

# ASSESSMENT OF MEDICATION ADHERENCE USING THE MORISKY-8 SCALE (MMAS-8) IN OLDER PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

Nguyen Thanh Huan<sup>1,2</sup>, Nguyen Thi Mai Huong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Geriatrics, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City - 215 Hong Bang, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City

<sup>2</sup>Department of Cardiology, Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 7, Tan Binh District, Ho Chi Minh City

Received: 08/06/2025

Revised: 28/06/2025; Accepted: 08/09/2025

## ABSTRACT

**Objectives:** To assess the level of medication adherence and associated factors in older outpatients with HF<sub>r</sub>EF.

**Methods:** From July 2024 to May 2025, this cross-sectional study screened and recruited outpatients aged  $\geq 60$  years undergoing treatment for HF<sub>r</sub>EF at Thong Nhat Hospital and University Medical Center Ho Chi Minh City. Medication adherence was evaluated using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Logistic regression was employed to identify factors associated with low to medium levels of adherence.

**Results:** Among 293 analyzed patients (male: 60.1%, mean age:  $72.9 \pm 9.3$ ), the rates of high, medium, and low medication adherence were 25.9% ( $n = 76$ ), 62.5% ( $n = 183$ ), and 11.6% ( $n = 34$ ), respectively. Forgetting to take medication was the most commonly reported issue (42.3%) based on MMAS-8 items. Multivariate logistic regression identified depression as a factor significantly associated with an increased likelihood of low to medium adherence (Odds Ratio 1.84; 95% Confidence Interval 1.06–3.22;  $P = 0.031$ ).

**Conclusions:** In older patients with HF<sub>r</sub>EF, only about one-fourth demonstrated high medication adherence, with forgetfulness being the most prevalent cause. Depression, a common geriatric issue, was associated with poorer adherence in this patient population.

**Keywords:** Medication adherence, Morisky-8, older patients, heart failure with reduced ejection fraction.

---

\*Corresponding author

Email: huangnguyen@ump.edu.vn Phone: (+84) 909 097 849 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3151>

# ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC THEO THANG ĐIỂM MORISKY-8 (MMAS-8) Ở CÁC BỆNH NHÂN CAO TUỔI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Thanh Huân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Mai Hương<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Lão khoa, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh - 215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh  
<sup>2</sup>Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất - 1 Lý Thường Kiệt, Phường. 7, Quận Tân Bình, Thành phố Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 08/06/2025

Ngày chỉnh sửa: 28/06/2025; Ngày duyệt đăng: 08/09/2025

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ và các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc ở các bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có STPSTMG.

**Phương pháp:** Trong khoảng thời gian từ 08/2024 đến 05/2025, nghiên cứu cắt ngang này sàng lọc và thu thập các bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi ngoại trú đang điều trị STPSTMG tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Tuân thủ sử dụng thuốc được đánh giá dựa trên thang điểm Morisky-8. Hồi quy logistic được dùng để khảo sát các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc mức thấp-trung bình.

**Kết quả:** Trong 293 bệnh nhân được phân tích (nam giới: 60,1%, tuổi trung bình:  $72,9 \pm 9,3$ ), tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc của cao, trung bình, thấp lần lượt là 25,9% ( $n = 76$ ), 62,5% ( $n = 183$ ) và 11,6% ( $n = 34$ ). Trong thang điểm Morisky-8, quên uống thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất (42,3%). Hồi quy logistic đa biến ghi nhận trầm cảm là yếu tố có liên quan đến tăng khả năng tuân thủ sử dụng thuốc mức thấp-trung bình (Odds Ratio 1,84; Khoảng tin cậy 95% 1,06–3,22;  $P = 0,031$ ).

**Kết luận:** Ở các bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG, chỉ có khoảng 1/4 tuân thủ sử dụng thuốc ở mức cao và quên thuốc là nguyên nhân thường gặp nhất. Trầm cảm là vấn đề lão khoa làm tăng khả năng kém tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm bệnh nhân này.

**Từ khóa:** Tuân thủ sử dụng thuốc, Morisky-8, cao tuổi, suy tim phân suất tổng máu giảm

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân suất tổng máu giảm (STPSTMG) là một thể phổ biến của suy tim, đặc trưng bởi rối loạn chức năng tâm thu dẫn đến giảm cung lượng tim và triệu chứng sung huyết. Việc điều trị STPSTMG hiện nay dựa vào phác đồ đa thuốc nhằm cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân[1]. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc đáng kể vào mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh. Ở người cao tuổi, tuân thủ điều trị là một thách thức lớn do đặc điểm sinh lý tuổi già, tình trạng đa bệnh lý, đa thuốc, cùng với sự hiện diện của các hội chứng lão khoa như suy giảm nhận thức, trầm cảm hoặc suy yếu[2]. Những yếu tố này không chỉ làm tăng nguy cơ không tuân thủ mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến kết cục điều trị[3]. Trong số các công cụ đánh giá tuân thủ, thang điểm Morisky-8 (MMAS-8) được sử dụng phổ biến nhờ tính đơn giản, dễ áp dụng và khả năng định lượng mức độ tuân thủ[4]. Tại Việt Nam, dữ liệu về tuân thủ điều trị suy tim ở người cao tuổi còn hạn chế, đặc biệt là trong nhóm bệnh nhân STPSTMG ngoại trú[3]. Do đó,

nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú mắc STPSTMG.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 8/2024 đến tháng 05/2025

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi được điều trị ngoại trú STPSTMG tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và Bệnh viện Thống Nhất

**2.4. Cỡ mẫu:** áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ.

Tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc ở người cao tuổi Việt Nam ngoại trú có STPSTMG là chưa biết, chúng tôi chọn  $p = 0,5$  để có  $p(1-p) = 0,25$  là lớn nhất. Với  $\alpha = 0,05$ ,  $d = 0,06$ , sai số 5%, cỡ mẫu nghiên cứu cần tối thiểu là 281 bệnh nhân.

\*Tác giả liên hệ

Email: huangnuyen@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 909 097 849 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3151>

**2.5. Kỹ thuật chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

**2.6. Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân ≥60 tuổi được chẩn đoán STPSTMG theo ESC 2021[1].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân cần nhập viện ngay thời điểm sàng lọc, bệnh nhân có ung thư đang tiến triển và bệnh nhân có thông tin thu thập không đầy đủ.

**2.7. Thu thập số liệu:** bằng phiếu thu thập số liệu

**2.8. Định nghĩa biến số**

Các biến số dịch tễ học, suy tim và bệnh đồng mắc được xác định dựa trên phỏng vấn trực tiếp và bệnh án điện tử.

STPSTMG: được chẩn đoán khi siêu tim có phân suất tổng máu thất trái ≤40% được đo bằng phương pháp Simpon và có NT-proBNP ≥ 125 pg/mL ở nhóm 60–74 tuổi hoặc ≥450 pg/mL ở nhóm ≥75 tuổi[1].

Hội chứng lão khoa được đánh giá bằng cách phỏng vấn trực tiếp. Giảm hoạt động chức năng cơ bản (activities of daily living, ADL) theo thang điểm Katz <6, giảm hoạt động chức năng sinh hoạt (instrumental activities of daily living, IADL) theo thang điểm Lawton <8. Trầm cảm đánh giá dựa vào thang điểm GDS-15 với trầm cảm khi điểm ≥5. Suy yếu được đánh giá dựa vào thang điểm PRISMA-7 với suy yếu khi điểm ≥4.

Tuân thủ sử dụng thuốc được đánh giá dựa theo thang điểm Morisky-8 để phân thành 3 mức độ tuân thủ (cao khi ≥8 điểm, trung bình khi 6–7 điểm, thấp khi <6 điểm)[4].

**2.9. Xử lý số liệu**

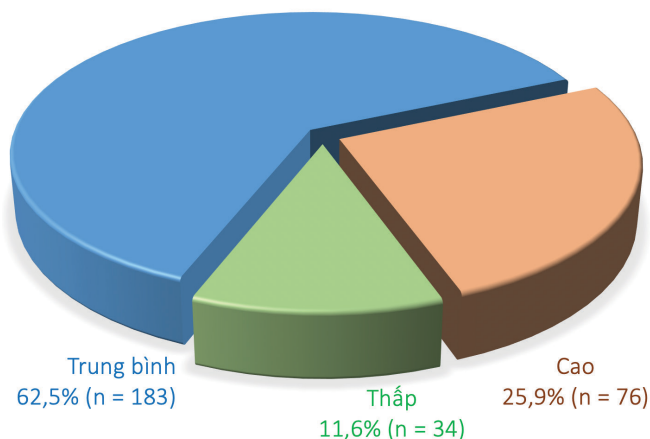
Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng. Hồi quy logistic được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến độc lập (dịch tễ, lão khoa, lâm sàng) và biến phụ thuộc là mức độ tuân thủ sử dụng thuốc (cao hoặc thấp-trung bình theo thang điểm Morisky-8). P <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

**2.10. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu này được phân tích dựa trên dữ liệu nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 2049/HĐĐĐ 23/08/2024.

**3. KẾT QUẢ**

Trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 05/2025, nghiên cứu đã sàng lọc và thu nhập được 293 bệnh nhân thỏa tiêu chí nhận vào và không thỏa tiêu chí loại trừ. Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tuân thủ sử dụng

thuốc cao, trung bình, thấp lần lượt là 25,9% (n = 76), 62,5% (n = 183) và 11,6% (n = 34). **Hình 1** cho thấy các tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc. **Bảng 1** cung cấp tỉ lệ trả lời “Có” của các câu hỏi trong thang điểm Morisky-8. **Bảng 2** và **Bảng 3** trình bày đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu. Bảng 4 trình bày kết quả phân tích hồi quy các yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng thuốc.



**Hình 1.** Tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky-8 (n = 293)

**Nhận xét:** Phần lớn tuân thủ ở mức trung bình, chỉ có khoảng 1/4 số bệnh nhân tuân thủ cao.

**Bảng 1.** Tỉ lệ các câu trả lời trong thang điểm Morisky (n = 293)

Câu hỏi	Nội dung câu hỏi	n (%)
1	Bạn có bao giờ quên không uống thuốc không?	124 (42,3)
2	Bạn có đôi khi cầu thả trong việc uống thuốc không?	90 (30,7)
3	Khi cảm thấy khỏe, bạn có ngừng uống thuốc không?	91 (31,1)
4	Khi cảm thấy tồi tệ hơn sau uống thuốc, bạn có dừng thuốc không?	79 (27,0)
5	Bạn có quên uống thuốc hôm qua không?	36 (12,3)
6	Bạn có ngừng thuốc mà không báo với bác sĩ không?	54 (18,4)
7	Bạn có khó khăn khi nhớ thời điểm uống thuốc mỗi ngày không?	105 (35,8)
8	Bạn quên uống thuốc bao nhiêu lần trong 2 tuần qua?	67 (22,9)

**Nhận xét:** Trong 8 tiêu chí của thang điểm Morisky-8, mục “quên uống thuốc” ghi nhận tỉ lệ trả lời “có” cao nhất (42,3%).

**Bảng 2. Đặc điểm dịch tễ và lão khoa của các bệnh nhân trong nghiên cứu**

Mức độ tuân thủ điều trị				
Đặc điểm	Tổng số (n = 293)	Thấp – trung bình (n = 217)	Cao (n = 76)	p*
<b>Đặc điểm dịch tễ</b>				
Tuổi, năm	72,9±9,3	72,9±9,3	72,9±9,4	0,954
Tuổi ≥ 75, n (%)	112 (38,2)	84 (38,7)	28 (26,8)	0,891
Giới tính, n (%)				0,587
Nam	176 (60,1)	128 (59,0)	48 (63,2)	
Nữ	117 (39,9)	89 (41,0)	28 (36,8)	
Nơi sống, n (%)				0,656
Thành thị	213 (72,7)	156 (71,9)	57 (75,0)	
Nông thôn	80 (27,3)	61 (28,1)	19 (25,0)	
<b>Đặc điểm lão khoa, n (%)</b>				
Giảm ADL	116 (39,6)	88 (40,6)	28 (36,8)	0,589
Giảm IADL	192 (65,5)	145 (66,8)	47 (61,8)	0,258
Suy yếu	6 (2,0)	5 (2,3)	1 (1,3)	1,000
Trầm cảm	126 (43,0)	102 (47,0)	24 (31,6)	0,022

\*Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng.

**Nhận xét:** Tỷ lệ trầm cảm cao hơn có ý nghĩa ở nhóm tuân thủ thấp-trung bình so với nhóm tuân thủ cao.

**Bảng 3. Đặc điểm bệnh đồng mắc và suy tim của các bệnh nhân trong nghiên cứu**

Mức độ tuân thủ điều trị				
Đặc điểm	Tổng số (n = 293)	Thấp – trung bình (n = 217)	Cao (n = 76)	P
<b>Đặc điểm bệnh đồng mắc, n (%)</b>				
Tăng huyết áp	276 (94,2)	202 (93,1)	74 (97,4)	0,255
Bệnh vành mạch	246 (84,0)	182 (83,9)	64 (84,2)	1,000
Đái tháo đường	171 (58,4)	126 (58,1)	45 (59,2)	0,893
Rung nhĩ	67 (22,0)	49 (22,6)	18 (23,7)	0,874
Bệnh thận mạn	172 (58,7)	129 (59,4)	43 (56,6)	0,686
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn	27 (9,2)	22 (10,1)	5 (6,6)	0,490
<b>Đặc điểm suy tim, n (%)</b>				
Phân độ NYHA, n (%)				0,710
Độ II	249 (85,0)	183 (84,3)	66 (86,8)	

Mức độ tuân thủ điều trị				
Đặc điểm	Tổng số (n = 293)	Thấp – trung bình (n = 217)	Cao (n = 76)	P
Độ III	44 (15,0)	34 (15,7)	10 (13,2)	
ARNI/ACEI/ARB	251 (85,7)	182 (83,9)	69 (90,8)	0,183
Chẹn beta	212 (72,4)	151 (69,6)	61 (80,3)	0,076
MRA	247 (84,3)	176 (81,1)	71 (93,4)	0,010
Ức chế SGLT2	236 (80,5)	175 (80,6)	61 (80,3)	1,000

\*Phép kiểm chi bình phương so sánh các biến định tính.

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bệnh đồng mắc giữa hai nhóm tuân thủ sử dụng thuốc.

**Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thấp-trung bình**

Yếu tố	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR thô (KTC 95%)	P	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	P
Tuổi ≥75	1,08 (0,63–1,89)	0,773		
Nữ giới	1,19 (0,69–2,04)	0,523		
Nông thôn	1,17 (0,65–2,13)	0,601		
Tăng huyết áp	0,36 (0,08–1,63)	0,186		
Bệnh vành mạch	0,97 (0,48–1,99)	0,945		
Đái tháo đường	0,95 (0,56–1,62)	0,862		
Rung nhĩ	0,94 (0,51–1,74)	0,844		
Bệnh thận mạn	1,13 (0,66–1,91)	0,662		
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn	1,60 (0,58–4,39)	0,360		
NYHA III	1,23 (0,57–2,62)	0,599		
Giảm ADL	1,17 (0,68–2,01)	0,569		
Giảm IADL	1,24 (0,72–2,14)	0,432		
Trầm cảm	1,92 (1,11–3,34)	0,020	1,84 (1,06–3,22)	0,031
Suy yếu	1,77 (0,21–15,4)	0,605		



\*Các đặc điểm bảng 1 và 2 có  $P < 0,05$  đưa vào hồi quy logistic đa biến. OR: odds ratio.

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này, trầm cảm là yếu tố lão khoa có liên quan đến tăng khả năng kém tuân thủ sử dụng thuốc.

#### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận chỉ có khoảng ¼ số bệnh nhân cao tuổi ngoại trú STPSTMG có mức độ tuân thủ cao trong sử dụng thuốc và trầm cảm là yếu tố có liên quan đến tăng khả năng kém tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm đối tượng bệnh nhân này. Qua các kết quả này, chúng tôi có hai điểm chính để bàn luận.

##### 4.1. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú STPSTMG

Tuân thủ sử dụng thuốc là một yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả điều trị STPSTMG. Nghiên cứu này ghi nhận chỉ có 25,9% bệnh nhân cao tuổi đạt được mức tuân thủ cao theo thang điểm Morisky-8, trong khi phần lớn (62,5%) ở mức tuân thủ trung bình và 11,6% ở mức thấp. Mức độ tuân thủ thấp này là điều đáng quan ngại vì các nghiên cứu trước đã chứng minh rõ ràng rằng tuân thủ kém làm tăng nguy cơ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân suy tim. Một nghiên cứu đa trung tâm tại châu Âu (COMET, 2003) từng ghi nhận rằng những bệnh nhân không tuân thủ thuốc ức chế men chuyển và chẹn beta có tỷ lệ nhập viện cao hơn gấp đôi so với nhóm tuân thủ tốt[5].

Nguyên nhân của việc tuân thủ thấp ở người cao tuổi là đa yếu tố. Sự hiện diện của đa bệnh dẫn đến việc sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau, làm tăng nguy cơ quên thuốc, tương tác thuốc và tác dụng phụ. Các nghiên cứu trước đây cho thấy các yếu tố kinh tế xã hội như thu nhập thấp, hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế, và sự hỗ trợ không đầy đủ từ gia đình góp phần làm giảm khả năng duy trì điều trị lâu dài[6]. Trong nghiên cứu này, hành vi quên uống thuốc chiếm tới 42,3% trong các biểu hiện không tuân thủ, cho thấy trí nhớ và nhận thức là vấn đề cốt lõi ở các bệnh nhân này.

Một số can thiệp đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc cải thiện tuân thủ thuốc ở bệnh nhân suy tim cao tuổi, bao gồm: can thiệp giáo dục cá thể hóa, sử dụng các thiết bị nhắc thuốc, đơn giản hóa phác đồ điều trị (giảm số lần dùng thuốc/ngày) và theo dõi liên tục bởi nhân viên y tế cộng đồng[7]. Các chiến lược này cần được áp dụng phù hợp với đặc điểm văn hóa và xã hội tại Việt Nam, đồng thời cần chú trọng đến vai trò của người chăm sóc trong hỗ trợ bệnh nhân duy trì điều trị. Tóm lại, tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp ở bệnh nhân STPSTMG cao tuổi là một thực trạng đáng báo động, đòi hỏi sự can thiệp đa tầng, đa ngành.

##### 4.2. Trầm cảm và tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú STPSTMG

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến ở người cao tuổi, đặc biệt là trong nhóm bệnh nhân mắc vấn

đề y khoa mạn tính như suy tim[8]. Trong nghiên cứu này, trầm cảm được xác định là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ tuân thủ thuốc thấp-trung bình. Phát hiện này củng cố cho bằng chứng từ các nghiên cứu trước đây về tác động tiêu cực của trầm cảm lên hành vi điều trị, đồng thời gợi mở hướng tiếp cận mới trong cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân cao tuổi STPSTMG[9].

Cơ chế tác động trầm cảm đến tuân thủ thuốc rất đa dạng. Bệnh nhân trầm cảm thường có động lực điều trị kém, giảm khả năng tập trung và ghi nhớ, dẫn đến việc bỏ liều hoặc sử dụng thuốc không đúng cách. Ngoài ra, trầm cảm có thể làm trầm trọng thêm cảm giác mệt mỏi, bi quan về tiên lượng bệnh, từ đó ảnh hưởng đến sự hợp tác với nhân viên y tế. Đáng chú ý, nhiều biểu hiện của trầm cảm như mất ngủ, ăn kém, mệt mỏi dễ bị nhầm lẫn với triệu chứng của suy tim, khiến tình trạng này không được nhận diện và điều trị đầy đủ trong thực hành lâm sàng. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân suy tim được báo cáo dao động từ 20–40% trong các nghiên cứu quốc tế [8]. Ở Việt Nam, vấn đề này lại càng nổi bật trong bối cảnh y tế cộng đồng chưa tích hợp đầy đủ dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần vào điều trị bệnh lý mạn tính. Do đó, việc sàng lọc trầm cảm định kỳ nên được coi là một phần không thể thiếu trong quy trình quản lý bệnh nhân STPSTMG, đặc biệt ở người cao tuổi.

Các chiến lược can thiệp tâm lý-xã hội như trị liệu nhận thức hành vi, hỗ trợ tâm lý nhóm, hoặc điều trị bằng thuốc chống trầm cảm có thể giúp cải thiện cả tình trạng trầm cảm lẫn khả năng tuân thủ thuốc. Hơn nữa, việc đào tạo nhân viên y tế tuyến cơ sở nhận biết các dấu hiệu trầm cảm và thiết lập kênh chuyển tuyến phù hợp sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện cho bệnh nhân suy tim cao tuổi. Tóm lại, trầm cảm là yếu tố ảnh hưởng rõ rệt đến hành vi tuân thủ thuốc ở bệnh nhân cao tuổi STPSTMG, và cần được tích cực nhận diện, đánh giá và xử trí như một phần quan trọng trong chiến lược chăm sóc toàn diện.

Nghiên cứu này còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu cắt ngang nên không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc. Thứ hai, việc đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc được thực hiện thông qua thang điểm Morisky-8, là công cụ dựa trên tự báo cáo, do đó có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và thiên lệch xã hội. Thứ ba, nghiên cứu chưa khảo sát đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ như trình độ học vấn, hỗ trợ xã hội, đặc điểm phác đồ điều trị (số lượng thuốc, tần suất dùng thuốc). Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu chỉ bao gồm bệnh nhân ngoại trú tại hai bệnh viện tuyến trung ương tại thành phố Hồ Chí Minh, do đó chưa thể khái quát cho toàn bộ dân số bệnh nhân cao tuổi mắc STPSTMG ở các vùng địa lý khác nhau hoặc y tế cơ sở. Các hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế dọc, quy mô mẫu lớn hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân cao tuổi ngoại trú mắc STPSTMG còn thấp, với chỉ khoảng 1/4 đạt mức tuân thủ cao theo thang điểm Morisky-8. Qên uống thuốc là hành vi không tuân thủ phổ biến nhất. Trầm cảm được xác định là yếu tố lão khoa có liên quan đáng kể đến nguy cơ không tuân thủ điều trị. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá hội chứng lão khoa, đặc biệt là trầm cảm, trong quá trình quản lý toàn diện bệnh nhân suy tim cao tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] J. Bauersachs and S. Soltani. [Guidelines of the ESC 2021 on heart failure]. Herz, 2022, 47(1): 12-18.
- [2] Junjie Huang, Harry HX Wang, Zhijie Zheng và cộng sự. Medication adherence among the older adults: challenges and recommendations. 2020, 26(6): 476-478.
- [3] U. Religioni, R. Barrios-Rodríguez, P. Requena và cộng sự. Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. Medicina (Kaunas), 2025, 61(1).
- [4] J. Culig and M. Leppée. From Morisky to Hill-bone; self-reports scales for measuring adherence to medication. Coll Antropol, 2014, 38(1): 55-62.
- [5] Philip A Poole-Wilson, Karl Swedberg, John GF Cleland và cộng sự. Comparison of carvedilol and metoprolol on clinical outcomes in patients with chronic heart failure in the Carvedilol Or Metoprolol European Trial (COMET): randomised controlled trial. 2003, 362(9377): 7-13.
- [6] S. Punnapurath, P. Vijayakumar, P. L. Platty và cộng sự. A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness. J Family Med Prim Care, 2021, 10(4): 1644-1648.
- [7] S.H. Ihm, K.I. Kim, K.J. Lee và cộng sự. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement. Korean Circ J, 2022, 52(1): 1-33.
- [8] I. Liguori, G. Russo, F. Curcio và cộng sự. Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship. J Geriatr Cardiol, 2018, 15(6): 451-459.
- [9] K. Zivin and H. C. Kales. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. Drugs Aging, 2008, 25(7): 559-71.

