SELF-REPORTED MEDICATION ADHERENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT TAM NONG REGIONAL HEALTH CENTER

Dang Thi Bich Thao[1], Le Thanh Khanh Van[2], Pham Dinh Nguyen[3*]

[1]*Tam Nong Regional Medical Center - Nguyen Trai Street, Tram Chim Town, Dong Thap Province, Vietnam*
[2]*Cho Ray Hospital - 201B Nguyen Chi Thanh Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City Vietnam*
[3]*Children's Hospital 1 - 341 Su Van Hanh Street, Vuon Lai Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 01/06/2026
Revised: 21/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus requires long-term outpatient management. Medication adherence is important for treatment effectiveness, but self-reported measures may be affected by recall bias, social desirability bias, and ceiling effects.

Objective: To describe self-reported medication-adherence scores and explore factors associated with the maximum self-reported E1–E7 score among outpatients with type 2 diabetes.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted among 178 outpatients with type 2 diabetes recruited by convenience sampling at Tam Nong Regional Health Center, Dong Thap Province, in 2026. Medication-taking behavior was assessed using the 7-item self-reported E1–E7 questionnaire developed by the research team with reference to the Medication Compliance Questionnaire; it was not a translated and validated Vietnamese version of the MCQ. Scores ranged from 7 to 28. Scores ≥ 27 and 28/28 were treated as descriptive questionnaire thresholds, not validated clinical adherence categories.

Results: The mean age was 59.8 ± 10.7 years; women accounted for 71.9%. The mean E1–E7 score was 27.49 ± 1.15, and the median was 28 (IQR, 27–28). Overall, 92.1% scored ≥27 and 71.3% scored 28/28, indicating a marked ceiling effect. In a limited exploratory logistic model, age and family history of diabetes were associated with the maximum self-reported score; these estimates were not adjusted for several clinical confounders and have no predictive interpretation.

Conclusion: E1–E7 questionnaire scores were concentrated at the upper limit, with a marked ceiling effect and limited discrimination. Findings should be interpreted as preliminary descriptive and exploratory evidence.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, medication-taking behavior, self-report, E1–E7 questionnaire, exploratory analysis.

*Corresponding author
Email: nguyenpd@nhidong.org.vn **Phone:** (+84) 908681979 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6763

TUÂN THỦ DÙNG THUỐC TỰ BÁO CÁO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC TAM NÔNG

Đặng Thị Bích Thảo[1], Lê Thành Khánh Vân[2], Phạm Đình Nguyên[3*]

[1]*Trung tâm y tế Khu vực Tam Nông - Đường Nguyễn Trãi, Xã Tràm Chim, Đồng Tháp, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Chợ Rẫy - 201B Nguyễn Chí Thanh, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam*
[3]*Bệnh viện Nhi đồng 1 - 341 Sư Vạn Hạnh, P. Vườn Lài, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam*

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 21/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường típ 2 cần được quản lý lâu dài tại tuyến y tế cơ sở. Tuân thủ dùng thuốc là thành phần quan trọng của điều trị, nhưng các công cụ tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại, sai lệch xã hội mong muốn và hiệu ứng trần.

Mục tiêu: Mô tả điểm hành vi dùng thuốc tự báo cáo và phân tích thăm dò một số yếu tố liên quan với điểm tối đa tự báo cáo theo bộ câu hỏi E1–E7 ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp năm 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 178 người bệnh đái tháo đường típ 2 được chọn mẫu thuận tiện. Hành vi dùng thuốc tự báo cáo được ghi nhận bằng bộ 7 câu hỏi E1–E7 do nhóm nghiên cứu xây dựng trên cơ sở tham khảo nội dung của Medication Compliance Questionnaire. Bộ câu hỏi không phải là phiên bản MCQ đã được dịch và xác thực tại Việt Nam. Mỗi câu chấm 1–4 điểm; tổng điểm 7–28. Các ngưỡng ≥27 và 28/28 chỉ được dùng để mô tả phân bố điểm.

Kết quả: Tuổi trung bình là 59,8 ± 10,7 tuổi; nữ chiếm 71,9%. Điểm trung bình E1–E7 là 27,49 ± 1,15; trung vị 28 điểm, khoảng tứ phân vị 27–28. Có 92,1% đạt ≥27 điểm và 71,3% đạt 28/28 điểm, cho thấy hiệu ứng trần rõ. Trong mô hình logistic thăm dò giới hạn, tuổi và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường liên quan với điểm tối đa tự báo cáo. Các ước lượng chưa được điều chỉnh cho nhiều yếu tố lâm sàng và không có ý nghĩa dự báo.

Kết luận: Điểm E1–E7 tập trung ở giới hạn trên, thể hiện hiệu ứng trần rõ và khả năng phân biệt hạn chế. Các phát hiện chỉ nên xem là bằng chứng mô tả và thăm dò ban đầu.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, hành vi dùng thuốc, tự báo cáo, bộ câu hỏi E1–E7, phân tích thăm dò.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là bệnh không lây nhiễm phổ biến, đòi hỏi điều trị và theo dõi lâu dài. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, năm 2025 có khoảng 589 triệu người trưởng thành từ 20–79 tuổi mắc đái tháo đường trên toàn cầu [1]. Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh đái tháo đường có thể gây tổn thương tim, mắt, thận, thần kinh và làm tăng nguy cơ biến chứng mạn tính nếu không được quản lý hiệu quả [2].

Quản lý đái tháo đường típ 2 cần phối hợp điều trị thuốc, dinh dưỡng, hoạt động thể lực, kiểm soát yếu tố nguy cơ và giáo dục tự quản lý bệnh [3–6]. Trong đó, tuân thủ dùng thuốc là một thành phần quan trọng nhưng khó đo lường chính xác trong thực hành thường quy. Phương pháp tự báo cáo đơn giản và phù hợp với tuyến cơ sở, song dễ chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại, xu hướng trả lời xã hội mong muốn và hiệu ứng trần.

Tại Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp, người bệnh đái tháo đường típ 2 chủ yếu được quản lý ngoại trú. Nghiên cứu này nhằm mô tả điểm hành vi dùng thuốc tự báo cáo và phân tích thăm dò một số yếu tố liên quan với điểm tối đa tự báo cáo theo bộ câu hỏi E1–E7. Do thiết kế cắt ngang và bộ câu hỏi tự báo cáo chưa được thẩm định đầy đủ, nghiên cứu không nhằm xây dựng công cụ dự báo hoặc phân tầng nguy cơ lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế, địa điểm và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, thực hiện tại Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp, năm 2026. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đái tháo đường típ 2 đang điều trị ngoại trú.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm:* Được chẩn đoán đái tháo đường típ 2; đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm; có khả năng trả lời phỏng vấn; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không đưa vào nghiên cứu người bệnh không đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, không đồng ý tham gia hoặc không hoàn thành thông tin cần thiết để đánh giá tuân thủ dùng thuốc.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Người bệnh được tuyển theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện trong số người bệnh đái tháo đường típ 2 đến khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông từ ngày 06/5/2026 đến ngày 06/6/2026 và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng cộng có 180 người được thu nhận; 2 trường hợp không có đủ dữ liệu để tính tổng điểm E1–E7 và phân tích các biến nghiên cứu nên được loại khỏi phân tích. Phân tích cuối cùng bao gồm 178 người bệnh. Vì nghiên cứu không tính cỡ mẫu trước, kết quả cần được diễn giải như một nghiên cứu mô tả cắt ngang mang tính thăm dò.

2.3. Công cụ và biến số nghiên cứu

Bộ câu hỏi E1–E7 được nhóm nghiên cứu xây dựng nhằm ghi nhận hành vi dùng thuốc tự báo cáo của người bệnh, trên cơ sở tham khảo các nội dung của Medication Compliance Questionnaire (MCQ). Bộ câu hỏi này không phải là phiên

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenpd@nhidong.org.vn **Điện thoại:** (+84) 908681979 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6763

bản MCQ đã được dịch và xác thực tại Việt Nam. Các tổng quan về công cụ tự báo cáo ở người bệnh đái tháo đường ghi nhận MCQ là một công cụ được sử dụng để đánh giá tuân thủ thuốc, nhưng chưa có công cụ tự báo cáo nào phù hợp tối ưu cho mọi bối cảnh [7]. Nghiên cứu thích nghi MCQ tại Indonesia cũng nhấn mạnh nhu cầu thích nghi văn hóa và đánh giá tâm trắc trước khi áp dụng rộng rãi [8].

Bộ E1–E7 được hỏi theo hướng: "Trong thời gian dùng thuốc điều trị đái tháo đường gần đây, ông/bà có gặp tình huống sau không?". Nghiên cứu không quy định khung thời gian hồi cứu cụ thể, nên người bệnh có thể dựa trên những khoảng thời gian khác nhau khi trả lời, từ đó tạo ra sai số nhớ lại và sai số phân loại. Mỗi câu được chấm từ 1 đến 4 điểm, trong đó điểm cao hơn phản ánh hành vi dùng thuốc tự báo cáo thuận lợi hơn. Không có câu đảo chiều sau khi mã hóa.

Bảng 1. Bộ câu hỏi E1–E7 và cách chấm điểm tuân thủ dùng thuốc tự báo cáo

Mã	Nội dung hành vi đánh giá	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm
E1	Quên dùng thuốc	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E2	Tự ý ngưng thuốc	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E3	Bỏ thuốc khi cảm thấy khỏe hơn	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E4	Dùng thuốc không đúng liều/hướng dẫn	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E5	Ngưng thuốc do khó chịu/tác dụng không mong muốn	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E6	Không mang thuốc khi đi xa	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ
E7	Không dùng thuốc do hết thuốc	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không bao giờ

Tổng điểm dao động từ 7 đến 28; điểm cao hơn phản ánh hành vi dùng thuốc tự báo cáo thuận lợi hơn. Tổng điểm ≥27 và điểm tối đa 28/28 được sử dụng như các ngưỡng mô tả của bộ câu hỏi E1–E7; các ngưỡng này chưa được thẩm định để phân loại mức tuân thủ hoặc dự báo kết cục lâm sàng.

Biến độc lập gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian phát hiện bệnh, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, bệnh kèm theo và một số hành vi hoặc hỗ trợ điều trị. HbA1c được ghi nhận trong bộ dữ liệu nghiên cứu dưới dạng biến phân loại bình thường hoặc tăng theo tiêu chuẩn áp dụng tại cơ sở nghiên cứu; dữ liệu không có giá trị HbA1c liên tục hoặc thông tin về thời điểm xét nghiệm. Biến "ăn uống hợp lý" chỉ trình bày mô tả, không đưa vào phân tích liên quan do phân bố quá lệch.

2.4. Phân tích số liệu

Thống kê mô tả được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị. Với kết cục ≥27 điểm, do chỉ có 14 người dưới ngưỡng và nhiều ô có tần số kỳ vọng nhỏ, Fisher exact test được ưu tiên. Trình độ học vấn được gộp thành cấp 1 so với cấp 2 trở lên để ước tính OR thô và khoảng tin cậy chính xác 95%. Giá trị p hai phía <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

Hồi quy logistic đa biến mang tính thăm dò với kết cục điểm tối đa 28/28 chỉ gồm tuổi và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Kết quả được trình bày bằng OR hiệu chỉnh (aOR), KTC 95% và giá trị p. Mô hình không nhằm dự báo lâm sàng và không kiểm soát đầy đủ nhiễu do dữ liệu chỉ có HbA1c phân loại, không có giá trị HbA1c liên tục hoặc thời điểm xét nghiệm, phác đồ thuốc, số thuốc hoặc số viên mỗi ngày, tác dụng không mong muốn và dữ liệu cấp phát thuốc.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Đại học Trà Vinh, theo Giấy chứng nhận số 184/GCN.ĐC-HĐĐĐ, ngày 05/5/2026. Người bệnh được cung cấp thông tin về mục tiêu nghiên cứu, quyền tự nguyện tham gia hoặc từ chối tham gia; việc từ chối không ảnh hưởng đến quá trình khám chữa bệnh. Dữ liệu cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu phân tích 178 người bệnh. Tuổi trung bình là 59,8 ± 10,7 tuổi; tuổi trung vị 61 tuổi. Nữ giới chiếm 71,9%. Trình độ học vấn chủ yếu là cấp 1, chiếm 73,6%. Phần lớn người bệnh sống cùng người thân.

Bảng 2. Đặc điểm dân số – xã hội học

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Giới tính	Nam	50	28,1
	Nữ	128	71,9
Học vấn	Cấp 1	131	73,6
	Cấp 2	32	18,0
	Cấp 3 trở lên	15	8,4
Sống cùng	Một mình	3	1,7
	Người thân	175	98,3

3.2. Đặc điểm bệnh lý và hỗ trợ điều trị

Có 48,3% người bệnh có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường. Tỷ lệ có bệnh kèm theo là 92,7%. Biến chứng đái tháo đường được ghi nhận ở 5,6% số người có dữ liệu hợp lệ. Có 18,0% người bệnh có hỗ trợ dùng thuốc.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh lý và hỗ trợ điều trị

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%	n hợp lệ
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	86	48,3	178
	Không	92	51,7	178
Bệnh kèm theo	Có	165	92,7	178
	Không	13	7,3	178
Biến chứng ĐTĐ	Có	10	5,6	177
	Không	167	94,4	177
Hỗ trợ dùng thuốc	Có	32	18,0	178
	Không	146	82,0	178

3.3. Điểm hành vi dùng thuốc tự báo cáo

Điểm trung bình E1–E7 là 27,49 ± 1,15; trung vị 28 điểm, khoảng tứ phân vị 27–28. Có 164/178 người (92,1%) đạt ≥27 điểm và 127/178 người (71,3%) đạt điểm tối đa 28/28, cho thấy phân bố tập trung mạnh ở giới hạn trên.

Bảng 4. Phân bố điểm của bộ câu hỏi E1–E7

Chỉ số	n	%
Đạt ≥27 điểm	164	92,1
Dưới 27 điểm	14	7,9
Đạt điểm tối đa 28/28	127	71,3
Chưa đạt 28/28	51	28,7

Với kết cục ≥27 điểm, nhóm dưới ngưỡng chỉ có 14 người. Sau khi gộp trình độ học vấn thành cấp 1 và cấp 2 trở lên, Fisher exact test không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê: OR thô = 3,08; KTC 95% chính xác: 0,86–10,98; p = 0,055. Ước lượng rộng cho thấy kết quả không ổn định và chỉ có giá trị thăm dò; không nên diễn giải dựa riêng vào giá trị p.

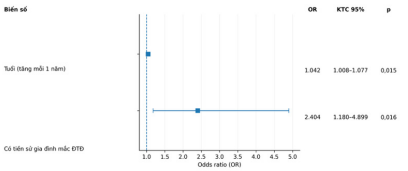
3.4. Phân tích thăm dò yếu tố liên quan đến đạt 28/28 điểm

Với kết cục điểm tối đa tự báo cáo E1–E7, hồi quy logistic đa biến thăm dò giới hạn ghi nhận mối liên quan với tuổi và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường.

Bảng 5. Hồi quy logistic đa biến thăm dò với kết cục đạt điểm tối đa (28/28) của bộ câu hỏi E1–E7

Biến số	aOR	KTC 95%	p
Tuổi, mỗi năm tăng	1,042	1,008–1,077	0,015
Tiền sử gia đình ĐTĐ: có so với không	2,404	1,180–4,899	0,016

aOR: adjusted odds ratio (tỷ số odds hiệu chỉnh); KTC 95%: khoảng tin cậy 95%.



Hình 1. Forest plot của mô hình hồi quy logistic đa biến thăm dò đối với kết cục đạt điểm tối đa (28/28) của bộ câu hỏi E1–E7.

Trong mô hình logistic đa biến thăm dò, tuổi liên quan với điểm tối đa tự báo cáo, aOR = 1,042 cho mỗi năm; KTC 95%: 1,008–1,077; p = 0,015. Tiền sử gia đình mắc đái tháo đường cũng liên quan với điểm tối đa tự báo cáo, aOR = 2,404; KTC 95%: 1,180–4,899; p = 0,016. Do hiệu ứng trần mạnh và chưa điều chỉnh đầy đủ các yếu tố lâm sàng quan trọng, các kết quả chỉ phản ánh mối liên quan thăm dò, không có ý nghĩa dự báo hoặc quan hệ nhân quả.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 92,1% người bệnh đạt ≥27 điểm và trung vị bằng mức tối đa 28 điểm. Các số liệu này mô tả phân bố điểm E1–E7, không phải tỷ lệ tuân thủ đã được xác thực. Phỏng vấn tại cơ sở điều trị có thể làm tăng câu trả lời xã hội mong muốn. Đồng thời, chọn mẫu thuận tiện tại một trung tâm tuyến huyện có thể tuyển nhiều người tái khám đều, dễ hợp tác và có hành vi dùng thuốc thuận lợi hơn, từ đó làm tăng điểm tự báo cáo. Nghiên cứu chỉ thực hiện tại một cơ sở y tế tuyến huyện nên khả năng khái quát kết quả cho quần thể người bệnh đái tháo đường tại các tuyến điều trị khác còn hạn chế.

Hiệu ứng trần đặc biệt rõ khi 71,3% người bệnh đạt 28/28 và trung vị bằng điểm tối đa. Sự tập trung này làm giảm khả năng phân biệt của bộ câu hỏi E1–E7; nhóm 28/28 chỉ được hiểu là nhóm đạt điểm tối đa tự báo cáo, không phải nhóm tuân thủ đã được xác thực. Khi hơn 70% người bệnh đạt điểm tối đa, khả năng phân biệt giữa những người có mức hành vi dùng thuốc khác nhau giảm đáng kể. Điều này có thể làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan thực sự giữa các yếu tố nghiên cứu và hành vi dùng thuốc do biến kết cục thiếu tính phân tán.

Tuổi và tiền sử gia đình mắc đái tháo đường liên quan với điểm tối đa tự báo cáo trong mô hình thăm dò giới hạn. Tuy nhiên, mô hình chỉ gồm hai biến và không kiểm soát đầy đủ nhiều do thiếu giá trị HbA1c liên tục và thông tin về thời điểm xét nghiệm, phác đồ thuốc, số thuốc hoặc số viên mỗi ngày, tác dụng không mong muốn và dữ liệu cấp phát thuốc. Mặc dù nghiên cứu có thu thập HbA1c dưới dạng phân loại, việc không có giá trị HbA1c định lượng cũng như thiếu thông tin về thời điểm xét nghiệm khiến nghiên cứu chưa thể đánh giá đầy đủ mối liên quan giữa mức độ kiểm soát đường huyết và điểm số tự báo cáo. Do hiệu ứng trần của bộ câu hỏi và chưa kiểm soát đầy đủ các yếu tố lâm sàng quan trọng, các mối liên quan quan sát được chỉ nên xem là kết quả thăm dò, không được diễn giải theo hướng dự báo hoặc quan hệ nhân quả.

Nghiên cứu có các hạn chế: chọn mẫu thuận tiện tại một trung tâm làm giảm tính đại diện và có thể đánh giá cao điểm tự báo cáo; E1–E7 chưa được đánh giá độ tin cậy, thẩm định nội dung hoặc xác thực độc lập tại Việt Nam; không quy định khung thời gian hồi cứu, nên người bệnh có thể dựa trên những khoảng thời gian khác nhau khi trả lời, tạo ra sai số nhớ lại và sai số phân loại; hiệu ứng trần làm giảm khả năng phân biệt; nhóm dưới 27 điểm nhỏ làm ước lượng không ổn định; HbA1c chỉ được thu thập dạng phân loại, không có giá trị định lượng và thời điểm xét nghiệm; thiếu phác đồ thuốc, số thuốc hoặc số viên mỗi ngày, tác dụng không mong muốn và dữ liệu cấp phát thuốc. Vì vậy, kết quả chỉ nên xem là mô tả và thăm dò.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 178 người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông ghi nhận điểm E1–E7 tập trung ở giới hạn trên, với hiệu ứng trần rõ và khả năng phân biệt hạn chế. Tuổi và tiền sử gia đình có liên quan với việc đạt điểm tối đa tự báo cáo của bộ câu hỏi E1–E7 trong mô hình hồi quy logistic thăm dò. Những kết quả này cần được xác nhận bằng các nghiên cứu đa trung tâm sử dụng công cụ đo lường đã được thẩm định và có bổ sung các chỉ số lâm sàng khách quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] International Diabetes Federation. (2025). IDF Diabetes Atlas (11th ed.). International Diabetes Federation. https://diabetesatlas.org/

[2] World Health Organization. (2024). Diabetes. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

[3] Bộ Y tế. (2020). Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2". https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-5481-QD-BYT-2020-tai-lieu-chuyen-mon-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2-460925.aspx

[4] American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024). Introduction and methodology: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care, 47(Supplement 1), S1–S4. https://doi.org/10.2337/dc24-SINT

[5] Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., Gabbay, R. A., Green, J., Maruthur, N. M., Rosas, S. E., Del Prato, S., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tankova, T., Tsapas, A., & Buse, J. B. (2022). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022: A consensus report by the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care, 45(11), 2753–2786. https://doi.org/10.2337/dci22-0034

[6] Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., Funnell, M. M., Harms, D., Hess-Fischl, A., Hooks, B., Isaacs, D., Mandel, E. D., Maryniuk, M. D., Norton, A., Rinker, J., Siminerio, L. M., & Uelmen, S. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. Diabetes Care, 43(7), 1636–1649. https://doi.org/10.2337/dci20-0023

[7] Wibowo, M. I. N. A., Toh, M. P. H. S., & Lee, J. Y.-C. (2021). A systematic review on self-reported questionnaires to assess medication adherence in diabetic patients. Malaysian Journal of Public Health Medicine, 21(2), 359–373. https://mjphm.org/index.php/mjphm/article/view/1048

[8] Wibowo, M. I. N. A., Safitri, A. Y., & Setiawan, D. (2025). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the Medication Compliance Questionnaire (MCQ) for type 2 diabetes mellitus patients in Indonesia. Makara Journal of Health Research, 29(1), 33–42. https://doi.org/10.7454/msk.v29i1.1773