

## FTREATMENT ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS AND ASSOCIATED FACTORS AT NGA NAM TOWN MEDICAL CENTER, SOC TRANG PROVINCE IN 2024

Huynh Ngoc Linh<sup>1\*</sup>, Lieu Quanh Da<sup>2</sup>, Tran The Hung<sup>2</sup>, Nguyen Ngoc The<sup>3</sup>, Nguyen Minh Phung<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ca Mau Medical College - 146 Nguyen Trung Truc Street, Ly Van Lam Ward, Ca Mau Province, Vietnam

<sup>2</sup>Phuong Chau Soc Trang International Hospital - 373 Phu Loi, Phu Loi Ward, Can Tho City, Vietnam

<sup>3</sup>Tra Vinh University - 126 Nguyen Thien Thanh Street, Hoa Thuan Ward, Vinh Long Province, Vietnam

<sup>4</sup>Nga Nam Regional Medical Center - 01 Nguyen Hue Street, Quarter 1, Nga Nam Ward, Can Tho City, Vietnam

Received: 13/12/2025

Revised: 15/12/2025; Accepted: 24/02/2026

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of treatment adherence and associated factors among outpatients with hypertension at Nga Nam Medical Center, Soc Trang Province, in 2024.

**Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 350 outpatients with hypertension. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8); patients were considered adherent when they achieved an MMAS-8 score of  $\geq 6$ . Overall treatment adherence was defined as meeting at least 4 out of 5 treatment criteria, including medication adherence and lifestyle modifications.

**Results:** The overall treatment adherence rate was 56.6%. Medication adherence was 47.42%, while adherence to diet; non-smoking, restricted alcohol consumption; blood pressure monitoring, and physical activity were 83.14%, 59.14%, 83.71%, and 12.0%, respectively. Following multivariate analysis, factors associated with treatment adherence included female gender (aOR=1.62) and absence of comorbidity (OR=1.84); while advanced age (aOR=0.74) and prolonged duration of hypertension (aOR=0.63) reduced the adherence rate.

**Conclusion:** Overall treatment adherence was moderate, and adherence to medication and physical activity remained low. Males, advanced age, and long disease duration are groups that require prioritized intervention to improve treatment adherence.

**Keywords:** Hypertension, treatment adherence, lifestyle modification, associated factors, outpatient.

---

\*Corresponding author

Email: drlinhcm78@gmail.com Phone: (+84) 918601231 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4402

# TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NGÃ NĂM, TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh<sup>1\*</sup>, Liêu Quỳnh Đa<sup>2</sup>, Trần Thế Hùng<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Thế<sup>3</sup>, Nguyễn Minh Phụng<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau - 146 Nguyễn Trung Trực, P. Lý Văn Lâm, Tỉnh Cà Mau, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Quốc Tế Phương Châu Sóc Trăng - 373 Phú Lợi, P. Phú Lợi, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

<sup>3</sup>Trường Đại học Trà Vinh - 126 Nguyễn Thiện Thành, P. Hòa Thuận, Tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam

<sup>4</sup>Trung Tâm Y Tế Khu Vực Ngã Năm - 01, Nguyễn Huệ, Khóm 1, P. Ngã Năm, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 13/12/2025

Ngày sửa: 15/12/2025; Ngày đăng: 24/02/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Ngã Năm, tỉnh Sóc Trăng năm 2024.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 350 người bệnh tăng huyết áp được quản lý ngoại trú. Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng thang Morisky Medication Adherence Scale 8 câu (MMAS-8); người bệnh được xem là tuân thủ khi đạt điểm MMAS-8  $\geq 6$ . Tuân thủ điều trị chung được xác định khi người bệnh đạt từ 4/5 tiêu chí điều trị gồm dùng thuốc và các thay đổi lối sống.

**Kết quả:** Tỷ lệ đạt tuân thủ điều trị chung 56,6%. Tuân thủ dùng thuốc đạt 47,42%, tuân thủ chế độ ăn; không hút thuốc lá, hạn chế rượu bia; theo dõi huyết áp và vận động thể lực lần lượt là 83,14%; 59,14%; 83,71% và 12,0%. Sau phân tích đa biến, các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị gồm: giới tính nữ (ORHC= 1,62), không có bệnh đồng mắc (ORHC=1,84); tuổi cao (ORHC=0,74), thời gian tăng huyết áp kéo dài (ORHC= 0,63) làm giảm tỷ lệ tuân thủ.

**Kết luận:** Tuân thủ điều trị chung ở mức trung bình, tuân thủ dùng thuốc và vận động thể lực còn thấp. Nam giới, tuổi cao và thời gian mắc bệnh dài là các nhóm cần được ưu tiên can thiệp để cải thiện tuân thủ điều trị.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, yếu tố liên quan, ngoại trú.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh phổ biến và là yếu tố nguy cơ quan trọng của đột quỵ, bệnh mạch vành và suy thận [1]. Gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp ngày càng tăng tại Việt Nam, đặc biệt ở khu vực nông thôn, nơi khả năng tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế. Hiệu quả điều trị tăng huyết áp không chỉ phụ thuộc vào phác đồ mà còn dựa nhiều vào mức độ tuân thủ của người bệnh.

Tuân thủ điều trị bao gồm dùng thuốc đúng chỉ định, chế độ ăn hợp lý, không hút thuốc lá, hạn chế rượu bia, theo dõi huyết áp và duy trì vận động thể lực. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong nước ghi nhận mức độ tuân thủ còn thấp và không đồng đều giữa các nhóm bệnh nhân. Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc và kiến thức về bệnh. Tỷ lệ tuân thủ thấp làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch và chi phí điều trị [2].

Tại tỉnh Sóc Trăng, số liệu về tuân thủ điều trị tăng huyết áp còn hạn chế, đặc biệt ở tuyến cơ sở như TTYTTX Ngã Năm. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài “Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan tại Trung tâm Y tế Thị xã Ngã Năm, tỉnh Sóc Trăng năm 2024” với 2 mục tiêu sau:

- Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế Thị xã Ngã Năm năm 2024.

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Y tế Thị xã Ngã Năm, tỉnh Sóc Trăng năm 2024.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú và đồng ý tham gia.

- Tiêu chí chọn mẫu: Người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp theo hướng dẫn Bộ Y tế, đang điều trị ngoại trú tại TTYTTX Ngã Năm, có hồ sơ quản lý đầy đủ và đồng ý tham gia.

- Tiêu chí loại trừ: Người bệnh suy giảm nhận thức, không trả lời được phỏng vấn, tăng huyết áp do thai kỳ hoặc hồ sơ thiếu dữ liệu quan trọng.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Cỡ mẫu gồm 350 người bệnh, được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu. Tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào phân tích..

**2.5. Biến số nghiên cứu**

Tuân thủ điều trị tăng huyết áp (có hoặc không). Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng thang Morisky Medication Adherence Scale gồm 8 câu hỏi (MMAS-8), bao gồm 7 câu hỏi dạng nhị phân (Có/Không) và 1 câu hỏi dạng thang Likert 5 mức. Tổng điểm dao động từ 0 đến 8, điểm càng cao thể hiện mức độ tuân thủ càng tốt.

\*Tác giả liên hệ

Email: drlinhcm78@gmail.com Điện thoại: (+84) 918601231 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4402

Theo quy ước chuẩn, điểm <6 được xếp tuân thủ thấp, từ 6 đến <8 là tuân thủ trung bình và 8 điểm là tuân thủ cao. Trong nghiên cứu này, người bệnh được xem là tuân thủ dùng thuốc khi đạt MMAS-8 ≥6 điểm. Tuân thủ chế độ ăn; Không hút thuốc lá và không uống rượu bia; Theo dõi huyết áp (đo huyết áp tại nhà, tái khám đúng hẹn); Vận động thể lực đạt yêu cầu.

Tuân thủ điều trị chung được xác định khi người bệnh đạt từ 4/5 tiêu chí nhằm phản ánh bản chất đa thành phần của tuân thủ điều trị tăng huyết áp và phù hợp với thực tiễn lâm sàng tại tuyến cơ sở, trong đó một số hành vi như vận động thể lực có tỷ lệ đạt thấp do đặc điểm tuổi và bệnh đồng mắc của đối tượng nghiên cứu.

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu**

Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên thang điểm Morisky 8 câu (MMAS-8) để đánh giá tuân thủ dùng thuốc, cùng các tiêu chí đánh giá tuân thủ không dùng thuốc gồm chế độ ăn, hút thuốc lá, sử dụng rượu bia và vận động thể lực. Bộ câu hỏi cũng thu thập thông tin về tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, bệnh lý đi kèm và các hành vi sức khỏe liên quan.

Phòng vấn được thực hiện trực tiếp bởi điều dưỡng hoặc cán bộ nghiên cứu đã được tập huấn, đảm bảo thống nhất cách hỏi và ghi nhận thông tin. Các dữ liệu bổ sung được đối chiếu từ hồ sơ quản lý tăng huyết áp tại TTYT nhằm tăng độ chính xác. Phiếu khảo sát được kiểm tra ngay sau mỗi buổi thu thập để hạn chế thiếu thông tin trước khi nhập liệu.

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu**

Số liệu được nhập bằng phương pháp kiểm tra kép để hạn chế sai sót. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để tính tần số và tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính.

Phân tích mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan được thực hiện bằng phép kiểm Chi-square. Hệ số odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% được tính nhằm đánh giá mức độ liên quan giữa các yếu tố như giới tính, bệnh đồng mắc hoặc hành vi sức khỏe với nguy cơ không tuân thủ điều trị. Trong phân tích hồi quy logistic, các biến tuổi và thời gian mắc tăng huyết áp được xử lý dưới dạng biến thứ bậc (ordinal). OR khuynh hướng được ước tính từ mô hình hồi quy logistic với biến thứ bậc nhằm đánh giá xu hướng thay đổi khả năng tuân thủ theo mức độ tăng dần của các nhóm biến. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của TTYTXX Ngã năm thông qua. Dữ liệu bệnh nhân được mã hóa, đảm bảo tính bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Người bệnh hoặc thân nhân được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=350)**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ	Nông thôn	245	70,0
	Thành thị	105	30,0
Giới tính	Nam	192	54,86
	Nữ	158	45,14

Nhóm tuổi	≤ 60	98	28,0
	61-70	132	37,7
	71-80	84	24,0
	> 80	36	10,3
Thời gian tăng huyết áp (năm)	<2	28	8,0
	2 -5	127	36,29
	6-10	119	34,0
	> 10	76	21,71
Bệnh đồng mắc	Có	231	66,0
	Không	119	34,0
Hút thuốc lá	Có	86	24,57
	Không	264	75,43
Uống rượu bia	Có	57	16,3
	Không	293	83,7
Đo huyết áp tại nhà	Có	262	74,85
	Không	88	25,15
Tái khám đúng hẹn	Có	295	84,28
	Không	55	15,72

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sống ở nông thôn và là nam giới. Nhóm tuổi 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất. Phần lớn người bệnh mắc tăng huyết áp từ 2-10 năm và có bệnh đồng mắc. Tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia thấp; 74,85% có đo huyết áp tại nhà và 84,28% tái khám đúng hẹn.

**3.2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan**

**Bảng 2. Tuân thủ điều trị theo từng tiêu chí (n=350)**

Tiêu chí	Đạt (n, %)	Chưa đạt (n, %)
Tuân thủ dùng thuốc (MMAS-8)	166 (47,42)	184 (53,58)
Chế độ ăn	291 (83,14)	59 (16,86)
Không hút thuốc, không uống rượu bia	207 (59,14)	143 (41,86)
Theo dõi huyết áp	293 (83,71)	57 (16,29)
Vận động thể lực	42 (12,00)	308 (88,00)

Nhận xét: Tuân thủ chế độ ăn và hút thuốc, hạn chế rượu bia đạt tỷ lệ cao, trong khi tuân thủ dùng thuốc 47,42%. Tỷ lệ tuân thủ theo dõi huyết áp 83,71%, nhưng vận động thể lực rất thấp, chỉ đạt 12%.

**Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung**

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ (≥ 4 tiêu chí)	198	56,6
Không tuân thủ	152	43,4
Tổng	350	100

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 56,6%, cho thấy hơn một nửa người bệnh thực hiện tốt các tiêu chí điều trị.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố và không tuân thủ điều trị**

Đặc điểm	Tuân thủ (n,%)	Không tuân thủ (n,%)	OR (KTC 95%)	p
<b>Giới tính</b>				
Nam (n=192)	95 (49,5)	97 (50,5)	1	-
Nữ (n=158)	103 (65,2)	55 (34,8)	1,91 (1,24 – 2,95)	0,003
<b>Địa chỉ</b>				
Nông thôn (n=245)	129 (52,7)	116 (47,3)	1	-
Thành thị (n=105)	69 (65,7)	36 (34,3)	1,72 (1,07 – 2,77)	0,02
<b>Nhóm tuổi</b>				
≤ 60 (n=98)	68 (69,4)	30 (30,6)	1	-
61–70 (n=132)	72 (54,5)	60 (45,5)	0,53 (0,31 – 0,92)	0,02
71–80 (n=84)	41 (48,8)	43 (51,2)	0,42 (0,23 – 0,77)	0,004
> 80 (n=36)	17 (47,2)	19 (52,8)	0,39 (0,18 – 0,86)	0,02
			ORKH = 0,71 (0,57-0,90)	0,03
<b>Thời gian THA (năm)</b>				
< 2 (n=28)	21 (75,0)	7 (25,0)	1	-
2–5 (n=127)	84 (66,1)	43 (33,9)	0,65 (0,26 – 1,65)	0,35
6–10 (n=119)	63 (52,9)	56 (47,1)	0,38 (0,15 – 0,95)	0,04
> 10 (n=76)	30 (39,5)	46 (60,5)	0,22 (0,08 – 0,57)	0,002
			ORKH =0,59 (0,46-0,75)	0,02
<b>Bệnh đồng mắc</b>				
Có (n=231)	116 (50,2)	115 (49,8)	1	-
Không (n=119)	82 (68,9)	37 (31,1)	2,20 (1,38 – 3,50)	0,001

Nhận xét: Nữ giới và người sống tại thành thị có tỷ lệ tuân thủ cao hơn. Tuổi càng cao, thời gian mắc càng lâu mức tuân thủ càng giảm, OR khuynh hướng lần lượt là 0,71 (0,57–0,90) và 0,59 (0,46–0,75). Người không có bệnh đồng mắc tuân thủ cao hơn so với nhóm có bệnh.

**Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan**

Yếu tố nguy cơ	OR thô (KTC 95%)	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Giới tính	1,91 (1,24 – 2,95)	1,62 (1,01 – 2,61)	0,04
Địa chỉ	1,72 (1,07 – 2,77)	1,41 (0,85 – 2,33)	0,18
Nhóm tuổi (ORKH)*	0,71 (0,57 – 0,90)	0,74 (0,58 – 0,95)	0,03
Thời gian THA (ORKH)*	0,59 (0,46 – 0,75)	0,63 (0,48 – 0,82)	0,02
Bệnh đồng mắc	2,20 (1,38 – 3,50)	1,84 (1,10 – 3,07)	0,02

\*ORKH: OR khuynh hướng được tính bằng hồi quy logistic với biến thứ bậc

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy nữ giới, không có bệnh đồng mắc liên quan đến không tuân thủ điều trị. OR khuynh hướng được ước tính từ mô hình hồi quy logistic với biến tuổi và thời gian mắc tăng huyết áp được xử lý dưới dạng biến thứ bậc, phản ánh xu hướng thay đổi khả năng tuân thủ theo mức độ tăng dần của các nhóm biến.

**4. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu trên 350 bệnh nhân tăng huyết áp cho thấy đa số sống ở nông thôn (70%) và nam giới chiếm 54,86%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước cho thấy nam giới thường gặp nhiều hành vi nguy cơ hơn, đặc biệt là hút thuốc và rượu bia, như đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Trần Song Hậu và cộng sự (2022) cũng như Nguyễn Tuấn Khiêm và cộng sự (2025) [3], [4]. Nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,7%), phản ánh sự gia tăng bệnh tăng huyết áp ở người trung niên và cao tuổi, phù hợp với các báo cáo về quản lý tăng huyết áp tại cộng đồng ở Việt Nam [3], [5].

Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 2–10 năm (70,29%), trong khi 21,71% đã mắc trên 10 năm, cho thấy tính chất mạn tính rõ rệt của bệnh. Tỷ lệ bệnh đồng mắc đạt 66%, phù hợp với các nghiên cứu trong nước về gánh nặng đa bệnh lý ở bệnh nhân tăng huyết áp, đặc biệt tại tuyến y tế cơ sở [3], [6]. Có đến 74,85% bệnh nhân tự đo huyết áp tại nhà và 84,28% tái khám đúng hẹn, cho thấy mức độ tiếp cận dịch vụ y tế tương đối tốt, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Khoa và cộng sự (2024) [5].

**4.2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp**

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc chỉ đạt 47,42%, thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu trong nước, vốn thường ghi nhận mức 40–60% tùy bối cảnh điều trị, như báo cáo của Nguyễn Tuấn Khiêm và cộng sự (2025) và Trần Song Hậu và cộng sự (2022) [3],[4]. Điều này có thể liên quan đến thời gian mắc bệnh kéo dài, tâm lý chủ quan khi triệu chứng giảm, hoặc khó khăn trong việc duy trì điều trị lâu dài ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Ngược lại, tuân thủ chế độ ăn và theo dõi huyết áp tại nhà đạt mức cao (trên 83%), cho thấy người bệnh có xu hướng chú trọng thay đổi lối sống hơn là tuân thủ thuốc. Tuy nhiên, tỷ lệ vận động thể lực đạt chỉ 12%, phù hợp với nhận định của Burnier và Egan (2019) rằng vận động thể lực thường là hành vi khó duy trì nhất ở bệnh nhân tăng huyết áp, mặc dù có vai trò quan trọng trong kiểm soát

huyết áp [7]. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong nước về hành vi tự chăm sóc của người bệnh tăng huyết áp [6].

Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 56,6%, cho thấy gần một nửa số bệnh nhân không đạt yêu cầu  $\geq 4/5$  tiêu chí, phản ánh thách thức lớn trong quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng. Điều này phù hợp với nhận định chung của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023) về những khó khăn trong duy trì tuân thủ điều trị tăng huyết áp lâu dài [1].

### 4.3. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Kết quả phân tích cho thấy một số yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng có liên quan đáng kể đến mức độ tuân thủ điều trị. Nữ giới tuân thủ tốt hơn nam, với tỷ lệ không tuân thủ thấp hơn (34,8% so với 50,5%), phù hợp với các nghiên cứu trong nước cho thấy nữ giới thường có hành vi chăm sóc sức khỏe chủ động hơn so với nam giới, như đã được ghi nhận bởi Nguyễn Tuấn Khiêm và cộng sự (2025) [4]. Người sống tại thành thị cũng có tỷ lệ tuân thủ cao hơn so với nông thôn, có thể do điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn.

Tuổi càng cao thì khả năng tuân thủ càng giảm. OR khuynh hướng theo tuổi là 0,71 (KTC 95%: 0,57–0,90), cho thấy mỗi khi tăng một nhóm tuổi thì khả năng tuân thủ giảm đáng kể. Điều này có thể liên quan đến suy giảm trí nhớ, đa bệnh lý và khó khăn trong việc duy trì nhiều loại thuốc ở người cao tuổi, phù hợp với các phân tích tổng quan về tuân thủ điều trị tăng huyết áp của Burnier và Egan (2019) [7].

Thời gian mắc tăng huyết áp cũng cho thấy xu hướng giảm tuân thủ theo thời gian. OR khuynh hướng đạt 0,59 (KTC 95%: 0,46–0,75), nghĩa là người bệnh càng mắc bệnh lâu thì nguy cơ không tuân thủ càng tăng. Hiện tượng này tương đồng với khái niệm “mệt mỏi điều trị” (treatment fatigue) được mô tả trong các nghiên cứu về bệnh mạn tính [7].

Người bệnh không có bệnh đồng mắc tuân thủ điều trị tốt hơn đáng kể so với nhóm có bệnh đồng mắc (68,9% so với 50,2%). Điều này phù hợp với nhận định rằng đa bệnh lý làm tăng gánh nặng dùng thuốc và độ phức tạp của phác đồ điều trị, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ lâu dài, như đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trong nước của Trần Song Hậu và cộng sự (2022) và Đặng Thị Hằng và cộng sự (2025) [3], [6].

### 4.4. Phân tích hồi quy logistic đa biến

Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu trong mô hình, giới tính vẫn là yếu tố liên quan độc lập đến tuân thủ điều trị. Nữ giới tuân thủ điều trị cao hơn với ORHC=1,62 (KTC 95%: 1,01–2,61), cho thấy sự khác biệt về hành vi sức khỏe giữa hai giới, phù hợp với các nghiên cứu trong nước, trong đó nam giới thường có mức độ tuân thủ thuốc thấp hơn [3],[4].

Mặc dù địa chỉ cư trú có ý nghĩa trong phân tích đơn biến, yếu tố này không còn ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh ( $p=0,18$ ), cho thấy sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn có thể bị chi phối bởi các yếu tố khác như tuổi, bệnh đồng mắc hoặc thời gian mắc bệnh.

Tuổi và thời gian mắc tăng huyết áp đều cho thấy xu hướng giảm tuân thủ khi mức độ nhóm tăng dần. Trong mô hình hồi quy logistic, hai biến này được xử lý dưới dạng biến thứ bậc, và OR khuynh hướng phản ánh sự thay đổi khả năng tuân thủ giữa các nhóm kế tiếp. OR khuynh hướng theo tuổi là 0,74 (KTC95%: 0,58–0,95) và theo thời gian mắc bệnh là 0,63 (KTC95%: 0,48–0,82), gợi ý hiện tượng mệt mỏi điều trị ở bệnh nhân mạn tính lâu năm, phù hợp với các tổng quan gần đây về tuân thủ điều trị tăng huyết

áp [7].

Bệnh đồng mắc tiếp tục là yếu tố quan trọng trong mô hình đa biến. Người không có bệnh đồng mắc tuân thủ cao hơn với ORHC=1,84 (KTC95%: 1,10–3,07). Người bệnh có bệnh đồng mắc thường phải sử dụng nhiều loại thuốc cùng lúc, phác đồ điều trị phức tạp hơn và dễ gặp tình trạng quá tải điều trị, từ đó làm giảm khả năng tuân thủ điều trị tăng huyết áp, phù hợp với các khuyến cáo và tổng quan gần đây về quản lý tăng huyết áp [1], [7].

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung của bệnh nhân tăng huyết áp tại TTYTXX Ngã Năm, Sóc Trăng năm 2024 đạt 56,6%. Trong các tiêu chí thành phần, tuân thủ dùng thuốc đạt 47,42%, vận động thể lực đạt 12%, không hút thuốc, rượu bia là 59,14%, trong khi chế độ ăn và theo dõi huyết áp tại nhà lần lượt là 83,14% và 83,71%.

Sau phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố làm tăng tuân thủ điều trị gồm: giới tính nữ (ORHC=1,62;  $p=0,04$ ), không có bệnh đồng mắc (ORHC=1,84;  $p=0,02$ ). Tuổi cao, thời gian tăng huyết áp kéo dài cho thấy xu hướng giảm tuân thủ với ORHC lần lượt là 0,74;  $p=0,03$ ; 0,63;  $p=0,02$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: WHO; 2023. ISBN: 978-92-4-008106-2.
- [2] Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009;15(1):59–66.
- [3] Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da, Thạch Ngọc Nữ Thu, Nguyễn Viễn Thông, Nguyễn Thị Kiều Lan, Nguyễn Tấn Đạt. 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.
- [4] Nguyễn Tuấn Khiêm, Lê Thị Thanh Tâm, Phạm Văn Hòa. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế quận Gò Vấp. *Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch*. 2025;4(4):129–136. doi:10.59715/pntjimp.4.4.16.
- [5] Nguyễn Minh Khoa, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Ngọc Việt Nga. Tình hình thực hiện điều trị, quản lý bệnh tăng huyết áp và đánh giá kết quả sau can thiệp tại các trạm y tế trên địa bàn thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;(80):140–146. doi:10.58490/ctump.2024i80.2860.
- [6] Đặng Thị Hằng, Trần Thị Mai, Nguyễn Văn Long. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc và hành vi tự chăm sóc ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2025;8(4). doi:10.54436/jns.2025.04.1065.
- [7] Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension. *Circ Res*. 2019;124(7):1124–1140. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.