TREATMENT ADHERENCE AMONG HYPERTENSIVE OUTPATIENTS AT ME LINH GENERAL HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS IN 2025

Phạm Xuan Thuy[1,*], Nguyễn Thu Uyen[2]

[1]*Transportation Department of Tuyen Quang Province - No. 01, Dinh Tien Hoang Street, Minh Xuan Ward, Tuyen Quang Province, Vietnam*
[2]*Hoa Binh University - No. 8 Bui Xuan Phai, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 24/04/2026
Reviced: 21/07/2026; Accepted: 21/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe treatment adherence among hypertensive outpatients at Me Linh General Hospital and analyze several related factors in 2025.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 361 hypertensive outpatients at Me Linh General Hospital in 2025. Data were collected using a structured questionnaire, including general characteristics, knowledge of hypertension and its treatment regimen, and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale. Descriptive statistics and odds ratios with 95% confidence intervals were used to identify factors associated with non-adherence.

Results: The rate of adherence to antihypertensive medication was 83.9%, while 16.1% of patients were non-adherent. The proportion of patients with adequate knowledge of hypertension and its treatment regimen was 45.7%. Factors significantly associated with non-adherence included low educational level (OR=2.98; 95%CI: 1.62–5.48), absence of complications (OR=7.86; 95%CI: 3.63–17.02), inadequate knowledge (OR=2.54; 95%CI: 1.36–4.74), living alone (OR=6.00; 95%CI: 2.30–15.64), and lack of family reminders (OR=3.50; 95%CI: 1.57–7.79). Age group was not significantly associated with adherence (p>0.05).

Conclusion: Treatment adherence among hypertensive outpatients was relatively high; however, patients' knowledge of hypertension and its treatment remained limited. Health education and stronger family support should be enhanced to improve treatment adherence.

Keywords: hypertension, treatment adherence, outpatient, Morisky, related factors.

*Corresponding author
Email: ntuyen@daihochoabinh.edu.vn **Phone**: (+84) 911150597 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6323

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÊ LINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NĂM 2025

Phạm Xuân Thùy[1,*], Nguyễn Thu Uyên[1]

[1]Sở Y tế tỉnh Tuyên Quang - Số 01, đường Đinh Tiên Hoàng, Phường Minh Xuân, Tỉnh Tuyên Quang, Việt Nam
[2]Trường Đại học Hòa Bình - số 8 Bùi Xuân Phái, phường Từ Liêm, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/04/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/07/2026; Ngày duyệt đăng: 21/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh và phân tích một số yếu tố liên quan năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 361 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh năm 2025. Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi cấu trúc, bao gồm thông tin chung, kiến thức về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp, cùng thang đo tuân thủ điều trị Morisky 8 mục. Phân tích số liệu bằng thống kê mô tả và tính OR với khoảng tin cậy 95% để xác định các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp là 83,9%; tỷ lệ không tuân thủ là 16,1%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp là 45,7%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ điều trị gồm: trình độ học vấn thấp (OR=2,98; KTC95%: 1,62–5,48), không có biến chứng (OR=7,86; KTC95%: 3,63–17,02), kiến thức không đạt (OR=2,54; KTC95%: 1,36–4,74), sống một mình (OR=6,00; KTC95%: 2,30–15,64) và không được gia đình nhắc nhở điều trị (OR=3,50; KTC95%: 1,57–7,79). Nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú đạt mức khá cao, tuy nhiên kiến thức về bệnh và chế độ điều trị còn hạn chế. Cần tăng cường giáo dục sức khỏe và phát huy vai trò hỗ trợ của gia đình nhằm nâng cao tuân thủ điều trị.

Từ khóa: tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, ngoại trú, Morisky, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất hiện nay và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm, tàn tật và gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu. Bệnh không chỉ làm gia tăng nguy cơ tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, suy tim và suy thận, mà còn kéo theo chi phí điều trị lâu dài và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [1, 2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, quản lý và điều trị, hiệu quả kiểm soát huyết áp trên thực tế vẫn còn hạn chế, trong đó không tuân thủ điều trị được xem là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất [3, 4]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp tuân thủ điều trị còn chưa cao và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như đặc điểm cá nhân, trình độ học vấn, kiến thức về bệnh, hoàn cảnh sống, sự hỗ trợ của gia đình và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế [3, 4]. Đối với người bệnh điều trị ngoại trú, việc duy trì dùng thuốc đều đặn, tái khám đúng hẹn và thực hiện chế độ sinh hoạt phù hợp có ý nghĩa quyết định trong kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng lâu dài. Bệnh viện Đa khoa Mê Linh là cơ sở khám chữa bệnh tiếp nhận và quản lý nhiều người bệnh tăng huyết áp ngoại trú, tuy nhiên hiện chưa có nhiều số liệu cập nhật về mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan tại đơn vị. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu *"Tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh và một số yếu tố liên quan năm 2025"* được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng phục vụ cho các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý và điều trị người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Mê Linh và một số yếu tố liên quan năm 2025

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh từ 18 tuổi trở lên; đã được chẩn đoán tăng huyết áp và đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện; có khả năng giao tiếp, trả lời phỏng vấn; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh mắc rối loạn tri giác, sa sút trí tuệ hoặc tình trạng sức khỏe không cho phép trả lời phỏng vấn; người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2025 tại phòng khám ngoại trú, Bệnh viện Đa khoa Mê Linh.

*Tác giả liên hệ
Email: ntuyen@daihochoabinh.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 911150597 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6323

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu thực hiện trên 361 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú. Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu toàn bộ. Tất cả người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 3 – tháng 6 năm 2025), đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, đều được mời tham gia cho đến khi đủ cỡ mẫu, mỗi đối tượng chỉ được mời tham gia vào nghiên cứu 1 lần.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến thông tin chung: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, tình trạng biến chứng, hoàn cảnh sống, sự nhắc nhở điều trị từ gia đình.

Nhóm biến kiến thức: kiến thức về bệnh tăng huyết áp và chế độ điều trị, bao gồm hiểu biết về tính chất mạn tính của bệnh, sự cần thiết dùng thuốc đều đặn, tái khám định kỳ, chế độ ăn uống, sinh hoạt và theo dõi huyết áp.

Biến kết quả: tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi cấu trúc sẵn. Bộ công cụ nghiên cứu gồm 3 phần: thông tin chung; kiến thức về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp; thang đo tuân thủ điều trị Morisky 8 mục (MMAS-8).

Thang MMAS-8 gồm 8 câu hỏi đánh giá hành vi dùng thuốc. Người bệnh được phân loại là tuân thủ điều trị khi đạt từ 6 điểm trở lên và không tuân thủ điều trị khi dưới 6 điểm. Trước khi thu thập số liệu chính thức, bộ câu hỏi được rà soát, chỉnh sửa về nội dung và ngôn ngữ cho phù hợp với đối tượng nghiên cứu. Điều tra viên được tập huấn thống nhất về cách tiếp cận, giải thích và ghi nhận thông tin nhằm hạn chế sai số thu thập.

Kiến thức về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp được đánh giá bằng bộ câu hỏi gồm 10 câu với các nội dung: nhận biết tăng huyết áp là bệnh mạn tính; mục tiêu kiểm soát huyết áp; sự cần thiết dùng thuốc đều đặn; không tự ý ngừng thuốc khi thấy huyết áp ổn định; tái khám định kỳ; theo dõi huyết áp tại nhà; chế độ ăn giảm muối; hạn chế rượu bia và thuốc lá; duy trì hoạt động thể lực phù hợp; phòng ngừa biến chứng của bệnh. Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được tính 0 điểm. Tổng điểm kiến thức dao động từ 0 đến 10 điểm. Người bệnh được phân loại kiến thức đạt khi có tổng điểm từ 7 điểm trở lên và kiến thức không đạt khi có tổng điểm dưới 7 điểm.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm thống kê.

Phân tích mô tả được sử dụng để tính tần số, tỷ lệ phần trăm đối với 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. Tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% được sử dụng để lượng hóa mức độ liên quan. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

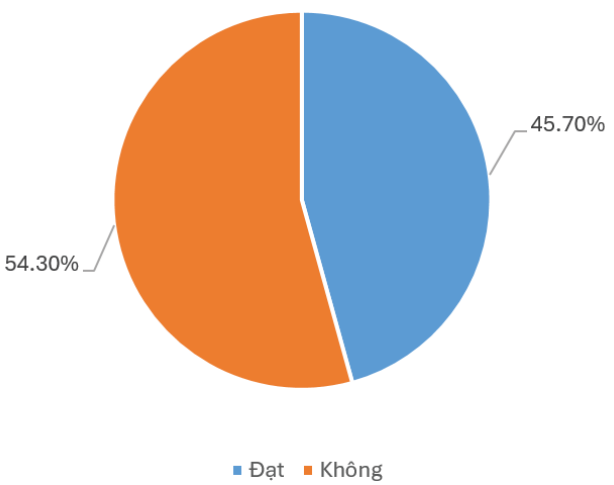
Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Mê Linh. Người bệnh được giải thích rõ mục tiêu, nội dung và quyền lợi khi tham gia nghiên cứu; chỉ những người tự nguyện đồng ý mới được đưa vào nghiên cứu. Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, được bảo mật và không sử dụng cho mục đích nào khác. Người tham gia có quyền từ chối hoặc dừng tham gia bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình khám và điều trị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 361)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	277	76,7
	Nữ	84	23,3
Nhóm tuổi	≥ 75 tuổi	103	28,5
	< 75 tuổi	258	71,5
Học vấn	Trung học cơ sở	82	22,7
	Trung học phổ thông	56	15,5
	Trung cấp trở lên	223	61,8
Biến chứng	Không có biến chứng	30	8,3
	Có biến chứng	331	91,7
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	18	5,0
	Sống cùng gia đình	343	95,0
Gia đình nhắc nhở tuân thủ điều trị	Không có ai	30	8,3
	Vợ/Chồng	221	61,2
	Con/Cháu	110	30,5

Nam giới chiếm đa số (76,7%), chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 75 (71,5%). Phần lớn người bệnh có trình độ từ trung cấp trở lên (61,8%), có biến chứng (91,7%), sống cùng gia đình (95,0%) và được vợ/chồng nhắc nhở điều trị (61,2%).



Biểu đồ 1. Kiến thức về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp (n = 361)

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp là 45,7%.

Bảng 2. Tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp theo Morisky (n = 361)

Nội dung	Tần số n (%)
Thỉnh thoảng quên uống thuốc hạ HA	193 (53,5)
Không quên uống thuốc hạ HA trong hai tuần qua	328 (90,9)
Không tự ý ngừng thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu	319 (88,4)

Nội dung	Tần số n (%)
Không quên mang theo thuốc hạ HA khi xa nhà	335 (92,8)
Không quên uống thuốc hạ HA ngày hôm qua	354 (98,1)
Không tự ý ngừng thuốc khi cảm thấy HA được kiểm soát	279 (77,3)
Không cảm thấy phiền toái khi ngày nào cũng phải uống thuốc hạ HA	354 (98,1)
Không cảm thấy khó khăn khi phải nhớ uống các loại thuốc hạ HA hàng ngày	342 (94,7)
Tuân thủ điều trị thuốc HA	303 (83,9)
Không tuân thủ điều trị thuốc HA	58 (16,1)

Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp là 83,9%; tỷ lệ không tuân thủ là 16,1%. Hai nội dung có tỷ lệ cao nhất là không quên uống thuốc ngày hôm qua và không cảm thấy phiền toái khi phải uống thuốc hằng ngày, cùng đạt 98,1%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp

Các yếu tố		Không tuân thủ n (%)	Tuân thủ n (%)	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	≥ 75 tuổi	12 (11,7)	91 (88,3)	0,61 (0,31–1,19)	0,149
	< 75 tuổi	46 (17,8)	212 (82,2)	1	
Trình độ học vấn	THCS	24 (29,3)	58 (70,7)	2,98 (1,62–5,48)	<0,001
	≥ THPT	34 (12,2)	245 (87,8)	1	
Biến chứng	Không có biến chứng	16 (53,3)	14 (46,7)	7,86 (3,63–17,02)	<0,0001
	Có biến chứng	42 (12,7)	289 (87,3)	1	
Kiến thức về bệnh và chế độ điều trị THA	Không đạt	42 (21,4)	154 (78,6)	2,54 (1,36–4,74)	0,002
	Đạt	16 (9,7)	149 (90,3)	1	
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	9 (50,0)	9 (50,0)	6,00 (2,30–15,64)	<0,0001
	Cùng gia đình	49 (14,3)	294 (85,7)	1	
Gia đình nhắc nhở điều trị	Không	11 (36,7)	19 (63,3)	3,50 (1,57–7,79)	0,001
	Có	47 (14,2)	284 (85,8)	1	

Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ điều trị bao gồm: trình độ học vấn thấp (OR = 2,98; KTC95%: 1,62–5,48), không có biến chứng (OR = 7,86; KTC95%: 3,63–17,02), kiến thức không đạt (OR = 2,54; KTC95%: 1,36–4,74), sống một mình (OR = 6,00; KTC95%: 2,30–15,64) và không được gia đình nhắc nhở (OR = 3,50; KTC95%: 1,57–7,79). Nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 361 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc đạt 83,9%, trong khi tỷ lệ không tuân thủ là 16,1%. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về bệnh và chế độ điều trị còn hạn chế (45,7%). Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ điều trị bao gồm trình độ học vấn thấp, không có biến chứng, kiến thức không đạt, sống một mình và thiếu sự nhắc nhở từ gia đình. Trong khi đó, yếu tố tuổi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị.

4.1. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Tỷ lệ tuân thủ điều trị 83,9% trong nghiên cứu này cao hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo tổng quan quốc tế, chỉ khoảng một nửa người bệnh tăng huyết áp tuân thủ điều trị đầy đủ, và tại Việt Nam tỷ lệ này dao động khoảng 49,8% đến 66% tùy theo phương pháp đánh giá [4]. So với các quốc gia khác, tỷ lệ tuân thủ tại Pakistan chỉ đạt 36,6%, UAE là 42% và Bangladesh khoảng 54,8% [5-7]. Kết quả cao trong nghiên cứu có thể do đối tượng là người bệnh đang được quản lý tại bệnh viện, có sự theo dõi thường xuyên và tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các phương pháp đo lường tự báo cáo như Morisky có xu hướng đánh giá cao mức độ tuân thủ hơn so với các phương pháp khách quan [8, 9].

4.2. Một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có kiến thức không đạt có nguy cơ không tuân thủ cao hơn 2,54 lần so với nhóm có kiến thức đạt. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó kiến thức bệnh và tự hiệu quả (self-efficacy) là yếu tố quan trọng giúp cải thiện tuân thủ điều trị [10, 11]. Người bệnh hiểu rõ về bệnh, biến chứng và lợi ích của điều trị sẽ có động lực duy trì việc dùng thuốc lâu dài. Ngược lại, thiếu hiểu biết có thể dẫn đến việc tự ý ngừng thuốc khi thấy triệu chứng cải thiện hoặc khi gặp tác dụng phụ.

Người bệnh có trình độ học vấn thấp (THCS) có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao gấp 2,98 lần so với nhóm có trình độ từ THPT trở lên. Điều này tương đồng với các nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn và điều kiện kinh tế – xã hội có ảnh hưởng mạnh đến hành vi tuân thủ [1, 3, 5]. Những người có trình độ học vấn thấp thường gặp khó khăn trong việc tiếp cận thông tin y tế, hiểu phác đồ điều trị và tuân thủ hướng dẫn. Ngoài ra, các yếu tố như chi phí điều trị, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và sự phức tạp của phác đồ cũng là những rào cản quan trọng đối với tuân thủ điều trị.

Một kết quả đáng chú ý là người bệnh không có biến chứng có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 7,86 lần so với nhóm có biến chứng. Điều này có thể được giải thích bởi nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh. Người có biến chứng thường có ý thức cao hơn về nguy cơ sức khỏe và do đó tuân thủ điều trị tốt hơn. Ngược lại, những người chưa có biến chứng có thể chủ quan, không nhận thấy sự cần thiết của việc điều trị liên tục. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy người bệnh có thời gian mắc bệnh dài hoặc có biến chứng thường tuân thủ tốt hơn [2, 12].

Nghiên cứu cũng cho thấy yếu tố xã hội đóng vai trò quan trọng trong tuân thủ điều trị. Người sống một mình có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 6 lần, trong khi người không được gia đình nhắc nhở có nguy cơ cao gấp 3,5 lần. Điều này phù hợp với các bằng chứng cho thấy sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng giúp cải thiện hành vi tuân thủ [4, 13]. Sự nhắc nhở, hỗ trợ tinh thần và giám sát từ người thân giúp người bệnh duy trì thói quen uống thuốc, đặc biệt ở người cao tuổi hoặc người có nhiều bệnh đồng mắc.

4.3. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế như thiết kế cắt ngang không xác định được quan hệ nhân quả và sử dụng thang đo tự báo cáo có thể gây sai lệch thông tin. Tóm lại, mặc dù tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu tương đối cao, vẫn tồn tại nhiều yếu tố ảnh hưởng có thể can thiệp được. Việc cải thiện các yếu tố này sẽ góp phần nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp và giảm gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú trong nghiên cứu đạt 83,9%; các yếu tố liên quan có ý nghĩa với không tuân thủ điều trị gồm trình độ học vấn thấp, không có biến chứng, kiến thức chưa đạt, sống một mình và không được gia đình nhắc nhở. Do đó, cần tăng cường giáo dục sức khỏe phù hợp với từng nhóm đối tượng, đồng thời phát huy vai trò hỗ trợ và nhắc nhở của gia đình nhằm cải thiện tuân thủ điều trị và nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Leslie Montealegre, Eulalia Amador, T. Pulido và các cộng sự. (2022), "MAIN FACTORS THAT DETERMINE ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS. SYSTEMATIC REVIEW", Journal of Hypertension, 40.

[2] G. Parati, S. Kjeldsen, A. Coca và các cộng sự. (2021), "Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis", Hypertension.

[3] Ahmed Hossain, G. Ahsan, Mohammad Zakir Hossain và các cộng sự. (2025), "Medication adherence and blood pressure control in treated hypertensive patients: first follow-up findings from the PREDICT-HTN study in Northern Bangladesh", BMC Public Health, 25.

[4] Thi-Phuong-Lan Nguyen, C. Schuiling-Veninga, Thi Bach và các cộng sự. (2017), "Adherence to hypertension medication: Quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community", PLoS ONE, 12.

[5] Muhammad Arshed, Mehwish Kiran, Muhammad Farooq Umer và các cộng sự. (2025), "Prevalence and associated factors of adherence to antihypertensive medication: a nationwide cross-sectional study", BMC Public Health, 25.

[6] A. Sharif, Syed Sharaf Ahmed Chowdhury, Md Zakir Hossain và các cộng sự. (2025), "Prevalence and determinants of medication adherence among hypertensive patients: An institution-based cross-sectional study", PLOS One, 20.

[7] A. Bhagavathula, S. Shah và E. Aburawi (2021), "Medication Adherence and Treatment-Resistant Hypertension in Newly Treated Hypertensive Patients in the United Arab Emirates", Journal of Clinical Medicine, 10.

[8] I. Hamdidouche, V. Jullien, P. Boutouyrie và các cộng sự. (2017), "Routine urinary detection of antihypertensive drugs for systematic evaluation of adherence to treatment in hypertensive patients", Journal of Hypertension, 35, tr. 1891.

[9] E. Berra, M. Azizi, A. Capron và các cộng sự. (2016), "Evaluation of Adherence Should Become an Integral Part of Assessment of Patients With Apparently Treatment-Resistant Hypertension", Hypertension, 68, tr. 297.

[10] Zhenzhen Xie, Kaifeng Liu, C. Or và các cộng sự. (2020), "An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension", BMC Public Health, 20.

[11] Kumi Sagara, Kenichi Goto, M. Maeda và các cộng sự. (2024), "Medication adherence and associated factors in newly diagnosed hypertensive patients in Japan: the LIFE study", Journal of Hypertension, 42, tr. 718-726.

[12] Sunita Sharma, C. Sharma, Suraj Sharma và các cộng sự. (2024), "Adherence to antihypertensive medication and its associated factors among patients with hypertension attending a tertiary hospital in Kathmandu, Nepal", PLOS ONE, 19.

[13] Macquart De Terline, A. Kane, K. Kramoh và các cộng sự. (2019), "Factors associated with poor adherence to medication among hypertensive patients in twelve low and middle income Sub-Saharan countries", PLoS ONE, 14.