

5. **Ngô Nguyễn Hải Thanh (2017)**, Khảo sát đột biến rs37972 trên gen GLCCI1 ở bệnh nhân hen, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Wing R, et al (2015)**, Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 114 (5), pp. 379-384.
7. **Chengping Hu, et al. (2016)**, "GLCCI1 Variation Is Associated with Asthma Susceptibility and Inhaled Corticosteroid Response in a Chinese Han Population", *Arch Med Res*, 47(2), pp. 118-25.
8. **Revathy N, et al (2016)**, "Frequency of polymorphic variants in corticotropin releasing hormone receptor 1, glucocorticoid induced 1 and Fc fragment of IgE receptor II genes in healthy and asthmatic Tamilian population", *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 5(5), pp.1.
9. **Chengping Hu, et al. (2016)**, "GLCCI1 Variation Is Associated with Asthma Susceptibility and Inhaled Corticosteroid Response in a Chinese Han Population", *Arch Med Res*, 47(2), pp.118-25.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI MỘT SỐ TRẠM Y TẾ XÃ TỈNH NINH BÌNH

Nguyễn Hoàng Giang^{1,2}, Đỗ Trà My¹, Nguyễn Thị Thắng¹,
Trần Thị Mai Oanh¹, Lê Thị Kim Anh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của một chương trình can thiệp tại tuyến y tế cơ sở ở tỉnh Ninh Bình, Việt Nam. Thiết kế nghiên cứu phỏng thực nghiệm, đánh giá trước và sau can thiệp có nhóm chứng, được triển khai tại 6 trạm y tế xã thuộc tỉnh Ninh Bình. Tổng cộng 470 người bệnh được theo dõi trong suốt quá trình nghiên cứu từ năm 2021 đến 2023. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bảng hỏi điện tử trước và sau can thiệp, sau đó phân tích bằng phần mềm Stata với phương pháp phân tích sự khác biệt trong khác biệt để đánh giá kết quả can thiệp. Kết quả cho thấy, người bệnh tại nhóm can thiệp có cải thiện đáng kể về kiến thức, thái độ, thực hành điều chỉnh lối sống, tuân thủ điều trị và tái khám định kỳ so với nhóm chứng. Mô hình cho thấy tính khả thi và hiệu quả trong việc tăng cường quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở. Nghiên cứu khuyến nghị mở rộng mô hình này và tích hợp vào chương trình quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF THE HYPERTENSION MANAGEMENT PROGRAM AT SELECTED COMMUNE HEALTH STATIONS IN NINH BINH PROVINCE

This study aimed to evaluate the effectiveness of an intervention program implemented at the primary healthcare level in Ninh Binh province, Vietnam. A quasi-experimental design with pre- and post-intervention assessments and a comparison group was employed at six commune health stations. A total of 470 patients with hypertension were followed throughout the study period from 2021 to 2023. The

data were collected through face-to-face interviews using an electronic questionnaire, conducted both before and after the intervention. The data were then analyzed using Stata software, applying the Difference-in-Differences (DID) approach to evaluate the intervention outcomes. The results showed significant improvements in knowledge, attitudes, lifestyle modification practices, treatment adherence, and regular follow-up visits among patients in the intervention group compared to the control group. The intervention model demonstrated both feasibility and effectiveness in enhancing hypertension management at the primary healthcare level. The study recommends scaling up this model and integrating it into community-based chronic disease management programs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, các bệnh không lây nhiễm (BKN) đang là nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong, trong đó tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh phổ biến và nghiêm trọng nhất, với khoảng 15,1 triệu người trưởng thành mắc bệnh, chiếm 26,2% dân số trưởng thành vào năm 2021 [8]. Chính phủ đã ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống BKN giai đoạn 2015–2025, nhấn mạnh vai trò của y tế cơ sở trong việc quản lý điều trị và kiểm soát các bệnh BKN. Tuy nhiên, hiệu quả kiểm soát THA tại cộng đồng vẫn còn nhiều hạn chế, thể hiện qua tỷ lệ phát hiện, điều trị và kiểm soát huyết áp còn thấp [8]. Bên cạnh những yếu tố thuộc về hệ thống y tế, sự chủ động tham gia của người bệnh, thông qua nâng cao kiến thức, thái độ tích cực và thực hành tuân thủ điều trị là yếu tố then chốt [5]. Mặc dù đã có một số mô hình can thiệp được triển khai tại cộng đồng nhằm phòng chống THA, nhưng các nghiên cứu đánh giá tác động của can thiệp đối với sự thay đổi hành vi tuân thủ điều trị của người bệnh vẫn

¹Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, BYT

²Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Giang

Email: nguyengiang@hspl.org.vn

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

còn tương đối hạn chế.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp tăng cường tự quản lý bệnh của người bệnh THA đang được quản lý tại một số trạm y tế (TYT) xã trên địa bàn huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình. Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc xây dựng và nhân rộng các giải pháp can thiệp khả thi, góp phần nâng cao năng lực của TYT xã và tăng cường vai trò chủ động của người bệnh trong kiểm soát THA tại cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu phỏng thực nghiệm, đánh giá trước sau có nhóm chứng, không phân bố ngẫu nhiên.

2.2 Thời gian thu thập thông tin

- Đánh giá trước can thiệp: tháng 01 đến tháng 02 năm 2021
- Hoàn thiện nội dung và triển khai can thiệp: tháng 03/12/2021 đến 12/2022.
- Đánh giá sau can thiệp: tháng 03 đến tháng 04 năm 2023

2.3 Đối tượng và địa bàn nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành trên đối tượng từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định mắc THA và có tên trong danh sách quản lý của TYT xã thuộc địa bàn nghiên cứu, gồm có 03 TYT xã thuộc huyện Gia Viễn (can thiệp) là Liên Sơn, Gia Trung và Gia Hưng; và 03 TYT xã thuộc huyện Hoa Lư (đối chứng) là Ninh Giang, Trường Yên và Ninh Hòa.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Cỡ mẫu người bệnh được tính toán nhằm đảm bảo đủ số lượng đối tượng tại mỗi huyện theo thiết kế nghiên cứu so sánh tỷ lệ trước-sau có đối chứng. Tại mỗi huyện, người bệnh được chọn bằng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách quản lý tại 03 TYT xã/huyện. Đến cuối kỳ, 235 người bệnh tại mỗi huyện được theo dõi, tổng cộng 470 người bệnh.

2.5 Nội dung chương trình can thiệp:

Can thiệp được triển khai theo hai giai đoạn. Giai đoạn 1: Tăng cường năng lực cho NVYT xã bằng các khóa tập huấn nâng cao kiến thức và kỹ năng quản lý điều trị cho người bệnh và cung

cấp tài liệu hướng dẫn. Giai đoạn 2: Tăng cường tư vấn cá nhân, truyền thông nhóm tại TYT và cung cấp sổ tay hướng dẫn TQL THA.

2.6 Biến số nghiên cứu. Để đánh giá hiệu quả của can thiệp, nghiên cứu sử dụng các số liệu khảo sát người bệnh tại thời điểm trước và sau can thiệp trong từng nhóm. Các biến số đầu ra bao gồm: (i) Tỷ lệ người bệnh có điểm kiến thức cải thiện; (ii) Tỷ lệ người bệnh có điểm thái độ cải thiện; (iii) Tỷ lệ người bệnh có thực hành tuân thủ điều trị (TTĐT) cải thiện.

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

2.8 Phương pháp phân tích số liệu. Nghiên cứu sử dụng phần Stata để làm sạch, xử lý và phân tích các số liệu. Để đánh giá sự thay đổi trước – sau can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, kiểm định Mann Whitney sử dụng cho các biến định lượng không có phân bố chuẩn và phương pháp hồi quy logistics cho biến nhị phân được áp dụng phân tích sự khác biệt trong khác biệt (Difference in Difference-DiD).

2.9 Đạo đức của nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng phê duyệt trước khi triển khai, theo quyết định phê duyệt số 019-485/ĐĐ-YTCC ngày 13/09/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy một số khác biệt giữa hai nhóm. Về độ tuổi, nhóm can thiệp có độ tuổi trung bình thấp hơn nhóm chứng (66,8 so với 68,7 tuổi). Về giới tính, tỷ lệ nữ cao hơn ở nhóm chứng (74,5%) so với nhóm can thiệp (61,8%). Trình độ học vấn cũng cho thấy sự chênh lệch với nhóm can thiệp có tỷ lệ người bệnh đạt trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên cao hơn (23,4%) so với nhóm chứng (13,9%). Về nghề nghiệp, người bệnh hiện còn đi làm chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm can thiệp (50,2%), trong khi nhóm chứng có tỷ lệ cán bộ hưu trí cao hơn (43,1%).

Bảng 4. Đặc điểm nhân khẩu học – kinh tế xã hội của người bệnh

	Can thiệp (n=253)		Chứng(n=239)		Chung (n=49)	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi trung bình (min-max)	66,8 (34 – 89)		68,7 (52 – 90)		67,7 (34 – 90)	
Nhóm tuổi:						
< 50 tuổi	8	3,2	0	-	8	1,6
50-59 tuổi	30	11,9	33	13,8	63	12,8
60-69 tuổi	114	45,1	91	38,1	205	41,7
≥ 70 tuổi	101	39,9	115	48,1	216	43,9

Giới tính: Nam	96	37,9	61	25,5	157	31,9
Nữ	157	61,8	178	74,5	335	68,1
Trình độ học vấn						
Chưa tốt nghiệp cấp 1	16	6,3	29	12,1	45	9,1
Cấp 1	28	11,1	40	16,7	68	13,8
Cấp 2	150	59,3	137	57,3	287	58,3
Cấp 3	32	12,7	19	8,0	51	10,4
Cao đẳng, ĐH trở lên	27	10,7	14	5,9	41	8,3
Nghề nghiệp: Đang làm việc	127	50,2	80	33,5	207	42,1
Không đi làm	47	18,6	56	23,4	103	20,9
Hưu trí	79	31,2	103	43,1	182	37,0

Kết quả khảo sát cho thấy nhóm can thiệp có tỷ lệ người chỉ mắc THA cao hơn (49,8% so với 34,3%), trong khi nhóm chứng có tỷ lệ mắc từ hai bệnh mạn tính trở lên cao hơn rõ rệt (59% so với 23,3%). Ngoài ra, thời gian mắc THA ≥ 5 năm phổ biến hơn ở nhóm chứng (64% so với 44,3%).

Bảng 5. Tình trạng bệnh của người bệnh và tiếp cận dịch vụ

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

Tỷ lệ có tiền sử gia đình mắc THA và đã được chẩn đoán có biến chứng là tương đồng giữa hai nhóm (~45% và ~90%). Tuy nhiên, nhóm chứng có tỷ lệ tự điều trị cao hơn (31,4% so với 18,2%), trong khi nhóm can thiệp chủ yếu điều trị tại TYT xã (51,4% so với 24,3%).

3.2 Sự thay đổi kiến thức về THA trước và sau can thiệp. Kết quả cho thấy chương trình can thiệp đã cải thiện đáng kể kiến thức của người bệnh trong nhóm can thiệp. Trung bình điểm kiến thức tăng từ 11,6 lên 12,8 điểm ($p < 0,001$) trong nhóm can thiệp, trong khi nhóm đối chứng chỉ tăng nhẹ (từ 12,0 lên 12,4 điểm; $p = 0,0582$). Phân tích sự khác biệt trong khác biệt cho thấy hiệu quả can thiệp là 0,99 điểm và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005$), cho thấy can thiệp có cải thiện lên kiến thức của người bệnh.

Bảng 6. So sánh kiến thức của người bệnh về THA trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Nhóm	Trước can	Sau can thiệp	Sự khác biệt	p-values*
------	-----------	---------------	--------------	-----------

	thiệt (mean $\pm$ SD)	(mean $\pm$ SD)	trung bình (95%CI)	
Can thiệp	11,6 $\pm$ 2,56	12,8 $\pm$ 2,29	1,25(0,74 – 1,76)	<0,001
Đối chứng	12,0 $\pm$ 2,83	12,4 $\pm$ 2,27	0,42(0,15 – 1,00)	0,058
Khác biệt trung bình (DiD)			0,99(0,67 – 1,31)	0,005

*Kiểm định Mann-Whitney do điểm kiến thức phân bố không chuẩn

3.3 Sự thay đổi thái độ về THA trước và sau can thiệp. Kết quả đánh giá ghi nhận sự cải thiện về thái độ đối với bệnh THA đều tăng ở nhóm can thiệp và đối chứng. Mức độ cải thiện thái độ ở nhóm can thiệp cũng có ý nghĩa thống kê, từ 3,9 lên 4,3 điểm ($p < 0,001$), tuy nhiên nghiên cứu cũng ghi nhận sự cải thiện về điểm thái độ ở nhóm đối chứng (tăng từ 4,1 lên 4,3 điểm), nên sự khác biệt giữa hai nhóm theo phân tích DiD là 0,28 điểm và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,232$).

Bảng 7. So sánh kết quả đánh giá thái độ của người bệnh về bệnh THA trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Nhóm	Trước can thiệp (mean ± SD)	Sau can thiệp (mean ± SD)	Sự khác biệt trung bình (95% CI)	p-values*
Can thiệp	3,9 ± 0,61	4,3 ± 0,66	0,35(0,22 – 0,48)	<0,001
Đối chứng	4,1 ± 0,57	4,3 ± 0,69	0,20(0,07 – 0,33)	<0,001
Khác biệt trung bình (DiD)			0,28(0,19 – 0,37)	0,232

* Kiểm định Mann-Whitney do điểm thực hành phân bố không chuẩn

3.4 Sự thay đổi thực hành lối sống lành mạnh và tuân thủ điều trị thuốc hạ áp của người bệnh THA trước và sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp đã có ảnh hưởng nhất định đến việc cải thiện thực hành lối sống lành mạnh của người bệnh THA, đặc biệt thay đổi thói quen ăn uống theo hướng có lợi cho sức khỏe. Cụ thể, tỷ lệ người bệnh thực hành chế độ ăn giảm muối trong nhóm can thiệp đã tăng rõ rệt từ 40,5% lên 68,5% sau can thiệp ($p < 0,001$), trong khi tỷ lệ nhóm đối chứng chỉ tăng nhẹ từ 45,1% lên 50,1% ($p = 0,175$). Phân tích khác biệt trong khác biệt cho thấy can thiệp mang lại kết quả có ý nghĩa thống kê với tỉ số chênh OR là 2,56 ($p = 0,001$).

Bảng 8. So sánh kết quả thực hành lối sống lành mạnh của người bệnh về bệnh THA trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Nhóm	Trước can thiệp (% , n)	Sau can thiệp (% , n)	Tỉ lệ thay đổi (%)	p-values
Tập thể dục thường xuyên (%)				
Can thiệp	71,3 (127)	78,6 (140)	7,3%	0,112
Đối chứng	76,8 (139)	79,6 (144)	2,8%	0,525
			OR	p-values
Khác biệt trước sau (DiD)*			1,26	0,427
Chế độ ăn giảm muối (%)				
Can thiệp	40,5 (72)	68,5 (112)	28%	<0,001
Đối chứng	64,6 (117)	69,6 (126)	5%	0,314

			OR	p-values
Khác biệt trước sau (DiD)*	-	-	2,56	0,001

* Mô hình hồi quy logistics tính phân tích sự khác biệt trong khác biệt (DID)

Đối với thực hành tập thể dục thường xuyên, kết quả ghi nhận mức tăng khiêm tốn ở cả hai nhóm. Nhóm can thiệp có tỷ lệ tập thể dục thường xuyên tăng từ 69,7% lên 77,0%, trong khi nhóm đối chứng tăng từ 70,8% lên 73,6%. Tuy vậy, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. So sánh kết quả thực hành tuân thủ điều trị thuốc hạ áp của người bệnh về bệnh THA trước và sau can thiệp ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Tuân thủ điều trị thuốc hạ áp	Trước can thiệp % (n)	Sau can thiệp % (n)	Tỉ lệ thay đổi (%)	p-values
Can thiệp	60,8 (108)	79,8 (142)	19,0	<0,001
Đối chứng	67,4 (102)	75,7 (137)	8,3	0,081
			OR	p-values
Khác biệt trước sau (DiD)			1,70	0,082

* Mô hình hồi quy logistics tính phân tích sự khác biệt trong khác biệt (DID)

Liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị thuốc hạ áp, kết quả cho thấy nhóm can thiệp có sự cải thiện đáng kể về tỷ lệ tuân thủ, từ 60,8% lên 79,8% sau can thiệp ($p < 0,001$). Trong khi đó, nhóm đối chứng cũng ghi nhận mức tăng nhẹ, từ 67,4% lên 75,7% ($p = 0,076$). Tuy nhiên, khi phân tích hiệu quả can thiệp, sự khác biệt giữa hai nhóm không đạt ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp truyền thông – giáo dục kết hợp cung cấp công cụ hỗ trợ tự quản lý trong nghiên cứu của luận án đã góp phần cải thiện đáng kể kiến thức của người bệnh THA. Kết quả này cho thấy hiệu quả của việc lồng ghép tư vấn trực tiếp bằng tranh lật, truyền thông nhóm và sổ tay tự quản lý, giúp người bệnh tiếp thu và ghi nhớ kiến thức dễ dàng hơn tính. Những phát hiện này phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu trong nước, như nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh và Trần Văn Long, cũng cho thấy hiệu quả tích cực của việc sử dụng các tài liệu minh họa trực quan và tương tác cộng đồng trong cải thiện nhận

thức và hành vi của người bệnh [2, 3]. Một trong những mục tiêu cốt lõi của chương trình can thiệp là nâng cao thực hành tuân thủ điều trị, yếu tố quan trọng trong quản lý THA lâu dài. Kết quả nghiên cứu cho thấy chương trình can thiệp đã góp phần cải thiện thực hành tuân thủ điều trị thuốc hạ áp trong nhóm người bệnh tại địa bàn can thiệp, với tỷ lệ tuân thủ tăng từ 60,8% lên 79,8% sau can thiệp. Trong khi đó, nhóm đối chứng cũng ghi nhận sự cải thiện nhẹ (8,3%). Tuy nhiên, khi so sánh mức độ thay đổi giữa hai nhóm, sự khác biệt không đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy xu hướng tích cực của can thiệp, song chưa đủ mạnh để kết luận về hiệu quả khác biệt rõ ràng giữa hai nhóm. Một lý do có thể là tỷ lệ tuân thủ ban đầu ở nhóm đối chứng đã ở mức tương đối cao (67,4%), hạn chế không gian cải thiện sau can thiệp. Dù vậy, tác động tích cực ở nhóm can thiệp phản ánh tính toàn diện của mô hình can thiệp, bao gồm tư vấn cá nhân hóa, tài liệu hỗ trợ trực quan và công cụ tự quản lý, góp phần tăng cường tương tác giữa người bệnh và nhân viên y tế, từ đó thúc đẩy thay đổi hành vi bền vững. Những kết quả của nghiên cứu phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu can thiệp tại Việt Nam và quốc tế [1,2,4,6,7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã đánh giá sự thay đổi về kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh THA tại các TYT xã huyện Gia Viễn, tỉnh Ninh Bình, thông qua một can thiệp nhằm tăng cường tự quản lý bệnh. Kết quả cho thấy chương trình can thiệp đã đem lại những cải thiện đáng kể trong tất cả ba yếu tố: kiến thức, thái độ và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh. Cụ thể, tỷ lệ người bệnh có kiến thức cải thiện sau can thiệp tăng lên rõ rệt, cùng với sự thay đổi tích cực trong thái độ và thực hành tuân thủ điều trị bằng thuốc hạ áp. Điều

này cho thấy hiệu quả của can thiệp trong việc nâng cao năng lực tự quản lý bệnh của người bệnh, giúp họ chủ động hơn trong việc tuân thủ điều trị và phòng ngừa biến chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ánh, B.M.N., et al.,** Đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021. **502**(1): p. 39-42.
2. **Hạnh, T.T.M.,** 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. 2017, Đại học Y tế Công cộng: Hà Nội.
3. **Long, T.V.,** Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức – thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011 - 2012". 2015, Trường Đại học Y tế công cộng: Hà Nội.
4. **Junling, G., et al.,** Evaluation of group visits for Chinese hypertensives based on primary health care center. Asia Pac J Public Health, 2015. **27**(2): p. Np350-60.
5. **Van Truong, P., et al.,** Effects of self-management programs on blood pressure, self-efficacy, medication adherence and body mass index in older adults with hypertension: Meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Pract, 2021. **27**(2): p. e12920.
6. **Bhandari, B., et al.,** Effectiveness and Acceptability of a Mobile Phone Text Messaging Intervention to Improve Blood Pressure Control (TEXT4BP) among Patients with Hypertension in Nepal: A Feasibility Randomised Controlled Trial. Glob Heart, 2022. **17**(1): p. 13.
7. **Susanto, T., et al.,** Family Self-management Program for Hypertension Management and Sodium Consumption Adherence: A Parallel Randomized Control Trial Among Family Caregivers and People With Hypertension. Journal of Research in Health Sciences, 2024. **24**(4).
8. **World Health Organization,** National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Viet Nam, 2021. 2024, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific: Manila.