DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT TOOL FOR HOSPITAL-BASED CHRONIC DISEASE MANAGEMENT SOFTWARE FOR HYPERTENSIVE PATIENTS BASED ON FAMILY MEDICINE PRINCIPLES IN VIETNAM

Dao Thi Lan Huong[1], Phan Duy Nguyen[2], Nguyen Thi Thuy Duong[3], Luong Thi Huong Loan[4], Tran Quoc Thang[5], Nguyen Xuan Chi[6], Dao Van Dung[7*]

[1]*Vietnam National Union of Health Workers, No. 138C Giang Vo, Giang Vo Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*108 Military Central Hospital, No. 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*National Institute of Hygiene and Epidemiology, No. 1 Yersin Street, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*
[4]*Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy, No. 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam*
[5]*School of Medicine and Pharmacy, Phenikaa University, Nguyen Trac Street, Duong Noi Ward, Hanoi, Vietnam*
[6]*Thu Duc General Hospital, No. 29 Phu Chau, Tam Binh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*
[7]*Cuu Long University, National Highway 1A, Phu Quoi Commune, Vinh Long Province, Vietnam*

Received: 10/08/2026
Reviced: 24/08/2026; Accepted: 18/10/2026

ABSTRACT

Background: Hypertension management is a long-term process that requires continuity, comprehensiveness, collaboration between patients and healthcare professionals, family involvement, and community engagement. Digital health applications may support this process; however, brief instruments tailored to the Vietnamese context are lacking for evaluating chronic disease management software from a family medicine perspective.

Objective: To develop an instrument for assessing hospital-based chronic disease management software among patients with hypertension according to family medicine principles in Vietnam, as a basis for subsequent validity and reliability testing.

Methods: The instrument was developed following a measurement instrument development approach, informed by the theoretical framework of primary care/family medicine, the Primary Care Assessment Tool (PCAT), its Vietnamese adaptation (VN-PCAT-AE), digital health guidelines, and the characteristics of hypertension management. Content was mapped to domains relevant to software-based chronic disease management and then converted into items that patients could directly understand and rate.

Results: The instrument comprises six domains: continuity of care, comprehensive care, care coordination, prevention and self-management support, family-oriented care, and community-oriented care. Each domain contains five items rated on a 5-point Likert scale from 1 ("not at all true") to 5 ("completely true").

Conclusion: This preliminary 30-item instrument provides an initial measurement framework integrating the assessment of digital health software with family medicine principles of care in hypertension management. Content validity, comprehensibility, reliability, and construct validity should be further evaluated among patients using the software before widespread use is recommended.

Keywords: Hypertension; family medicine; digital health; chronic disease management software; PCAT; instrument development.

*Corresponding author
Email: dungdv1105@gmail.com **Phone**: (+84) 988702187 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i10.6844

XÂY DỰNG BỘ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ PHẦN MỀM "QUẢN LÝ BỆNH MẠN TÍNH TỪ BỆNH VIỆN" TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM

Đào Thị Lan Hương[1], Phan Duy Nguyên[2], Nguyễn Thị Thuỳ Dương[3], Lương Thị Hương Loan[4], Trần Quốc Thắng[5], Nguyễn Xuân Chi[6], Đào Văn Dũng[7*]

[1]Công đoàn Y tế Việt Nam – Số 138C Giảng Võ, phường Giảng Võ, thành phố Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện trung ương quân đội 108-Số 1 Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam
[3]Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương-Số 1 phố Yecxanh, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam
[4]Trường Đại học Y dược Thái Nguyên-Số 284, đường Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam
[5]Trường y dược, Đại học Phenikaa – Phố Nguyễn Trác, phường Dương Nội, thành phố Hà Nội
[6]Bệnh viện Đa khoa Thủ Đức – Số 29 Phú Châu, phường Tam Bình, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[7]Trường Đại học Cửu Long – Quốc lộ 1A, xã Phú Quới, tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/08/2026; Ngày duyệt đăng: 18/10/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý tăng huyết áp là quá trình kéo dài, đòi hỏi sự liên tục, toàn diện, phối hợp giữa người bệnh với nhân viên y tế, sự tham gia của gia đình và gắn kết với cộng đồng. Các ứng dụng y tế số có tiềm năng hỗ trợ quá trình này, tuy nhiên hiện còn thiếu bộ công cụ ngắn gọn, phù hợp bối cảnh Việt Nam để đánh giá phần mềm quản lý bệnh mạn tính từ góc nhìn các nguyên lý y học gia đình.

Mục tiêu: Xây dựng bộ công cụ đánh giá phần mềm "Quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện" trên người bệnh tăng huyết áp theo nguyên lý y học gia đình tại Việt Nam, làm cơ sở cho bước kiểm định giá trị và độ tin cậy của công cụ.

Phương pháp: Bộ công cụ được xây dựng theo tiếp cận phát triển công cụ đo lường, dựa trên khung lý thuyết về chăm sóc ban đầu/y học gia đình, Primary Care Assessment Tool (PCAT), phiên bản PCAT đã được thích nghi và kiểm định tại Việt Nam (VN-PCAT-AE), các định hướng về y tế số và đặc điểm quản lý tăng huyết áp. Các nội dung được lập bản đồ theo những cấu phần phù hợp với quản lý bệnh mạn tính qua phần mềm, sau đó chuyển thành các câu hỏi có thể được người bệnh trực tiếp nhận biết và đánh giá.

Kết quả: Bộ công cụ gồm 6 cấu phần: chăm sóc liên tục (LT), chăm sóc toàn diện (TD), phối hợp chăm sóc (PH), dự phòng và hỗ trợ tự quản lý (DP), chăm sóc hướng gia đình (GD) và hướng cộng đồng (CD). Mỗi cấu phần gồm 5 câu, sử dụng thang Likert 5 mức từ 1 "Hoàn toàn không đúng" đến 5 "Hoàn toàn đúng.

Kết luận: Bộ công cụ 30 câu bước đầu cung cấp một cấu trúc đo lường tích hợp giữa đánh giá phần mềm y tế số và các nguyên lý chăm sóc của y học gia đình trong quản lý người bệnh tăng huyết áp. Công cụ cần tiếp tục được đánh giá giá trị nội dung, tính dễ hiểu, độ tin cậy và giá trị cấu trúc trên quần thể người bệnh sử dụng phần mềm trước khi khuyến nghị sử dụng rộng rãi.

Từ khóa: Tăng huyết áp; y học gia đình; y tế số; phần mềm quản lý bệnh mạn tính; PCAT; phát triển bộ công cụ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính cần được quản lý lâu dài, không chỉ trong thời gian người bệnh đến khám tại cơ sở y tế mà cả trong khoảng thời gian giữa các lần khám. Hiệu quả quản lý phụ thuộc vào nhiều yếu tố như theo dõi huyết áp thường xuyên, tuân thủ điều trị, thực hiện chế độ ăn và hoạt động thể lực phù hợp, tái khám đúng lịch, nhận biết nguy cơ, khả năng liên hệ với nhân viên y tế và sự hỗ trợ của gia đình.

Sự phát triển của y tế số mở ra khả năng duy trì quá trình quản lý người bệnh vượt ra ngoài phạm vi của một lần khám trực tiếp. Các hệ thống số có thể hỗ trợ theo dõi tình trạng sức khỏe, quản lý dữ liệu người bệnh, giao tiếp giữa người bệnh và nhân viên y tế, nhắc lịch và phối hợp chăm sóc. Tuy nhiên, công nghệ số không tự nó tạo ra một hệ thống chăm sóc có chất lượng; hiệu quả của công nghệ phụ thuộc vào cách công nghệ được tích hợp vào tổ chức và quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Y học gia đình và chăm sóc ban đầu nhấn mạnh các đặc tính quan trọng như tiếp cận ban đầu, tính liên tục, toàn diện và phối hợp chăm sóc, đồng thời quan tâm đến

*Tác giả liên hệ
Email: dungdv1105@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 988702187 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i10.6844

gia đình, cộng đồng và bối cảnh của người bệnh. Primary Care Assessment Tool (PCAT) được phát triển để đánh giá mức độ hiện diện của các thuộc tính chăm sóc ban đầu từ nhiều góc nhìn khác nhau. Tại Việt Nam, VN-PCAT-AE đã được thích nghi và kiểm định, tạo cơ sở quan trọng cho việc lượng hóa các đặc tính của chăm sóc ban đầu trong bối cảnh Việt Nam [1], [2].

Tuy nhiên, PCAT/VN-PCAT-AE được xây dựng để đánh giá chăm sóc ban đầu nói chung, không được thiết kế chuyên biệt để đánh giá một ứng dụng phần mềm quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện. Ngược lại, nếu chỉ đánh giá phần mềm bằng tính dễ sử dụng, mức độ hài lòng hoặc số lần sử dụng thì chưa phản ánh được liệu công nghệ có hỗ trợ quá trình chăm sóc liên tục, toàn diện, phối hợp và lấy người bệnh–gia đình–cộng đồng làm trung tâm hay không.

Từ khoảng trống này, nhóm nghiên cứu xây dựng một công cụ ngắn gọn, sử dụng ngôn ngữ mà người bệnh có thể trực tiếp đánh giá sau khi trải nghiệm phần mềm "Quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện". Công cụ không nhằm thay thế PCAT/VN-PCAT-AE mà vận dụng các cấu phần lý thuyết phù hợp của chăm sóc ban đầu và y học gia đình vào bối cảnh quản lý tăng huyết áp bằng công nghệ số.

Mục tiêu nghiên cứu: Xây dựng bộ công cụ đánh giá mức độ hỗ trợ các nguyên lý y học gia đình của phần mềm "Quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện" trên người bệnh tăng huyết áp tại Việt Nam, làm cơ sở cho bước kiểm định giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ.

2. PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN XÂY DỰNG BỘ CÔNG CỤ

2.1. Nguyên tắc xây dựng

Có cơ sở lý thuyết rõ ràng: các cấu phần xuất phát từ những thuộc tính của chăm sóc ban đầu và y học gia đình có ý nghĩa đối với quản lý bệnh mạn tính, không chỉ từ các chức năng kỹ thuật của phần mềm [3].

Lấy trải nghiệm người bệnh làm trung tâm: mỗi câu hỏi ưu tiên nội dung mà người bệnh có khả năng trực tiếp trải nghiệm, nhận biết và đánh giá [3].

Gắn với chức năng của phần mềm và quá trình quản lý tăng huyết áp: nội dung phản ánh mối liên hệ giữa công nghệ và hoạt động quản lý/chăm sóc [4].

Ngắn gọn và khả thi: công cụ cần đủ bao phủ nội dung nhưng phù hợp với người bệnh mạn tính ở các nhóm tuổi và trình độ sử dụng công nghệ khác nhau.

Có khả năng kiểm định: các câu hỏi được tổ chức thành những nhóm giả định trước để tiếp tục đánh giá độ tin cậy, giá trị nội dung và giá trị cấu trúc.

2.2. Cơ sở xây dựng bộ công cụ

2.2.1. PCAT và các thuộc tính của chăm sóc ban đầu

PCAT là hệ thống công cụ đánh giá các đặc tính cốt lõi của chăm sóc ban đầu, bao gồm tiếp xúc/tiếp cận đầu tiên, chăm sóc liên tục, toàn diện và phối hợp; cùng các thuộc tính bổ sung liên quan gia đình, cộng đồng và năng lực đáp ứng văn hóa [1]. VN-PCAT-AE đã được phát triển và kiểm định trong bối cảnh Việt Nam. Trong nghiên cứu này, VN-PCAT-AE được sử dụng như nguồn tham chiếu khái niệm và cấu trúc; bộ công cụ mới không được xem là phiên bản rút gọn của VN-PCAT-AE [2].

2.2.2. Y tế số và quản lý bệnh mạn tính

Công nghệ số có thể hỗ trợ lưu trữ và theo dõi thông tin sức khỏe, giao tiếp, nhắc lịch và phối hợp giữa các thành phần của hệ thống chăm sóc. Trong quản lý bệnh mạn tính, những chức năng này có ý nghĩa do chăm sóc diễn ra liên tục trong thời gian dài và phần lớn hoạt động tự quản lý diễn ra ngoài bệnh viện [4]. Phần mềm "Quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện" được xây dựng bởi CÔNG TY TNHH GIẢI PHÁP CÔNG NGHỆ HERO SOLUTION với tên viết tắt tiếng Anh HESO CO.,LTD. Phần mềm ứng dụng được nghiệm thu bởi Sở Khoa học Công nghệ thành phố Đà Nẵng và được chấp nhận bằng văn bản đưa lên hệ thống của các hãng điện thoại trên nền tảng IOS và Android. Phần mềm có chức năng hỗ trợ như nêu ở trên.

2.2.3. Đặc điểm quản lý tăng huyết áp

Quản lý tăng huyết áp yêu cầu sự tham gia chủ động của người bệnh trong tự theo dõi huyết áp, sử dụng thuốc, tái khám, giảm muối, hoạt động thể lực và nhận biết nguy cơ biến chứng. Vì vậy, bên cạnh các cấu phần kinh điển của chăm sóc ban đầu, dự phòng và hỗ trợ tự quản lý được xác định là một cấu phần thực hành cần thể hiện rõ trong bộ công cụ.

2.3. Quy trình xây dựng [5]

Bước 1. Xác định cấu trúc lý thuyết. Tổng hợp các khái niệm về y học gia đình/chăm sóc ban đầu, PCAT, VN-PCAT-AE, định hướng y tế số và yêu cầu quản lý người bệnh tăng huyết áp.

Bước 2. Lập bản đồ nội dung. Phân loại các nội dung theo những cấu phần có khả năng được phần mềm hỗ trợ, bảo đảm mỗi câu hỏi có vị trí trong mô hình khái niệm và hạn chế trùng lặp.

Bước 3. Hình thành ngân hàng câu hỏi ban đầu. Chuyển nội dung lý thuyết thành các phát biểu dưới góc nhìn người bệnh, ưu tiên nội dung có thể quan sát hoặc trải nghiệm trực tiếp.

Bước 4. Chuẩn hóa cấu trúc công cụ. Sắp xếp các mục thành sáu cấu phần: liên tục, toàn diện, phối hợp, dự phòng/tự quản lý, hướng gia đình và hướng cộng đồng; mỗi cấu phần 5 câu.

Bước 5. Chuẩn hóa phương án trả lời và chấm điểm. Sử dụng thang Likert 5 mức.

Bước 6. Chuẩn bị kiểm định công cụ. Phiên bản 30 câu là phiên bản dự thảo (ứng viên) để tiếp tục đánh giá bởi chuyên gia, phỏng vấn nhận thức, điều tra thử và kiểm định tâm trắc.

3. KẾT QUẢ XÂY DỰNG BỘ CÔNG CỤ

Kết quả của quá trình phát triển là bộ công cụ gồm 30 câu thuộc 6 cấu phần.

Mã	Cấu phần	Số câu	Nội dung chính
LT	Chăm sóc liên tục	5	Theo dõi giữa các lần khám; nhắc tái khám; liên hệ NVYT; duy trì thông tin; duy trì quan hệ NB–NVYT
TD	Chăm sóc toàn diện	5	Theo dõi sức khỏe; dinh dưỡng/lối sống; sử dụng thuốc; hỗ trợ đánh giá toàn diện; đáp ứng nhu cầu sức khỏe
PH	Phối hợp chăm sóc	5	Chia sẻ thông tin; chuyển khoa; cập nhật kết quả nơi khác; giảm khai báo lặp; phối hợp NVYT

Mã	Cấu phần	Số câu	Nội dung chính
DP	Dự phòng và hỗ trợ tự quản lý	5	Nhắc dự phòng; giảm muối; hoạt động thể lực; nhận biết nguy cơ; chủ động phòng biến chứng
GD	Chăm sóc hướng gia đình	5	Gia đình tham gia; chia sẻ thông tin; hỗ trợ gia đình; hoàn cảnh gia đình; hỗ trợ tuân thủ
CD	Hướng cộng đồng	5	Phù hợp địa phương; nguồn lực cộng đồng; kết nối dịch vụ; phản hồi người bệnh; bệnh viện–cộng đồng
Tổng		30	

3.1. Chăm sóc liên tục – LT

LT1. Phần mềm giúp tôi được theo dõi tình trạng tăng huyết áp giữa các lần đến bệnh viện.

LT2. Tôi nhận được lời nhắc tái khám đúng thời điểm thông qua phần mềm.

LT3. Tôi có thể liên hệ với nhân viên y tế khi có vấn đề liên quan đến tăng huyết áp thông qua phần mềm.

LT4. Các thông tin về quá trình theo dõi tăng huyết áp của tôi được cập nhật và duy trì liên tục trên phần mềm.

LT5. Phần mềm giúp duy trì sự liên hệ giữa tôi và nhân viên y tế ngay cả khi tôi không trực tiếp đến bệnh viện.

3.2. Chăm sóc toàn diện – TD

TD1. Phần mềm giúp tôi theo dõi không chỉ huyết áp mà còn các yếu tố liên quan đến sức khỏe của tôi.

TD2. Phần mềm cung cấp cho tôi thông tin phù hợp về chế độ ăn uống và lối sống để kiểm soát tăng huyết áp.

TD3. Phần mềm giúp tôi theo dõi việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp.

TD4. Phần mềm giúp nhân viên y tế có thêm thông tin cần thiết để đánh giá toàn diện tình trạng sức khỏe của tôi.

TD5. Nội dung quản lý trên phần mềm phù hợp với những nhu cầu sức khỏe khác nhau của tôi trong quá trình điều trị tăng huyết áp.

3.3. Phối hợp chăm sóc – PH

PH1. Thông tin về quá trình điều trị tăng huyết áp của tôi được chia sẻ thuận lợi giữa các nhân viên y tế có liên quan.

PH2. Khi tôi được chuyển đến khoa khác, thông tin cần thiết về tình trạng của tôi được cung cấp đầy đủ.

PH3. Kết quả khám hoặc điều trị ở nơi khác có thể được cập nhật để bác sĩ tiếp tục theo dõi tôi.

PH4. Phần mềm giúp giảm việc phải cung cấp lại nhiều lần những thông tin y tế đã có.

PH5. Phần mềm giúp các nhân viên y tế phối hợp với nhau tốt hơn trong quản lý tăng huyết áp.

3.4. Dự phòng và hỗ trợ tự quản lý – DP

DP1. Phần mềm thường xuyên nhắc tôi thực hiện các biện pháp giúp kiểm soát huyết áp và phòng biến chứng.

DP2. Phần mềm cung cấp cho tôi hướng dẫn phù hợp về giảm muối và chế độ ăn uống.

DP3. Phần mềm hỗ trợ tôi duy trì hoạt động thể lực phù hợp.

DP4. Phần mềm giúp tôi nhận biết những yếu tố nguy cơ có thể làm tăng nguy cơ biến chứng của tăng huyết áp.

DP5. Phần mềm giúp tôi chủ động thực hiện các biện pháp phòng ngừa biến chứng do tăng huyết áp.

3.5. Chăm sóc hướng gia đình – GD

GD1. Phần mềm tạo điều kiện để người thân của tôi tham gia hỗ trợ quản lý tăng huyết áp khi cần thiết.

GD2. Tôi có thể chia sẻ một phần thông tin quản lý sức khỏe với người thân được tôi lựa chọn.

GD3. Phần mềm cung cấp thông tin giúp gia đình hiểu cách hỗ trợ tôi kiểm soát tăng huyết áp.

GD4. Nhân viên y tế quan tâm đến hoàn cảnh gia đình khi xây dựng kế hoạch quản lý tăng huyết áp cho tôi.

GD5. Phần mềm giúp gia đình phối hợp tốt hơn trong việc hỗ trợ tôi tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống.

3.6. Hướng cộng đồng – CD

CD1. Nội dung trên phần mềm phù hợp với điều kiện sống và hoàn cảnh thực tế của người dân tại địa phương.

CD2. Phần mềm cung cấp thông tin về các nguồn lực chăm sóc sức khỏe có thể sử dụng tại cộng đồng.

CD3. Phần mềm giúp kết nối người bệnh với các dịch vụ hỗ trợ sức khỏe phù hợp tại địa phương khi cần.

CD4. Ý kiến phản hồi của người bệnh được sử dụng để cải thiện hoạt động quản lý tăng huyết áp.

CD5. Phần mềm giúp tăng cường sự kết nối giữa bệnh viện và cộng đồng trong quản lý bệnh tăng huyết áp.

3.7. Thang trả lời và nguyên tắc chấm điểm

Tất cả 30 câu sử dụng chung thang trả lời: 1 = Hoàn toàn không đúng; 2 = Không đúng; 3 = Phân vân/không rõ; 4 = Đúng; 5 = Hoàn toàn đúng; điểm mỗi cấu phần dự kiến được tính bằng trung bình các câu hợp lệ. Việc sử dụng điểm tổng hợp toàn bộ 30 câu chỉ được quyết định sau khi có bằng chứng kiểm định cấu trúc thang đo.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đề xuất một hướng tiếp cận khác với việc đánh giá ứng dụng y tế số chủ yếu dựa trên tính khả dụng hoặc sự hài lòng: đánh giá mức độ phần mềm hỗ trợ tổ chức quá trình quản lý người bệnh mạn tính theo các nguyên lý chăm sóc của y học gia đình.

Điểm thứ nhất là kết nối công nghệ số với mô hình chăm sóc. Một phần mềm có thể hoạt động tốt về kỹ thuật nhưng chưa chắc tạo ra chăm sóc liên tục hoặc phối hợp; ngược lại, những chức năng đơn giản như nhắc tái khám, duy trì dữ liệu hoặc tạo kênh liên hệ có thể có ý nghĩa lớn đối với quản lý bệnh mạn tính.

Điểm thứ hai là kế thừa nhưng không sao chép PCAT/VN-PCAT-AE. PCAT cung cấp nền tảng khái niệm, còn bộ công cụ mới chuyển trọng tâm từ đánh giá cơ sở/dịch vụ sang trải nghiệm của người bệnh về mức độ công nghệ hỗ trợ quá trình chăm sóc.

Điểm thứ ba là tách dự phòng và hỗ trợ tự quản lý thành một cấu phần thực hành. Đối với tăng huyết áp, giảm muối, hoạt động thể lực, nhận biết nguy cơ và phòng biến chứng có vai trò trực tiếp và có khả năng được phần mềm hỗ trợ thường xuyên. Việc cấu trúc DP thành một miền ứng viên sẽ được kiểm định bằng dữ liệu thực nghiệm.

Điểm thứ tư là không cố gắng đưa mọi miền lý thuyết của PCAT vào công cụ. Tiếp xúc đầu tiên không được xây dựng thành thang điểm độc lập vì đối tượng là người bệnh đã được xác định và đang quản lý tăng huyết áp. Năng lực đáp ứng văn hóa cũng chưa có đủ nhóm câu chuyên biệt để coi là một miền đo lường riêng.

Điểm thứ năm là tính phù hợp với bối cảnh Việt Nam. Các câu hỏi được chuyển thành những trải nghiệm cụ thể

như theo dõi giữa các lần khám, nhắc tái khám, liên hệ NVYT, hỗ trợ sử dụng thuốc, giảm muối, hoạt động thể lực, gia đình tham gia và kết nối với nguồn lực địa phương.

Phiên bản 30 câu hiện tại được xem là phiên bản ứng viên, chưa phải thang đo chuẩn hóa đã hoàn tất kiểm định. Cấu trúc 6 nhóm câu hỏi là giả thuyết lý thuyết sẽ được kiểm tra bằng dữ liệu thực nghiệm; quyết định giữ nguyên, sửa đổi hoặc rút gọn công cụ dựa trên kết quả kiểm định [5].

Các câu hỏi được thiết kế để đánh giá sau khi người bệnh đã trải nghiệm phần mềm. Vì vậy, bộ 30 câu sẽ không được sử dụng cơ học như thang đo trước–sau ở người chưa từng sử dụng phần mềm trước can thiệp [5].

5. KẾT LUẬN VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

Nghiên cứu đã xây dựng phiên bản ứng viên của Bộ công cụ đánh giá mức độ hỗ trợ các nguyên lý y học gia đình của phần mềm "Quản lý bệnh mạn tính từ bệnh viện" trên người bệnh tăng huyết áp tại Việt Nam, gồm 30 câu thuộc 6 cấu phần: chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, phối hợp chăm sóc, dự phòng và hỗ trợ tự quản lý, chăm sóc hướng gia đình và hướng cộng đồng.

Giai đoạn tiếp theo tập trung vào kiểm định bộ công cụ trên người bệnh sử dụng phần mềm, bao gồm đánh giá giá trị nội dung và tính dễ hiểu; mô tả phân bố câu trả lời và tỷ lệ không áp dụng; đánh giá độ nhất quán nội tại và tương quan biến–tổng; khám phá/xác nhận cấu trúc nhân tố; đánh giá giá trị hội tụ và phân biệt khi điều kiện dữ liệu cho phép; đồng thời xem xét tính bất biến đo lường giữa các nhóm địa lý/cơ sở nếu cỡ mẫu đáp ứng yêu cầu.

Kết quả kiểm định sẽ là căn cứ quyết định phiên bản cuối cùng của bộ công cụ, bao gồm việc giữ nguyên 30 câu, điều chỉnh nội dung hoặc phát triển một phiên bản rút gọn có đặc tính đo lường tốt hơn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract. 2001;50(2):161–175.

[2] Hoa NT, Tam NM, Peersman W, Derese A, Markuns JF. Development and validation of the Vietnamese primary care assessment tool. PLoS One. 2018;13(1):e0191181.

[3] World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO; 2018.

[4] World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO; 2019.

[5] Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, et al. COSMIN methodology for assessing the content validity of patient-reported outcome measures. Amsterdam: COSMIN; 2018.