

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO HYPERTENSION TREATMENT AMONG OUTPATIENTS AT YEN PHONG DISTRICT GENERAL HOSPITAL, BAC NINH, VIETNAM, 2024

Nguyen Thi Thuy Duong¹, Pham Tuong Van^{2*}

¹110 Military Hospital - 7 Tran Luu, Vu Ninh Ward, Bac Ninh Province, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Tp. Hanoi City, Vietnam

Received: 16/10/2025

Revised: 28/10/2025; Accepted: 27/11/2025

ABSTRACT

Objective: To analyze factors associated with adherence to hypertension treatment among outpatients at Yen Phong district General Hospital, Bac Ninh province, in 2024.

Method: A descriptive cross-sectional study with analytical components was conducted on 308 outpatients with hypertension at the General Examination Department from November 2023 to October 2024. The Morisky-8 scale was used to assess the level of treatment adherence. Data was collected through direct interviews and processed using SPSS 20.0 software.

Results: The rate of treatment adherence was significantly influenced by age group, gender, occupation, marital status, family history of hypertension, and the number of daily medication doses. Specifically: male patients had significantly lower adherence than females (OR = 0.29; $p < 0.001$). The 40-59 and 60-79 age groups showed lower adherence compared to the ≥ 80 age group. Patients with retired, homemaker occupations adhered better than civil servants, public employees (OR = 13.92; $p < 0.05$). Those with a family history of hypertension adhered better (OR = 0.52; $p = 0.007$). The group taking medication once daily had lower adherence than the group taking medication more than once daily (OR = 0.41; $p < 0.001$).

Conclusion: Adherence to hypertension treatment is impacted by individual characteristics and the complexity of the treatment regimen. It is essential to strengthen counseling, provide psychosocial support, and ensure regular follow-up to improve patient adherence.

Keywords: Hypertension, treatment adherence, associated factors, outpatients, Yen Phong, Bac Ninh.

*Corresponding author

Email: phamtuongvan@hmu.edu.vn Phone: (+84) 915252869 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3961

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN YÊN PHONG, TỈNH BẮC NINH NĂM 2024

Nguyễn Thị Thùy Dương¹, Phạm Tường Vân^{2*}

¹Bệnh viện Quân y 110 - 7 Trần Lựu, P. Vũ Ninh, Tỉnh Bắc Ninh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 16/10/2025

Ngày sửa: 28/10/2025; Ngày đăng: 27/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 308 người bệnh tăng huyết áp ngoại trú tại Khoa Khám bệnh từ tháng 11/2023 đến tháng 10/2024, sử dụng thang đo Morisky-8 để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ điều trị chịu ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê bởi nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tiền sử gia đình có người mắc tăng huyết áp và số lần dùng thuốc trong ngày. Cụ thể, người bệnh nam tuân thủ thấp hơn nữ ($OR = 0,29$; $p < 0,001$); nhóm tuổi 40-59 và 60-79 tuân thủ thấp hơn nhóm ≥ 80 tuổi; người có nghề nghiệp hưu trí, nội trợ tuân thủ tốt hơn công chức, viên chức ($OR = 13,92$; $p < 0,05$); người có tiền sử gia đình có người mắc tăng huyết áp tuân thủ tốt hơn ($OR = 0,52$; $p = 0,007$); và nhóm dùng thuốc 1 lần/ngày tuân thủ thấp hơn nhóm dùng trên 1 lần/ngày ($OR = 0,41$; $p < 0,001$).

Kết luận: Tuân thủ điều trị tăng huyết áp chịu tác động bởi đặc điểm cá nhân và sự phức tạp của chế độ điều trị. Cần tăng cường tư vấn, hỗ trợ tâm lý - xã hội và theo dõi định kỳ để cải thiện mức độ tuân thủ của người bệnh.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, yếu tố liên quan, người bệnh ngoại trú, Yên Phong, Bắc Ninh.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tuân thủ là mức độ mà người bệnh thực hiện theo các hướng dẫn được đưa ra cho phương pháp điều trị. Ránial và Morisky cũng định nghĩa: tuân thủ là mức độ mà hành vi của bệnh nhân trong việc dùng thuốc, duy trì chế độ ăn uống, và/hoặc thay đổi lối sống phù hợp với khuyến cáo của nhân viên y tế [1-2]. Tuân thủ điều trị là một hiện tượng đa yếu tố, chịu ảnh hưởng bởi 5 nhóm yếu tố chính gồm: đặc điểm và nhận thức của người bệnh; điều kiện kinh tế - xã hội; đặc điểm của phác đồ điều trị; hệ thống y tế; và các yếu tố liên quan đến bệnh tật. Sự thiếu hiểu biết hoặc thiếu hỗ trợ từ hệ thống y tế có thể làm giảm đáng kể mức độ tuân thủ [3-6].

Zhou B và cộng sự (2021) phân tích 1.201 nghiên cứu trên hơn 104 triệu người trưởng thành (30-79 tuổi) giai đoạn 1990-2019 cho thấy tỷ lệ tăng huyết

áp (HA) toàn cầu chuẩn hóa theo tuổi là 32% ở nữ và 34% ở nam. Dù tỷ lệ mắc ổn định ở các quốc gia thu nhập cao, song lại gia tăng tại các nước thu nhập thấp và trung bình. Trong nhóm được điều trị, chưa đến 50% bệnh nhân đạt HA mục tiêu, đặc biệt tỷ lệ kiểm soát bệnh rất thấp ở châu Phi cận Sahara và châu Đại Dương ($< 13\%$) [7].

Nghiên cứu của Trần Song Hậu và cộng sự (2021) tại quận Bình Thủy, thành phố Cần Thơ cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc theo Morisky là 70,3%; tuân thủ dùng thuốc 74%; và tuân thủ chung 55,3%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị gồm nhóm tuổi 50-69 ($OR = 2,17$), trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên ($OR = 2,14$), giới nam ($OR = 4,90$), mối quan hệ không tốt với thầy thuốc ($OR = 2,37$) và tự chi trả chi phí điều

*Tác giả liên hệ

Email: phamtuongvan@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 915252869 Doi: 10.52163/yhc.v66iCD23.3961

trị (OR = 1,95) [8].

Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh là cơ sở y tế hạng II với số lượng bệnh nhân tăng HA ngoại trú ngày càng tăng. Tuy nhiên, thông tin về mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng trong nhóm bệnh nhân này còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng HA ở người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh năm 2024 được thực hiện nhằm đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý và kiểm soát bệnh trong cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, có phân tích, nhằm xác định thực trạng tuân thủ điều trị tăng HA và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ngoại trú.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh từ tháng 11/2023 đến tháng 10/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

308 người bệnh được chẩn đoán và điều trị tăng HA ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$); $p = 0,76$ (tỷ lệ tuân thủ điều trị theo nghiên cứu của Trần Thị Nga và cộng sự, 2020 [11]); $d = 0,05$.

Tính được $n = 280$, cộng thêm 10% dự phòng mất mẫu, cỡ mẫu cuối cùng là 308 người bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, tất cả người bệnh đủ tiêu

chẩn được mời tham gia cho đến khi đủ số lượng.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Nghiên cứu tập trung vào 2 nhóm biến số chính:

- Đặc điểm chung của người bệnh: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân, nơi cư trú...

- Thông tin liên quan đến tuân thủ điều trị tăng HA, bao gồm: tuân thủ dùng thuốc (đánh giá theo thang Morisky-8), tuân thủ chế độ ăn uống, vận động thể lực, theo dõi và tái khám. Mức độ tuân thủ được phân loại thành cao, trung bình và thấp dựa trên tổng điểm theo thang đo và bộ câu hỏi chuẩn hóa.

2.6. Kỹ thuật, công cụ, quy trình thu thập số liệu và tiêu chuẩn đánh giá

Trước khi tiến hành phỏng vấn trực tiếp chính thức, bộ công cụ gồm 21 câu hỏi về một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng HA và thang đo Morisky-8 được thử nghiệm trên một nhóm nhỏ người bệnh để hiệu chỉnh nội dung và đảm bảo tính phù hợp. Sau đó, việc thu thập số liệu được thực hiện trực tiếp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong. Các phiếu khảo sát sau khi hoàn thành được kiểm tra, làm sạch để loại bỏ sai sót, rồi nhập liệu vào phần mềm Excel và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS/Epidata. Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc tăng HA bằng thang điểm Morisky-8. Đánh giá tuân thủ chế độ ăn uống, vận động thể lực, theo dõi và tái khám khi tổng điểm đạt $\geq 75\%$ so với tổng điểm thang đo là tuân thủ điều trị.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn) và thống kê phân tích (Chi-square, Fisher's exact, Independent T-test, hồi quy logistic) được sử dụng. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Trường Đại học Thăng Long và Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong phê duyệt. Người bệnh tham gia tự nguyện, được giải thích đầy đủ mục tiêu và đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Yếu tố liên quan giữa đặc điểm người bệnh với tuân thủ điều trị

Đặc điểm người bệnh		Tuân thủ điều trị				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới	Nam (n = 186)	99	53,2	87	46,8	0,29 (0,17-0,51)	< 0,001*
	Nữ (n = 122)	97	79,5	25	20,5	1	

Đặc điểm người bệnh		Tuân thủ điều trị				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	20-39 tuổi (n = 1)	0	0	1	100	-	-
	40-59 tuổi (n = 38)	19	50,0	19	50,0	0,13 (0,04-0,39)	< 0,001*
	60-79 tuổi (n = 225)	138	61,3	87	38,7	0,20 (0,08-0,54)	0,001*
	≥ 80 tuổi (n = 44)	39	88,6	5	11,4	1	
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức (n = 7)	1	14,3	6	85,7	1	
	Công nhân, nông dân, kinh doanh, lao động tự do (n = 42)	14	33,3	28	66,7	3,0 (0,33-27,40)	0,330
	Hưu trí, nôl trợ, khác (n = 259)	181	69,9	78	30,1	13,92 (1,65-117,58)	0,016*
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn, ly thân, ly dị (n = 92)	70	76,1	22	23,9	1	-
	Có vợ/chồng (n = 216)	126	58,3	90	41,7	0,44 (0,24-0,78)	0,003*
Nơi sống	Thành thị (n = 174)	114	65,5	60	34,5	1,20 (0,73-1,97)	0,434
	Nông thôn (n = 134)	82	61,2	52	38,8	1	
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông (n = 101)	69	68,3	32	31,7	1	
	≥ Trung học phổ thông (n = 207)	127	61,4	80	38,6	0,74 (0,43-1,25)	0,233
Có bảo hiểm y tế (n = 308)		196	63,6	112	36,4	-	-

*: Kiểm định Chi bình phương

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm người bệnh với tuân thủ điều trị. Cụ thể, mối liên quan giữa nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân với tuân thủ điều trị như sau:

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nam gấp 0,29 lần so với nữ (OR = 0,29; 95% CI: 0,17-0,51; p < 0,05).

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm 40-59 tuổi và nhóm 60-79 tuổi lần lượt bằng 0,13 lần và 0,20 lần so với

nhóm ≥ 80 tuổi (OR = 0,13; 95% CI: 0,04-0,39; p < 0,05 và OR = 0,20; 95% CI: 0,08-0,54; p < 0,05).

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm hưu trí, nôl trợ, khác gấp 13,92 lần so với nhóm công chức, viên chức (OR = 13,92; 95% CI: 1,65-117,58; p < 0,05).

- Tỷ lệ tuân thủ chế độ điều trị ở nhóm có vợ/chồng bằng 0,44 lần so với nhóm chưa kết hôn, ly thân, ly dị (OR = 0,44; 95% CI: 0,24-0,78; p < 0,05).

Bảng 2. Yếu tố liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với tuân thủ điều trị

Đặc điểm tiền sử bệnh		Tuân thủ điều trị				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Tiền sử gia đình có người tăng HA	Có (n = 167)	95	56,9	72	43,1	0,52 (0,31-0,86)	0,007*
	Không (n = 141)	101	71,6	40	28,4	1	
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm (n = 19)	11	57,9	8	42,1	1	
	Từ 1-3 năm (n = 79)	34	43,0	45	57,0	0,55 (0,19-1,51)	0,247
	Trên 3 năm (n = 210)	151	71,9	59	28,1	1,86 (0,71-4,86)	0,204

Đặc điểm tiền sử bệnh		Tuân thủ điều trị				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Bệnh lý kèm theo	Bệnh lý tim mạch (n = 59)	39	66,1	20	33,9	1	
	Đái tháo đường type 2 (n = 66)	44	66,7	22	33,3	1,03 (0,49-2,16)	0,947
	Rối loạn mỡ máu, thừa cân béo phì (n = 44)	25	56,8	19	43,2	0,67 (0,30-1,51)	0,338
	Các bệnh lý khác (n = 139)	88	63,3	51	36,7	0,88 (0,47-1,68)	0,708

*: Kiểm định Chi bình phương

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm tiền sử bệnh với tuân thủ điều trị. Cụ thể, có mối liên quan giữa tiền sử gia đình có người bị tăng HA với tuân thủ điều trị: tỷ lệ tuân thủ

điều trị ở nhóm gia đình có người bị tăng HA bằng 0,52 lần so với nhóm gia đình không có người bị tăng HA (OR = 0,52; 95% CI: 0,31-0,86; p < 0,05).

Bảng 3. Yếu tố liên quan giữa sử dụng thuốc điều trị với tuân thủ điều trị

Sử dụng thuốc điều trị		Tuân thủ điều trị				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Chỉ số HA đạt được	Đạt mục tiêu (n = 219)	138	63,0	81	37,0	0,91 (0,53-1,57)	0,722
	Không đạt (n = 89)	58	65,2	31	34,8	1	
Số lần dùng thuốc trong ngày	1 lần (n = 195)	110	56,4	85	43,6	0,41 (0,23-0,69)	< 0,001*
	> 1 lần (n = 113)	86	76,1	27	23,9	1	
Số viên thuốc tăng HA uống mỗi ngày	1-2 viên (n = 293)	184	62,8	109	37,2	0,42 (0,07-1,62)	0,177
	> 2 viên (n = 15)	12	80,0	3	20,0	1	
Người bệnh phải đồng chi trả tiền thuốc	Có (n = 36)	28	77,8	8	22,2	2,17 (0,92-5,70)	0,061
	Không (n = 272)	168	61,8	104	38,2	1	
Chỉ số HA được coi là tăng HA	Trả lời đúng (n = 166)	98	59,0	68	41,0	0,65 (0,39-1,06)	0,069
	Trả lời sai (n = 142)	98	69,0	44	31,0	1	
Yếu tố dẫn tới tăng HA	Trả lời đúng (n = 104)	72	69,2	32	30,8	1,45 (0,86-2,49)	0,145
	Trả lời sai (n = 204)	124	60,8	80	39,2	1	
Cách điều trị tăng HA	Trả lời đúng (n = 214)	139	64,9	75	35,1	1,20 (0,71-2,04)	0,469
	Trả lời sai (n = 94)	57	60,6	37	39,4	1	
Thời gian dùng thuốc tăng HA	Trả lời đúng (n = 300)	191	63,7	109	36,3	1,05 (0,16-5,52)	0,946
	Trả lời sai (n = 8)	5	62,5	3	37,5	1	

*: Kiểm định Chi bình phương

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa sử dụng thuốc điều trị với tuân thủ điều trị. Cụ thể, có mối liên quan giữa số lần dùng thuốc trong ngày với tuân thủ điều trị: tỷ lệ tuân thủ điều trị

ở nhóm dùng thuốc trong ngày 1 lần bằng 0,41 lần so với nhóm dùng thuốc trong ngày hơn 1 lần (OR = 0,41; 95% CI: 0,23-0,69; p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Yếu tố liên quan giữa một số đặc điểm người bệnh và tuân thủ điều trị

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tuân thủ điều trị với nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tiền sử gia đình có người bị tăng HA. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm 40-59 tuổi và nhóm 60-79 tuổi lần lượt bằng 0,13 lần và 0,20 lần so với nhóm ≥ 80 tuổi (OR = 0,13; 95% CI: 0,04-0,39; $p < 0,05$ và OR = 0,20; 95% CI: 0,08-0,54; $p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nam gấp 0,29 lần so với nữ (OR = 0,29; 95% CI: 0,17-0,51; $p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy và cộng sự cho thấy nhóm người bệnh nữ, tuổi trên 60 có xu hướng tuân thủ điều trị tăng HA cao hơn người bệnh nam, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [9]. Nghiên cứu của Vũ Thị Đào và cộng sự trên người bệnh điều trị ngoại trú tăng HA ghi nhận nhóm người bệnh trên 60 tuổi tuân thủ điều trị cao gấp 2,05 lần so với nhóm người bệnh dưới 60 tuổi và người bệnh có nghề nghiệp là công nhân, viên chức, hưu trí tuân thủ điều trị tốt so với nhóm người bệnh là nông dân [10], việc tuân thủ điều trị ngoại trú tăng HA có ý nghĩa thống kê, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuổi và giới tính người bệnh điều trị ngoại trú tăng HA có mối liên quan với tuân thủ điều trị, phản ánh được tình trạng tuân thủ điều trị của người bệnh trong phối hợp điều trị giữa người bệnh và bác sĩ của Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Yên Phong, giúp nâng cao hiệu quả điều trị và phòng ngừa biến chứng lâu dài của bệnh tăng HA.

4.2. Yếu tố liên quan giữa đặc điểm tiền sử bệnh với tuân thủ điều trị

Kết quả bảng 2 cho thấy trong 3 nhóm yếu tố tiền sử bệnh được xem xét (tiền sử gia đình, thời gian mắc bệnh, bệnh lý kèm theo), chỉ có tiền sử gia đình có người bị tăng HA có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p = 0,007 < 0,05$). Cụ thể, người bệnh thuộc nhóm gia đình có người bị tăng HA tuân thủ điều trị bằng 0,52 lần so với nhóm gia đình không có người bị tăng HA (OR = 0,52; 95% CI: 0,31-0,86; $p < 0,05$). Các yếu tố còn lại như thời gian mắc bệnh ($p = 0,247$; $p = 0,204$) và bệnh lý kèm theo ($p > 0,05$) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị.

Kết quả nghiên cứu của Bùi Thái Ngọc (2024) cho thấy thời gian mắc tăng HA và biến chứng của bệnh có ảnh hưởng đáng kể đến tuân thủ điều trị thuốc. Người bệnh mắc tăng HA từ 10 năm trở lên có khả năng tuân thủ kém hơn (OR = 0,759; $p = 0,049$), có thể do mệt mỏi điều trị và giảm động lực trong quá trình điều trị kéo dài [12]. Khi bệnh tồn tại lâu năm, người bệnh có xu hướng chủ quan và tự điều chỉnh thuốc, dẫn đến giảm mức độ tuân thủ. Ngược lại, nhóm bệnh nhân không có biến chứng có khả năng tuân thủ điều trị cao hơn (OR = 1,477; $p = 0,007$), có thể do phác đồ điều trị đơn giản hơn và niềm tin vào

hiệu quả của điều trị được củng cố [14].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu quốc tế ghi nhận xu hướng ngược lại, khi bệnh nhân đã có biến chứng tim mạch thường tuân thủ tốt hơn do nhận thức rõ hậu quả bệnh [15]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số, hệ thống y tế và mức độ tư vấn sức khỏe khác nhau.

4.3. Yếu tố liên quan giữa sử dụng thuốc điều trị với tuân thủ điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy có một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng HA của người bệnh ngoại trú, trong đó phương pháp điều trị và chế độ dùng thuốc đóng vai trò đáng kể. Yếu tố số lần dùng thuốc trong ngày có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p < 0,001$). Người bệnh dùng thuốc 1 lần/ngày có khả năng tuân thủ thấp hơn nhóm dùng thuốc trên 1 lần/ngày (OR = 0,41; 95% CI: 0,23-0,69). Kết quả này phần nào khác với giả định thông thường rằng việc đơn giản hóa phác đồ (uống thuốc ít lần hơn) sẽ giúp cải thiện tuân thủ. Một số nghiên cứu trước đây cũng cho thấy hướng tác động của yếu tố này phụ thuộc vào mức độ nhận thức, giám sát điều trị và sự hỗ trợ của cán bộ y tế [14]. Người bệnh uống thuốc nhiều lần trong ngày có thể nhận thức rõ hơn về tình trạng bệnh, quan tâm và chủ động hơn trong việc tuân thủ.

Ngoài ra, các yếu tố khác như chỉ số HA đạt được, số viên thuốc uống mỗi ngày, khả năng chi trả thuốc, kiến thức về chỉ số HA và yếu tố nguy cơ tăng HA đều chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$). Tuy nhiên, xu hướng quan sát được cho thấy người bệnh tự chi trả tiền thuốc có khả năng tuân thủ tốt hơn (OR = 2,17; 95% CI: 0,92-5,70; $p = 0,061$). Điều này có thể do người bệnh tự chi trả thường ý thức hơn về giá trị của thuốc và trách nhiệm với sức khỏe bản thân. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhận định của Ho P.M và cộng sự (2009) rằng yếu tố kinh tế, thái độ chủ động và cam kết của người bệnh ảnh hưởng đáng kể đến hành vi tuân thủ [16].

Bên cạnh kết quả trên, sự phức tạp của chế độ điều trị bao gồm số lượng thuốc, số liều thuốc hàng ngày, thời gian điều trị kéo dài, các liệu pháp điều trị không thuận tiện hoặc can thiệp vào sinh hoạt thường ngày cũng được xem là yếu tố làm giảm tuân thủ điều trị [4]. Người bệnh thường cảm thấy khó duy trì chế độ điều trị nếu việc dùng thuốc làm thay đổi lối sống hoặc gây tác dụng phụ không mong muốn. Thậm chí, ngay cả khi bác sĩ truyền đạt thông tin điều trị rõ ràng, phần lớn người bệnh vẫn quên phần lớn hướng dẫn sau khi rời phòng khám, do khối lượng thông tin lớn và tính phức tạp của phác đồ. Một nghiên cứu cho thấy người bệnh có thể quên tới 56% hướng dẫn của bác sĩ ngay sau khi rời phòng khám [6].

4.4. Một số hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang nên không xác định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và mức độ tuân thủ điều trị của

người bệnh tăng HA. Việc đánh giá chỉ được tiến hành tại một thời điểm, trong khi hành vi tuân thủ dùng thuốc, chế độ ăn uống, vận động thể lực hay thói quen hút thuốc, uống rượu bia có thể thay đổi theo thời gian. Ngoài ra, các thông tin về thực hành chủ yếu dựa trên tự báo cáo của người bệnh, do đó không tránh khỏi sai sót nhớ lại hoặc sai lệch thông tin.

Hạn chế khác của nghiên cứu là việc thu thập dữ liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án chỉ ghi nhận được việc có hay không hoạt động tư vấn, mà chưa phản ánh được thời lượng, nội dung và chất lượng tư vấn, giáo dục sức khỏe. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa xem xét ảnh hưởng của tác dụng phụ của thuốc điều trị tăng HA đến mức độ tuân thủ của người bệnh. Ngoài ra, sự đa dạng về chỉ số và tiêu chí đánh giá trong các nghiên cứu hiện nay cũng khiến việc so sánh và đối chiếu kết quả gặp nhiều khó khăn, cho thấy cần có bộ tiêu chuẩn đánh giá thống nhất trong các nghiên cứu tương lai.

5. KẾT LUẬN

- Yếu tố đặc điểm người bệnh: tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nam giới thấp hơn đáng kể so với nữ giới; tuân thủ điều trị ở nhóm 40-59 tuổi và 60-79 tuổi thấp hơn đáng kể so với nhóm ≥ 80 tuổi; nhóm hưu trí, nội trợ có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm công chức, viên chức; nhóm có vợ/chồng có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn đáng kể so với nhóm ly thân, ly dị, sống một mình.

- Yếu tố tiền sử bệnh: nhóm người bệnh có tiền sử gia đình có người mắc tăng HA có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn đáng kể so với nhóm không có tiền sử gia đình có người mắc tăng HA.

- Yếu tố sử dụng thuốc điều trị: tỷ lệ tuân thủ điều trị ở nhóm chỉ dùng thuốc 1 lần/ngày có xu hướng tuân thủ thấp hơn đáng kể so với nhóm dùng thuốc trên 1 lần/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Lâm Việt. Tăng huyết áp - vấn đề cần được quan tâm hơn. Chương trình mục tiêu Quốc gia về phòng chống Tăng huyết áp, Viện Tim mạch Việt Nam, 2010, 4.
- [2] World Health Organization. World health statistics 2008, 2008.
- [3] Dew M.A, Dabbs A.D, Myaskovsky L et al. Meta-analysis of medical regimen adherence outcomes in pediatric solid organ transplantation. Transplantation, 2009, 88 (5): 736-746.
- [4] Dwajani S, Prabhu Mr R.G, Sahajananda H. Importance of medication adherence and factors affecting it. IP International Journal of Comprehensive and Advanced Pharmacology, 2018, 3 (2): 67-77.
- [5] Hess L.M et al. Factors associated with adherence to and treatment duration of erlotinib among patients with non-small cell lung cancer. Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy, 2017, 23 (6): 643-652.
- [6] Ley P, Spelman M.S. Communications in an out-patient setting. British Journal of Social & Clinical Psychology, 1965, 4 (2): 114-6.
- [7] Zhou B, Carrillo-Larco R.M, Danaei G et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. The Lancet, 2021, 398 (10304): 957-80.
- [8] Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da, Thạch Ngọc Nữ Thu và cộng sự. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình Thủy, Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022, 53: 197-205.
- [9] Nguyễn Thị Thanh Thủy, Đỗ Thị Thu Hiền, Dương Thị Hòa. Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tái nhập viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 533 (2): 353-357.
- [10] Vũ Thị Đào, Nguyễn Thị Ngọc Ngoan, Thạch Thị Mỹ Chi. Kiến thức và thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023, 45: 141-149.
- [11] Trần Thị Nga, Nguyễn Thu Quỳnh. Tuân thủ thuốc điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp I và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2020, 130: 174-181.
- [12] Bùi Thái Ngọc. Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại Phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh năm 2024. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
- [13] Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. Oman Medical Journal, 2011, 26 (3): 155-159.
- [14] Burnier M, Egan B.M. Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circulation Research, 2019, 124 (7): 1124-1140.
- [15] Kumar S, Gupta R, Singh R. Factors influencing medication adherence among hypertensive patients: A cross-sectional study. Journal of Family Medicine and Primary Care, 2020, 9 (5): 2425-2431.
- [16] Ho P.M, Bryson C.L, Rumsfeld J.S. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. Circulation, 2009, 119 (23): 3028-3035.