bia ($OR=2,99$; 95% $CI=1,1-8,3$), và số lần khám bệnh ≥ 9 lần ($OR=4,95$; 95% $CI=1,6-15,5$) liên quan với trải nghiệm tốt hơn. **Kết luận:** Cần củng cố mạng lưới CSBD và thúc đẩy các giải pháp chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm để nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh mạn tính.

Từ khóa: trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính, kiểm soát bệnh, chăm sóc ban đầu, tăng huyết áp, đái tháo đường.

Disease control and patient assessment of chronic illness care for hypertension and diabetes at primary care facilities in Thua Thien Hue province

Nguyen Minh Tam^{1,2}, Duong Quang Tuan^{1*}, Che Thi Len Len³, Nguyen Thi Thanh Huyen¹, Nguyen Thi Cuc³
Ngo Thi Mong Tuyen³, Nguyen Thi Phuong Anh³, Tran Thi Truc Ly³, Le Ho Thi Quynh Anh¹

(1) Department of Family Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Family Medicine Center, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

The Chronic Care Model (CCM) emphasizes empowerment, collaboration, and patient-centered care, but its integration into primary care in Vietnam remains limited. **Objective:** To explore the chronic illness care assessment of people with hypertension (HTN) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) based on their disease control status and identify associated factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 213 individuals diagnosed with or T2DM, managed at five primary care facilities in Thua Thien Hue province. Chronic care experience was assessed using the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) scale. Multivariate logistic regression was applied to identify factors associated with PACIC scores in well-controlled and poorly controlled groups. **Results:** The proportion of people with well-controlled conditions was 25.8%. The average PACIC score was low, with no significant difference between the well-controlled (2.48 ± 0.68) and poorly controlled groups (2.51 ± 0.75). The aspects of Follow-up and Coordination and Goal Setting

*Tác giả liên hệ: Dương Quang Tuấn. Email: dqtu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/12/2024; Ngày đồng ý đăng: 9/1/2025; Ngày xuất bản: 25/3/2025

and Tailoring had the lowest scores. Among those with well-controlled conditions, better PACIC scores were significantly associated with living with family (OR=202.44; 95% CI=1.2-35016.9) and having a normal BMI level (OR=17.42; 95% CI=1.4-223.7). In the poorly controlled group, higher PACIC scores were linked to living in mountainous areas (OR=17.85; 95% CI=2.2-143.8), not consuming alcohol (OR=2.99; 95% CI=1.1-8.3), and having nine or more medical encounters per year (OR=4.95; 95% CI=1.6-15.5). **Conclusion:** Strengthening primary care networks and promoting patient-centered care approaches are essential to improve the quality of chronic illness management.

Keywords: *patient assessment of chronic illness care, disease control, primary care, hypertension, diabetes.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh không lây nhiễm là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở khu vực Đông Nam Á [1], với khoảng 8,5 triệu người chết mỗi năm, chiếm 62% số tử vong trong khu vực. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh không lây nhiễm có xu hướng ngày càng tăng [2]. Trong đó, bệnh tim mạch và đái tháo đường là hai nhóm bệnh không lây nhiễm thường gặp nhất [2]. Mặc dù các biện pháp can thiệp, tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường ngày càng tăng, và tỷ lệ người bệnh chưa kiểm soát tốt ở mức cao [2]. Kiểm soát tốt bệnh mạn tính giúp giảm thiểu các biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Khi không kiểm soát tốt bệnh, người bệnh dễ gặp các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, tăng nguy cơ tử vong và tăng gánh nặng cho hệ thống y tế.

Phần lớn các vấn đề sức khỏe liên quan tới đái tháo đường và tăng huyết áp được giải quyết tại tuyến chăm sóc ban đầu. Chính vì vậy, chăm sóc ban đầu giữ vai trò vô cùng quan trọng trong quản lý bệnh mạn tính [3]. Mô hình chăm sóc bệnh mạn tính là một giải pháp được sử dụng rộng rãi trong việc quản lý bệnh mạn tính, được thiết kế để chuyển đổi hệ thống chăm sóc sức khỏe thành các hệ thống phòng ngừa, tích hợp và lấy người bệnh làm trung tâm hơn. Mục tiêu của mô hình chăm sóc bệnh mạn tính là cải thiện sức khỏe người bệnh thông qua các tương tác hiệu quả và tích cực giữa đội ngũ y tế, và sự chủ động, tích cực tham gia của người bệnh trong chăm sóc bệnh mạn tính. Nhiều bằng chứng chỉ ra việc tích hợp mô hình chăm sóc bệnh mạn tính trong chăm sóc bệnh ĐTĐ típ 2 và tăng huyết áp giúp cải thiện kết quả lâm sàng, tăng tuân thủ điều trị, sự hài lòng của người bệnh và cải thiện chi phí điều trị [4-7]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc tích hợp mô hình chăm sóc bệnh mạn tính vào hệ thống y tế, đặc biệt là chăm sóc ban đầu, còn nhiều hạn chế và chưa được đánh giá đầy đủ [8].

Công cụ đánh giá trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính - The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) được thiết kế để đánh giá mô hình chăm sóc bệnh mạn tính từ góc nhìn của

người bệnh. PACIC tập trung vào nguyên lý chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm và hành vi tự quản lý, được chứng minh là công cụ đánh giá hiệu quả mô hình chăm sóc bệnh mạn tính theo góc nhìn của người bệnh [9]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *“Tình trạng kiểm soát bệnh và đánh giá trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính của người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường tại tuyến chăm sóc ban đầu tỉnh Thừa Thiên Huế”* với mục tiêu: *Phân tích trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính của người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường theo tình trạng kiểm soát bệnh và xác định các yếu tố liên quan.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 35 tuổi trở lên đã được chẩn đoán mắc đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 hoặc tăng huyết áp (THA) đang điều trị ngoại trú ít nhất 6 tháng tính đến thời điểm phỏng vấn tại một số cơ sở chăm sóc ban đầu tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 06/2021 đến tháng 07/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại một số xã, phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên 3 giai đoạn: chọn huyện/thị xã/thành phố, chọn cơ sở y tế và chọn đối tượng nghiên cứu. Kết quả chúng tôi chọn được là thành phố Huế, huyện Phú Lộc và huyện Nam Đông. Tại thành phố Huế, chúng tôi chọn Phòng khám Bác sĩ gia đình thuộc Trung tâm Y học Gia đình, Trường Đại học Y - Dược Huế. Tại hai huyện Nam Đông và huyện Phú Lộc chúng tôi chọn ngẫu nhiên đơn để chọn 2 xã, phường của mỗi huyện làm địa bàn nghiên cứu: trạm y tế xã Thượng Lộ và trạm y tế xã Hương Sơn (huyện Nam Đông), trạm y tế xã Lộc Điền, trạm y tế xã Lộc Bình (huyện Phú Lộc). Dựa vào sổ quản lý sức khỏe của người bệnh mạn tính không lây nhiễm tại các cơ sở y tế, lập danh sách những người bệnh ĐTĐ típ 2 hoặc THA. Chọn ngẫu nhiên người bệnh mắc

ĐTĐ típ 2 hoặc THA để tiến hành phỏng vấn chính thức. Kết quả chúng tôi chọn được 213 người bệnh mắc ĐTĐ típ 2 hoặc THA tham gia vào nghiên cứu.

Tiến hành phỏng vấn người bệnh dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc. Các thông tin về nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ sức khỏe, biến chứng và thời gian mắc bệnh, số lần đi khám trong vòng 12 tháng, thông tin lâm sàng (trị số huyết áp với hai lần đo, đường máu đói) và trải nghiệm của người bệnh về chăm sóc bệnh mạn tính,... được thu thập. Trong đó, trải nghiệm của người bệnh về chăm sóc bệnh mạn tính được thu thập bằng bộ công cụ đánh giá của người bệnh về chăm sóc bệnh mạn tính - Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC), với 20 câu hỏi được mã hóa theo thang đo 5 mức Likert với năm thành tố: sự tham gia của người bệnh, cấu trúc của hệ thống y tế/hỗ trợ quyết định lâm sàng, thiết lập mục tiêu điều trị, giải quyết vấn đề và theo dõi và phối hợp chăm sóc [9].

Tình hình kiểm soát bệnh mạn tính tốt hay không tốt được phân loại dựa trên trị số huyết áp trung bình của hai lần đo (đối với người bệnh THA) và đường máu lúc đói (đối với người bệnh ĐTĐ típ 2). Kiểm soát bệnh tốt nếu huyết áp tâm thu (HATT) <140 mmHg và huyết áp tâm trương (HATTr) <90 mmHg, kiểm soát bệnh chưa tốt nếu HATT ≥140 mmHg và/hoặc HATTr ≥90 mmHg [10]. Kiểm soát bệnh tốt nếu đường máu lúc đói ≤7,2 mmol/l, kiểm soát bệnh

chưa tốt nếu đường máu lúc đói >7,2 mmol/l [11]. Điểm trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính được tính bằng trung bình của điểm năm thành tố. Trải nghiệm tốt nếu tổng điểm trung bình ≥3,0 điểm, trải nghiệm chưa tốt nếu tổng điểm trung bình <3,0 điểm.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả để tính toán các tỷ lệ liên quan đến các đặc điểm của người bệnh. Kiểm định Chi-square và Independent Sample T test để tìm ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm kiểm soát tốt và chưa tốt bệnh mạn tính với trải nghiệm CSBMT. Phân tích hồi quy logistic đa biến để tìm mối liên quan giữa các biến độc lập với trải nghiệm về CSBMT ở hai nhóm kiểm soát tốt và chưa kiểm soát tốt.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua quá trình chọn mẫu, 213 người bệnh tại 5 cơ sở khám chữa bệnh ban đầu trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế: Trung tâm Y học gia đình, trạm y tế xã Thượng Lộ, trạm y tế xã Hương Sơn, trạm y tế xã Lộc Điền, trạm y tế xã Lộc Bình tham gia vào nghiên cứu. Trong đó, nhóm kiểm soát bệnh tốt chiếm 25,8% (n=55), kiểm soát bệnh chưa tốt chiếm 74,2% (n=158). Thông tin về đối tượng nghiên cứu được tổng hợp ở Bảng 1.

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=213)

Đặc điểm, n (%)		Nhóm kiểm soát bệnh tốt (n=55)	Nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt (n=158)	Tổng (n=213)
Tuổi	35 - 59	26 (47,3)	61 (38,6)	87 (40,8)
	≥60 tuổi	29 (52,7)	97 (61,4)	126 (59,2)
Giới	Nam	19 (34,5)	64 (40,5)	83 (39,0)
	Nữ	36 (65,5)	94 (59,5)	130 (61,0)
Khu vực sinh sống	Nông thôn	24 (43,6)	70 (44,3)	94 (44,1)
	Thành thị	20 (36,4)	55 (34,8)	75 (35,2)
	Miền núi	11 (20,0)	33 (20,9)	44 (20,7)
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	22 (40,0)	77 (48,7)	99 (46,5)
	THCS	15 (27,3)	40 (25,3)	55 (25,8)
	THPT	8 (14,5)	17 (10,8)	25 (11,7)
	TC/CĐ/ĐH/Sau ĐH	10 (18,2)	24 (15,2)	34 (16,0)

Nghề nghiệp	Nông dân/Ngư dân/Công nhân	16 (29,1)	57 (36,1)	73 (34,3)
	Cán bộ/Nhân viên văn phòng	4 (7,3)	13 (8,2)	17 (8,0)
	Buôn bán/Thủ công/Dịch vụ	9 (16,4)	16 (10,1)	25 (11,7)
	Nội trợ/Thất nghiệp/Già yếu/Nghỉ hưu	26 (47,2)	72 (45,6)	98 (46,0)
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn/sống chung	44 (80,0)	137 (86,7)	181 (85,0)
	Độc thân/Ly dị/Ly thân/Góa	11 (20,0)	21 (13,3)	32 (15,0)
Tình trạng sinh sống	Sống một mình	9 (16,4)	14 (8,9)	23 (10,8)
	Sống với gia đình	46 (83,6)	144 (91,1)	190 (89,2)
Hút thuốc	Có	13 (23,6)	49 (31,0)	62 (29,1)
	Không hút/Đã bỏ	42 (76,4)	109 (69,0)	151 (70,9)
Rượu bia	Có uống	13 (23,6)	54 (34,2)	67 (31,5)
	Không uống	42 (76,4)	104 (65,8)	146 (68,5)
BMI	Thiếu cân	4 (7,3)	16 (10,1)	20 (9,4)
	Bình thường	21 (38,2)	73 (46,2)	94 (44,1)
	Thừa cân, béo phì	30 (54,5)	69 (43,7)	99 (46,5)
Biến chứng	Có	13 (23,6)	33 (20,9)	46 (21,6)
	Không	42 (76,4)	125 (79,1)	167 (78,4)
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	38 (69,1)	102 (65,0)	140 (66,0)
	6 - 10 năm	12 (21,8)	35 (22,3)	47 (22,2)
	>10 năm	5 (9,1)	20 (12,7)	25 (11,8)
Số lần đi khám	<5 lần	16 (29,1)	54 (34,2)	70 (32,9)
	5 - 8 lần	13 (23,6)	29 (18,4)	42 (19,7)
	≥9 lần	26 (47,3)	75 (47,4)	101 (47,4)
Chất lượng cuộc sống	Rất cao	19 (34,5)	53 (33,5)	72 (33,8)
	Cao	26 (47,3)	83 (52,5)	109 (51,2)
	Trung bình	5 (9,1)	17 (10,8)	22 (10,3)
	Thấp	5 (9,1)	4 (2,6)	9 (4,2)
	Rất thấp	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ kiểm soát bệnh mạn tính tốt hơn so với nhóm tuổi từ 35-59. Ngoài ra, nữ giới có xu hướng kiểm soát bệnh tốt hơn nam giới, với tỷ lệ kiểm soát đạt 65,5% ở nữ và chỉ 34,5% ở nam. Về trình độ học vấn, nhóm người có trình độ học vấn tiểu học trở xuống có tỷ lệ kiểm soát bệnh chưa tốt (48,7%) cao hơn so với các nhóm có trình độ học vấn khác, cụ thể là nhóm THCS (25,3%), THPT (10,8%), và nhóm trình độ cao đẳng, đại học, sau đại học (15,2%). Những BN đã kết hôn hoặc sống chung có tỷ lệ kiểm soát bệnh tốt hơn so với những BN độc thân, ly dị hoặc ly thân, với tỷ lệ lần lượt là 80,0% và 20,0%. Có thể thấy

rằng, BN sống chung với gia đình cũng có tỷ lệ kiểm soát bệnh cao hơn (83,6%) so với nhóm BN sống một mình (16,4%). Ngoài ra, những BN không hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc có tỷ lệ kiểm soát bệnh cao hơn so với nhóm còn lại. Kết quả cũng cho thấy BN không uống rượu bia có tỷ lệ kiểm soát bệnh tốt hơn so với nhóm có thói quen uống rượu bia. BN không có biến chứng của bệnh mạn tính kiểm soát bệnh tốt hơn (76,4%) so với những người bệnh có biến chứng. Số lần đi khám của BN cũng cho thấy được BN đi khám trong 12 tháng với số lần từ 9 lần (47,3%) trở lên kiểm soát bệnh tốt hơn so với BN có số lượt BN đi khám ít hơn.

3.2. Mối liên quan giữa trải nghiệm và kiểm soát bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Điểm PACIC và mối liên quan giữa điểm PACIC và tình hình kiểm soát bệnh được mô tả ở bảng 2. Tổng điểm PACIC ở nhóm kiểm soát bệnh tốt và chưa tốt ở mức thấp, lần lượt là 2,48 (0,68) và 2,51 (0,75), với tỷ lệ phần trăm người bệnh có trải nghiệm chưa tốt trong việc CSBMT ở nhóm kiểm soát bệnh tốt và chưa tốt khá cao lần lượt là 70,9% và 74,7%. Các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong năm thành tố của thang đo PACIC, thành tố cấu trúc của hệ thống y tế/hỗ trợ quyết định lâm sàng là thành tố đạt điểm cao nhất ở nhóm kiểm soát bệnh tốt và nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt, lần lượt là 3,47 (0,88) và 3,45 (0,97) với tỷ lệ phần trăm

người bệnh có điểm trải nghiệm tốt về thành tố này là 78,2% ở nhóm kiểm soát bệnh tốt và 74,7% người bệnh ở nhóm kiểm soát chưa tốt. Thành tố theo dõi và phối hợp chăm sóc có điểm thấp nhất trong năm thành tố, với 1,76 (0,63) và 1,78 (0,81) ở nhóm kiểm soát bệnh tốt và nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt, với hơn 90% người bệnh của cả nhóm kiểm soát bệnh tốt và kiểm soát bệnh chưa tốt có điểm trải nghiệm chưa tốt ở thành tố này. Ở các thành tố còn lại, điểm trung bình thành tố đều dưới 3 điểm và phần trăm người bệnh có trải nghiệm chưa tốt đều ở mức cao ở cả hai nhóm nhóm kiểm soát bệnh tốt và nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt. Sự khác biệt về hoặc tỷ lệ phần trăm giữa nhóm kiểm soát tốt và kiểm soát bệnh chưa tốt ở các thành tố PACIC.

Bảng 2. Mối liên quan giữa trải nghiệm và kiểm soát bệnh mạn tính của đối tượng nghiên cứu (n=213)

Thang đo PACIC		Kiểm soát bệnh tốt (n=55)		Kiểm soát bệnh chưa tốt (n=158)		p
		n	%	n	%	
Sự tham gia của người bệnh	Tốt	30	54,5	87	55,1	0,95
	Chưa tốt	25	45,5	74	44,9	
	Mean (SD)	2,88 (1,21)		2,88 (1,11)		0,97
Cấu trúc của hệ thống y tế/Hỗ trợ quyết định lâm sàng	Tốt	43	78,2	118	74,7	0,60
	Chưa tốt	12	21,8	40	25,3	
	Mean (SD)	3,47 (0,88)		3,45 (0,97)		0,88
Thiết lập mục tiêu điều trị	Tốt	15	27,3	118	25,3	0,78
	Chưa tốt	40	72,7	40	74,7	
	Mean (SD)	2,37 (0,82)		2,44 (0,84)		0,59
Giải quyết vấn đề	Tốt	16	29,1	48	30,4	0,86
	Chưa tốt	39	70,9	110	69,6	
	Mean (SD)	2,47 (0,80)		2,52 (0,97)		0,74
Theo dõi và phối hợp chăm sóc	Tốt	4	7,3	12	7,6	1,00
	Chưa tốt	51	92,7	146	92,4	
	Mean (SD)	1,76 (0,63)		1,78 (0,81)		0,85
Tổng điểm PACIC	Tốt	16	29,1	40	25,3	0,58
	Chưa tốt	39	70,9	118	74,7	
	Mean (SD)	2,48 (0,68)		2,51 (0,75)		0,80

3.3. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm bệnh mạn tính trong nhóm quản lý bệnh tốt và quản lý bệnh chưa tốt

Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm CSBMT trong nhóm kiểm soát bệnh tốt và nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt được tổng hợp ở Bảng 3 và Bảng 4. Đối với bảng 3, số lượng quan sát trải nghiệm tốt về chăm sóc bệnh mạn tính trong nhóm người bệnh kiểm soát tốt ở thành tố “Theo dõi và phối hợp chăm sóc” quá nhỏ (n=4), mô hình hồi quy logistic không thể ước lượng chính xác các tỷ số chênh (OR), giá trị p và khoảng tin cậy 95% (KTC95%) do đó, chúng tôi không trình bày trong bảng kết quả.

Ở nhóm đối tượng kiểm soát tốt bệnh, BN ở nhóm tuổi từ 60 trở lên đánh giá khía cạnh về sự tham gia của BN trong quá trình CSBMT tốt hơn so với nhóm tuổi từ 35-59, với $p<0,05$ (OR=12,19, KTC95%: 1,2-125,9). Kết quả cũng cho thấy BN sống chung với gia đình đánh giá trải nghiệm về CSBMT và khía cạnh sự tham gia trong quá trình chăm sóc tốt hơn so với nhóm BN sống một mình. Đối với thành tố giải quyết

vấn đề, kết quả cho thấy nhóm tuổi từ 60 trở lên có trải nghiệm tốt hơn nhóm tuổi còn lại, với OR=7,84, KTC95%: 1,2-51,1. BN có BMI bình thường có trải nghiệm CSBMT cao gấp 17,42 lần so với nhóm BMI thừa cân, béo phì với KTC95%: 1,4-223,7, $p<0,05$.

Trong khi đó, ở nhóm bệnh kiểm soát chưa tốt, BN ở khu vực thành thị và khu vực nông thôn có đánh giá trải nghiệm CSBMT thấp hơn so với BN ở khu vực miền núi, đặc biệt là trong các thành tố như giải quyết vấn đề và theo dõi, phối hợp chăm sóc. Nhóm đối tượng có uống bia, rượu có trải nghiệm về CSBMT thấp hơn so với nhóm đối tượng không sử dụng rượu bia (OR=2,99, KTC95%: 1,1-8,3). So với nhóm không vận động thể lực, nhóm vận động thể lực 30 phút mỗi ngày có đánh giá tốt hơn về thành tố giải quyết vấn đề. Đối tượng đi khám ≥ 9 lần/tháng đánh giá trải nghiệm CSBMT nói chung cũng như đánh giá các thành tố như sự tham gia của người bệnh, cấu trúc hệ thống y tế, thiết lập mục tiêu điều trị, giải quyết vấn đề cao hơn so với các đối tượng đi khám ít hơn.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm tốt về chăm sóc bệnh mạn tính ở nhóm người bệnh kiểm soát tốt bệnh (n=55)

Đặc điểm	OR (KTC 95%)				
	PACIC	Sự tham gia của người bệnh	Cấu trúc của hệ thống y tế/Hỗ trợ quyết định lâm sàng	Thiết lập mục tiêu điều trị	Giải quyết vấn đề
Nhóm tuổi					
35 - 59	1	1	1	1	1
≥ 60 tuổi	7,14 (0,1-97,6)	12,19* (1,2-125,9)	1,78 (0,2-15,4)	1,01 (0,2-6,2)	7,84* (1,2-51,1)
Khu vực sinh sống					
Nông thôn	1	1	1	1	1
Thành thị	1,85 (0,1-38,2)	119,15 (1,2-12092,4)	4,06 (0,1-132,7)	1,27 (0,1-16,7)	1,02 (0,1-9,6)
Miền núi	1,63 (0,1-26,5)	18,70 (0,8-465,1)	3,55 (0,2-52,3)	1,32 (0,1-19,8)	1,78 (0,1-26,2)
Trình độ học vấn					
Từ tiểu học trở xuống	1	1	1	1	1
THCS	6,01 (0,5-77,4)	7,72 (0,6-96,5)	2,08 (0,2-19,2)	5,32 (0,6-50,7)	1,45 (0,2-12,2)
THPT	-0,51 (0,0-45,7)	-0,09 (0,0-16,6)	28,87 (0,3-3253,4)	1,95 (0,0-102,0)	2,28 (0,1-46,4)
TC/CD/ĐH/Sau ĐH	12,25 (0,2-927,2)	1,72 (0,0-331,4)	-	2,58 (0,1-78,5)	1,01 (0,04-23,9)

Tình trạng hôn nhân					
Độc thân/Ly dị/ Ly thân/Góa	1	1	1	1	1
Đã kết hôn/ sống chung	-0,26 (0,0-3,3)	1,75 (0,1-22,5)	10,20 (0,6-175,2)	-0,88 (0,1-8,1)	1,38 (0,1-17,9)
Tình trạng sinh sống					
Sống một mình	1	1	1	1	1
Sống với gia đình	202,44* (1,2-35016,9)	101,38* (2,5-4046,8)	1,29 (0,04-41,6)	10,55 (0,5-246,2)	2,44 (0,2-28,6)
Rượu bia					
Không uống	1	1	1	1	1
Có uống	3,06 (0,1-97,1)	-0,69 (0,0-11,4)	-0,66 (0,1-9,6)	1,91 (0,2-19,2)	4,69 (0,4-72,8)
BMI					
Thừa cân, béo phì	1	1	1	1	1
Bình thường	17,42* (1,4-223,7)	-0,77 (0,1-8,6)	-0,97 (0,1-9,0)	4,44 (0,8-26,3)	3,44 (0,5-23,8)
Thiếu cân	3,75 (0,1-153,7)	-0,04 (0,0-2,8)	-0,10 (0,0-5,9)	12,23 (0,6-237,5)	1,77 (0,1-23,6)
Biến chứng					
Không	1	1	1	1	1
Có	10,31 (0,7-153,5)	-0,19 (0,0-3,9)	-0,31 (0,0-8,1)	2,98 (0,3-27,5)	1,35 (0,2-12,2)
Số lần khám trong 12 tháng					
≥ 9 lần	1	1	1	1	1
5 - 8 lần	-0,38 (0,0-7,5)	-0,17 (0,0-2,9)	1,27 (0,1-28,3)	-0,81 (0,1-8,5)	-0,08 (0,0-2,0)
< 5 lần	4,27 (0,3-69,7)	1,64 (0,1-24,7)	3,81 (0,3-56,8)	1,91 (0,3-14,8)	-0,75 (0,1-5,0)
Chất lượng cuộc sống					
Rất cao	1	1	1	1	1
Cao	15,71 (0,9-270,5)	3,75 (0,4-34,9)	17,28 (1,3-222,7)	3,41 (0,4-26,6)	0,90 (0,1-6,2)
Trung bình	46,78 (0,8-2749,4)	5,18 (0,1-257,9)	12,07 (0,3-543,2)	19,82 (0,6-624,9)	5,13 (0,3-90,3)
Thấp	57,45 (0,5-6140,9)	136,22 (0,9-19826,0)	30,01 (0,3-3531,6)	24,89 (0,6-983,4)	-

* $p < 0,05$

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm tốt về chăm sóc bệnh mạn tính ở nhóm người bệnh chưa kiểm soát tốt bệnh (n=158)

Đặc điểm	OR (KTC 95%)					
	PACIC	Sự tham gia của người bệnh	Cấu trúc của hệ thống y tế/Hỗ trợ quyết định lâm sàng	Thiết lập mục tiêu điều trị	Giải quyết vấn đề	Theo dõi và phối hợp chăm sóc
Khu vực sinh sống						
Nông thôn	1	1	1	1	1	1
Thành thị	-0,62 (0,2-2,1)	2,01 (0,8-5,4)	3,36* (1,1-10,6)	-0,33 (0,1-1,1)	-0,36 (0,1-1,2)	-
Miền núi	2,71 (0,9-8,5)	2,18 (0,8-6,3)	1,76 (0,6-5,5)	1,46 (0,5-4,2)	4,51** (1,5-13,4)	17,85* (2,2-143,8)
Trình độ học vấn						
Từ tiểu học trở xuống	1	1	1	1	1	1
THCS	1,24 (0,5-3,4)	1,73 (0,7-4,4)	-0,94 (0,3-2,6)	-0,87 (0,3-2,4)	1,88 (0,7-5,2)	1,51 (0,3-8,9)
THPT	-0,25 (0,0-2,4)	1,86 (0,5-7,0)	-0,91 (0,2-3,9)	-0,26 (0,0-2,6)	1,19 (0,2-6,2)	-
TC/CĐ/ĐH/Sau ĐH	2,64 (0,7-9,9)	3,12 (0,9-11,3)	1,18 (0,3-4,9)	2,85 (0,8-10,4)	2,42 (0,6-9,2)	4,98 (0,3-88,9)
Tình trạng sinh sống						
Sống một mình	1	1	1	1	1	1
Sống với gia đình	-	3,99 (0,8-19,6)	-0,36 (0,1-2,1)	1,18 (0,2-5,7)	1,89 (0,3-12,3)	-
Hút thuốc						
Có	1	1	1	1	1	1
Không hút/Đã bỏ	1,64 (0,6-4,7)	-0,91 (0,4-2,3)	-0,75 (0,3-1,9)	1,73 (0,6-4,8)	2,24 (0,8-6,1)	7,95 (0,8-78,6)
Rượu bia						
Có uống	1	1	1	1	1	1
Không uống	2,99* (1,1-8,3)	1,44 (0,6-3,4)	1,01 (0,4-2,5)	1,59 (0,6-4,1)	1,31 (0,5-3,2)	2,38 (0,3-18,2)
BMI						
Thiếu cân	1	1	1	1	1	1
Bình thường	-0,46 (0,1-2,2)	-0,66 (0,2-2,5)	-0,97 (0,2-3,9)	-0,29 (0,1-1,2)	0,68 (0,2-2,9)	2,05 (0,1-32,3)
Thừa cân, béo phì	1,20 (0,3-5,7)	2,08 (0,6-7,9)	1,65 (0,4-6,9)	-0,37 (0,1-1,5)	1,25 (0,3-5,5)	2,78 (0,2-43,4)

Hoạt động thể lực 30 phút mỗi ngày						
Không	1	1	1	1	1	1
Có	2,62 (0,6-11,1)	-0,82 (0,3-2,6)	1,61 (0,5-5,4)	1,35 (0,4-4,6)	5,49* (1,2-26,7)	2,64 (0,3-28,1)
Thời gian mắc bệnh						
>10 năm	1	1	1	1	1	1
6-10 năm	1,50 (0,3-7,2)	1,26 (0,3-5,1)	1,38 (0,3-7,0)	1,21 (0,3-5,3)	-0,53 (0,1-2,3)	2,80 (0,1-57,5)
≤ 5 năm	1,25 (0,3-4,9)	2,01 (0,6-6,9)	1,15 (0,3-4,5)	1,21 (0,3-4,4)	-0,64 (0,2-2,3)	1,03 (0,1-11,8)
Biến chứng						
Không	1	1	1	1	1	1
Có	-0,81 (0,3-2,4)	-0,91 (0,4-2,4)	-0,32 (0,1-1,0)	-0,53 (0,2-1,4)	1,01 (0,4-3,7)	2,95 (0,2-37,9)
Số lần khám trong 12 tháng						
< 5 lần	1	1	1	1	1	1
5-8 lần	1,66 (0,4-7,9)	1,76 (0,6-5,2)	2,70 (0,8-8,8)	1,91 (0,4-8,3)	0,75 (0,2-3,4)	5,21 (0,2-121,9)
≥ 9 lần	4,95** (1,6-15,5)	7,29** (2,8-19,1)	5,16** (1,8-14,6)	5,36 (1,8-15,7)	3,52* (1,3-9,4)	1,82 (0,3-13,0)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trải nghiệm bệnh mạn tính của 213 đối tượng khám, chữa bệnh tại các cơ sở chăm sóc ban đầu trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế. Đối tượng nữ, sống ở nông thôn và thành thị, học vấn từ tiểu học trở xuống, với nhóm nghề nội trợ, thất nghiệp, già yếu, về hưu chiếm ưu thế. Hầu hết các đối tượng đã kết hôn, sống chung và đang sống với gia đình. Hút thuốc lá, uống rượu bia chiếm tỷ lệ thấp, khoảng 30%. Đối tượng nghiên cứu ≥60 tuổi chiếm hơn 50%, tuy nhiên đối tượng 35-59 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao, hơn 40%, điều này khá phù hợp với xu hướng trẻ hóa bệnh mạn tính, đặc biệt là tăng huyết áp, đái tháo đường trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng [12]. Chỉ số BMI ở mức thừa cân, béo phì chiếm gần 50% các đối tượng nghiên cứu. Điều này cũng dễ hiểu, khi thừa cân, béo phì là một trong các yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh mạn tính, trong đó có tăng huyết áp và đái tháo đường [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt chiếm đa số với 74% đối tượng nghiên cứu. Con số này có nhiều sự khác biệt với các nghiên cứu của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam, với tỷ lệ

không kiểm soát được huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp là 48,8% [14], hay 50% người bệnh đái tháo đường típ 2 không đạt được mục tiêu đường huyết theo nghiên cứu của Del Prato và cộng sự [15]. Có nhiều nguyên nhân có thể dẫn tới sự khác biệt này, sự khác nhau về phương pháp chọn mẫu có thể là nguyên nhân khiến tỷ lệ không kiểm soát bệnh của nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cũng như các kết quả từ các nghiên cứu của đồng nghiệp đều cho thấy tình trạng kiểm soát bệnh mạn tính còn ở mức thấp.

Về trải nghiệm bệnh mạn tính, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra trải nghiệm của người bệnh chưa thật sự tốt, với điểm trung bình 2,48 (0,68) - 2,51 (0,75), và hơn 70% có trải nghiệm chưa tốt. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của W. Jiamjarasrangsi tại Bangkok với tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt là 58,5% ở bệnh viện công và 30,3% ở bệnh viện tư [16]. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu N. Alharbi tại Ả Rập năm 2021 và nghiên cứu của R. Aghili với điểm trung bình của thang đo là 2,52 điểm [17,18], thấp hơn trong nghiên cứu của A. Hazazi [19] với điểm trung bình là 2,97 và cao hơn trong

ngiên cứu của M. T. Lim là 2,3 điểm [20]. Sự khác biệt về kết quả nghiên cứu có thể xuất phát từ nhiều yếu tố tác động. Ở mỗi quốc gia có thể khác nhau về đặc điểm dân số, điều kiện kinh tế - xã hội và văn hóa, ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh với dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế giữa các quốc gia không đồng đều; các quốc gia có hệ thống y tế phát triển, cơ sở vật chất và nhân lực y tế tốt hơn thường mang đến trải nghiệm tốt hơn cho người bệnh, trong khi các quốc gia thiếu nguồn lực có thể gây ra sự thiếu hụt nhân lực và cơ sở vật chất, đem đến trải nghiệm không tốt cho người bệnh. Thêm vào đó, chính sách y tế, mức chi tiêu công cộng cho y tế, và sự phân bổ dịch vụ giữa các vùng miền cũng tác động lớn đến trải nghiệm của người bệnh. Bên cạnh đó, các yếu tố văn hóa và thái độ xã hội đối với chăm sóc sức khỏe, cũng như sự khác biệt về điều kiện kinh tế và chính sách y tế của từng quốc gia, cũng là những yếu tố quan trọng góp phần giải thích sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu về trải nghiệm chăm sóc sức khỏe.

Trong các thành tố đánh giá trải nghiệm bệnh mạn tính, thành tố cấu trúc của hệ thống y tế/hỗ trợ quyết định lâm sàng được người bệnh đánh giá là có trải nghiệm khá tốt, tuy nhiên các thành tố còn lại như sự tham gia của người bệnh, thiết lập mục tiêu điều trị, giải quyết vấn đề, theo dõi và phối hợp chăm sóc có điểm trải nghiệm khá thấp, đặc biệt là thành tố theo dõi và phối hợp chăm sóc, với hơn 90% người bệnh đánh giá là chưa tốt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của N. Nordin và nghiên cứu của N. Alharbi báo cáo rằng điểm PACIC của thành tố cấu trúc của hệ thống y tế/hỗ trợ ra quyết định lâm sàng và sự tham gia của người bệnh là cao nhất và có điểm thấp nhất là thành tố theo dõi và phối hợp chăm sóc [17], [21]. Điều này phản ánh mô hình chăm sóc bệnh mạn tính của khu vực nghiên cứu của chúng tôi chưa thực sự hiệu quả. Sự tham gia của người bệnh, thiết lập mục tiêu điều trị, giải quyết vấn đề, theo dõi và phối hợp chăm sóc là những nội dung cần được đầu tư để hoàn thiện mô hình chăm sóc bệnh mạn tính. Cần có thêm các chính sách để cải thiện hiệu quả của mô hình chăm sóc bệnh mạn tính tại chăm sóc ban đầu, tập trung vào các nguyên tắc lấy người bệnh làm trung tâm, chú trọng tới đặc điểm tâm sinh lý xã hội, mong muốn, bận tâm của người bệnh, tạo cơ hội để người bệnh tham gia vào quá trình chăm sóc bệnh [22]. Ngoài ra, chăm sóc tích hợp, tăng cường phối hợp giữa người bệnh, người nhà, nhân viên y tế tuyến ban đầu và bác sĩ chuyên khoa là một mô hình đã và đang được áp dụng tại nhiều nơi trên thế giới, đã được chứng minh giúp nâng cao trải nghiệm của người bệnh, hiệu quả lâm sàng [23].

Không có sự khác biệt về điểm PACIC và điểm thành tố giữa nhóm bệnh kiểm soát tốt và nhóm bệnh kiểm soát chưa tốt. Kết quả này trái với giả thuyết của chúng tôi, khi chúng tôi kỳ vọng điểm PACIC và điểm thành tố của nhóm bệnh kiểm soát tốt sẽ cao hơn nhóm kiểm soát chưa tốt. Để tìm hiểu sâu hơn về vấn đề này, các nghiên cứu khác cần được thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn và áp dụng thêm các phương pháp định tính để xác định nguyên nhân.

Kết quả phân tích phân tích hồi quy để xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính ở từng nhóm kiểm soát bệnh cho thấy, tuổi, trình trạng sống và BMI có thể liên quan đến trải nghiệm của người bệnh trong chăm sóc bệnh mạn tính. Đối tượng 35-59 tuổi là đối tượng khá trẻ, tỷ lệ mắc bệnh mạn tính trong độ tuổi này trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao, gần 50%. Chính vì vậy, việc cải thiện CSBMT trong nhóm đối tượng này cần được chú ý hơn. Việc tập trung vào đặc điểm tâm sinh lý xã hội và nhu cầu của nhóm đối tượng này là cần thiết để tăng cường sự tham gia và giải quyết vấn đề của người bệnh. Việc ứng dụng công nghệ thông tin có thể là một giải pháp hữu ích để gia gia tăng hiệu quả của mô hình chăm sóc bệnh mạn tính, với nhiều bằng chứng cho thấy tiềm năng của công nghệ thông tin trong nâng cao hiệu quả lâm sàng, khả năng tiếp cận, cá nhân hóa điều trị cũng như sự hài lòng của người bệnh [24].

Người bệnh sống chung với gia đình có điểm PACIC và điểm thành tố sự tham gia vào chăm sóc bệnh mạn tính hơn với nhóm người bệnh sống một mình. Điều này nhấn mạnh vào tầm quan trọng của sự hỗ trợ từ gia đình, xã hội đối với mỗi cá thể. Gia đình và cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bệnh nhân duy trì chế độ chăm sóc sức khỏe. Việc có sự hỗ trợ từ người thân hoặc các nhóm hỗ trợ cộng đồng có thể giúp bệnh nhân cảm thấy được động viên và bớt cô đơn trong quá trình điều trị. Các kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chăm sóc lồng ghép trong chăm sóc bệnh mạn tính, đề cập tới việc lồng ghép người nhà, nhân viên y tế trong chăm sóc, cũng như chăm sóc người bệnh không những về bệnh mạn tính mà là còn các yếu tố nguy cơ liên quan [25]. Cần cung cấp thêm hỗ trợ xã hội và kết nối cho những người sống một mình để cải thiện điểm PACIC và sự tham gia của họ.

Nhóm bệnh kiểm soát chưa tốt là nhóm đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ về sức khỏe, trải nghiệm của người bệnh nhóm này trong chăm sóc bệnh mạn tính có nhiều điểm khác biệt so với nhóm kiểm soát bệnh tốt. Khu vực nông thôn và thành thị, mặc dù không có sự khác biệt về tổng điểm PACIC, thành tố

giải quyết vấn đề, theo dõi và phối hợp chăm sóc và thiết lập mục tiêu điều trị có điểm thấp hơn so với miền núi. Sự khác biệt này rất đáng lưu ý, khi khu vực miền núi vẫn là khu vực chịu nhiều khó khăn nhất trong tiếp cận dịch vụ y tế, nhân lực y tế, cơ sở vật chất cũng như các yếu tố kinh tế xã hội khác. Sự khác biệt này có thể là do khu vực miền núi có thể có sự gắn kết chặt chẽ hơn giữa người bệnh, gia đình và nhân viên y tế, cũng như các chương trình nâng cao hiệu quả quản lý bệnh mạn tính có thể mang lại hiệu quả. Để làm rõ vấn đề này, các nghiên cứu khác cần được tiến hành. Trong nhóm kiểm soát bệnh chưa tốt, nhóm đối tượng có uống bia, rượu có điểm PACIC thấp hơn, trong khi đó đối tượng có vận động thể lực 30 phút mỗi ngày cho thấy điểm chỉ số giải quyết vấn đề cao hơn. Đối tượng đi khám ≥ 9 lần/tháng có điểm PACIC cũng như điểm các thành tố xu hướng cao hơn các đối tượng đi khám ít hơn. Việc khuyến khích, tư vấn người bệnh giảm uống rượu, bia, tăng cường hoạt động thể lực và tái khám định kỳ tại cơ sở y tế (mỗi tháng 1 lần) giúp cải thiện tình trạng bệnh và cải thiện trải nghiệm của người bệnh trong chăm sóc bệnh mạn tính.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tình hình kiểm soát bệnh mạn tính và trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính của người dân tại tuyến chăm sóc ban đầu tỉnh Thừa Thiên Huế chưa cao. Ở nhóm kiểm soát bệnh tốt, trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính liên quan đến tuổi, trình trạng sống và BMI. Ở nhóm bệnh chưa kiểm soát tốt, trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính liên quan đến khu vực sinh sống, uống bia, rượu, vận động thể lực và số lần đi khám tại cơ sở y tế. Để cải thiện trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính và cải thiện kiểm soát bệnh mạn tính, cần tiếp tục củng cố hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao năng lực khám chữa bệnh, và sàng lọc phát hiện bệnh tại trạm y tế xã/phường. Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, chăm sóc tích hợp, cũng như ứng dụng công nghệ thông tin là những giải pháp giúp cải thiện trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính. Cần có thêm các nghiên cứu khác để tìm hiểu về trải nghiệm chăm sóc bệnh mạn tính một cách toàn diện hơn, cũng như các nghiên cứu ứng dụng mô hình chăm sóc tích hợp và ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bệnh mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Noncommunicable diseases in the South-East Asia 2020 assess on 15/05/2020 from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases>.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018.
3. D Demaio, A. R., Kragelund Nielsen, K., Pinkowski Tersbol, B., et al. Primary Health Care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non-communicable disease. *Glob Health Action* 2014 7(1): p. 24504.
4. Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., and Wagner, E. H. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009 28(1): p. 75-85.
5. Drewes, H. W., Steuten, L. M., Lemmens, L. C., et al. The effectiveness of chronic care management for heart failure: meta-regression analyses to explain the heterogeneity in outcomes. *Health Serv Res* 2012 47(5): p. 1926-59.
6. Ramli, A. S., Selvarajah, S., Daud, M. H., et al. Effectiveness of the EMPOWER-PAR Intervention in Improving Clinical Outcomes of Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: A Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *BMC family practice* 2016 17(1): p. 1-18.
7. Zhou, C., Tan, F., Lai S.H., Chen J.C., Chen C.Y. et al., Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Its Influence on Patient Compliance With Hypertension: A Cross-Sectional Study. *Inquiry* 2024 61: p. 469580241277445.
8. Bộ Y tế. Quyết định 2559/QĐ-BYT ban hành ngày 20/04/2018 về việc ban hành Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường (ĐTĐ) theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018 - 2020. 2018: Hà Nội.
9. Glasgow, R.E., Whitesides, H., Nelson, C.C., et al. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients: Relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care* 2005 28(11): p. 2655-2661.
10. Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2018 [25/05/2022]; Available from: www.vnha.org.vn.
11. Bộ Y tế. Quyết định số 5481/QĐ-BYT về ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 2020.
12. Terzic, A. and S. Waldman. Chronic diseases: the emerging pandemic. *Clin Transl Sci* 2011 4(3): p. 225-6.
13. Pi-Sunyer, X. The medical risks of obesity. *Postgrad Med* 2009 121(6): p. 21-33.
14. Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam. Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2022.

15. Del Prato, S., Felton, A.M., Munro, N. et al. Improving glucose management: ten steps to get more patients with type 2 diabetes to glycaemic goal. *Int J Clin Pract* 2005 59(11): p. 1345-55.
16. Jiamjarasrangsri, W., et al. Assessment of 5-year system-wide type 2 diabetes control measures in a Southeast Asian metropolis. *Asian Biomedicine* 2014 8(1): p. 75-82.
17. Alharbi, N., Alsubki, N., Alotabi, F., Alotabi, M. et al. Translation into Arabic and validation of the Patient Assessment of Care for Chronic Conditions questionnaire for diabetes. *East Mediterr Health J* 2021 27(2): p. 142-150.
18. Aghili, R., Valojerdi, A.E., Farshchi, A., Khamseh, M.E. Type 2 diabetes: patient assessment of chronic illness care. *J Diabetes Metab Disord* 2021 20(1): p. 7-13.
19. Hazazi, A., Wilson, A. Improving Management of Non-communicable Chronic Diseases in Primary Healthcare Centres in The Saudi Health Care System. *Health Serv Insights* 2022 15: p. 1-8.
20. Lim, M.T., Lim, Y.M.F., The, X.R., Lee, Y.L. et al. Patient experiences on self-management support among primary care patients with diabetes and hypertension. *Int J Qual Health Care* 2019 31(7): p. 37-43.
21. Nordin, N., Hairon, S.M., Yaacob, N.M., Hamid, A.A. et al. Perceived quality of care among people with type 2 diabetes mellitus in the north east region of peninsular Malaysia. *BMC Public Health* 2021 21(1): p. 268.
22. Asmat, K., Dhamani, K., Gul, R., Froelicher, E.S. The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self-management: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health* 2022 10: p. 994766.
23. Zarora, R., Immanuel, J., Chivese, T., MacMillan, F., Simmons, D. Effectiveness of Integrated Diabetes Care Interventions Involving Diabetes Specialists Working in Primary and Community Care Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Integr Care* 2022 22(2): p. 11.
24. Murray, E., Hekler, E.B., Andersson, G., Collins, L.M. et al. Evaluating Digital Health Interventions: Key Questions and Approaches. *Am J Prev Med* 2016 51(5): p. 843-851.
25. Hafiz, O., Yin, X., Sun, S., Yang, J., Liu, H. Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally - a Systematic Scoping Review. *Int J Integr Care* 2024 24(2): p. 9.