

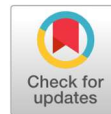


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):196-203

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.24>



Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số khoa lâm sàng của bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

Lương Thị Ngọc Trâm¹, Lê Hồng Phước^{1,*}

¹Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tuân thủ điều trị bao gồm cả dùng thuốc và không dùng thuốc đóng vai then chốt trong kiểm soát huyết áp và phòng ngừa biến chứng tim mạch ở người bệnh tăng huyết áp.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị nội trú tại 3 Khoa (Nội tiết, Thần kinh, Tim mạch) ở Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 250 bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại bệnh viện từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn nhằm thu thập thông tin về đặc điểm nhân khẩu học - xã hội, chỉ số nhân trắc, việc tuân thủ điều trị. Tuân thủ điều trị dùng thuốc được đánh giá bằng thang đo Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Tỷ số hiện mắc (PR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc là 71,2%, trong mức độ tuân thủ cao, trung bình và thấp lần lượt là 24,4%, 46,8% và 28,8%. Người bệnh có thời gian điều trị trên 5 năm có khả năng tuân thủ thấp hơn so với nhóm dưới 2 năm (PR=0,77; KTC:95% 0,64 - 0,94, p=0,010). Người bệnh có bệnh đái tháo đường kèm theo cũng có tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp hơn (PR=0,74, KTC95%: 0,59-0,94, p=0,036). Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc chỉ đạt 12,8%. Trong đó, 46,0% người bệnh có tập thể dục, 42,8% còn ăn mặn, 24,8% sử dụng rượu bia và 24% người bệnh có hút thuốc lá. Chỉ 55,2% người bệnh thực hiện theo dõi huyết áp mỗi ngày.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp, đặc biệt là tuân thủ không dùng thuốc, còn thấp. Cần triển khai các biện pháp can thiệp toàn diện, bền vững và lấy người bệnh làm trung tâm nhằm cải thiện tuân thủ và nâng cao hiệu quả kiểm soát huyết áp.

Từ khóa: tăng huyết áp; tuân thủ điều trị dùng thuốc; tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Ngày nhận bài: 09-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 11-05-2026 / Ngày đăng bài: 18-05-2026

*Tác giả liên hệ: Lê Hồng Phước. Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: lehongphuc@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HOSPITALIZED PATIENTS IN SELECTED CLINICAL DEPARTMENTS AT TIEN GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Luong Thi Ngoc Tram, Le Hong Phuoc

Background: Adherence to hypertension treatment, including both medication use and lifestyle modification, is fundamental to blood pressure control and the prevention of cardiovascular complications.

Objectives: To determine the prevalence of adherence to medication and non-medication treatment and to examine associated factors among hypertensive inpatients at 3 Departments (Endocrinology, Neurology, Cardiology) at Tien Giang Provincial General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted between January and June 2024 among 250 hypertensive inpatients. Sociodemographic characteristics, anthropometric measures, and adherence behaviors were collected through face-to-face interviews using a structured questionnaire. Medication adherence was evaluated using the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Associations were estimated using prevalence ratios (PRs) with 95% confidence intervals (CIs).

Results: Overall, 71.2% of patients were adherent to medication, including 24.4% with high adherence, 46.8% with moderate adherence, and 28.8% with low adherence. Patients treated for more than five years were less likely to adhere than those treated for less than two years (PR = 0.77; 95% CI: 0.64–0.94; p = 0.010). Comorbid diabetes mellitus was also associated with lower adherence (PR = 0.74; 95% CI: 0.59–0.94; p = 0.036). Adherence to non-pharmacological recommendations was 12.8%. Regular physical activity was reported by 46.0% of patients, whereas 42.8% continued consuming a high-salt diet, 24.8% used alcohol, and 24.0% smoked. Daily blood pressure monitoring was performed by 55.2% of participants.

Conclusions: Adherence to hypertension management, particularly lifestyle-related measures, remains limited in this inpatient population. Strengthened and sustained interventions may help improve adherence and support better blood pressure control.

Keywords: hypertension; medication adherence; lifestyle adherence

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) hiện là một trong những gánh nặng y tế toàn cầu hàng đầu với hơn 1,28 tỷ người mắc trên toàn thế giới, là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng tim mạch và tử vong sớm. Việc tuân thủ điều trị, bao gồm cả sử dụng thuốc và điều chỉnh lối sống không dùng thuốc, đóng vai trò quyết định trong việc kiểm soát chỉ số huyết áp, từ đó giúp giảm đáng kể nguy cơ đột quỵ, nhồi máu cơ tim và các tổn thương cơ quan đích [1].

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc THA đang gia tăng nhanh chóng

và có xu hướng trẻ hóa, đặt ra thách thức lớn cho hệ thống y tế công cộng. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, thực trạng tuân thủ phác đồ của bệnh nhân vẫn còn nhiều hạn chế và không đồng nhất giữa các địa phương; một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ cao đạt 72,6% nhưng cũng có nơi tỷ lệ tuân thủ kém chiếm đến hơn 35,25% [2,3]. Đặc biệt, sự hiểu biết của bệnh nhân về tình trạng bệnh và thuốc đóng vai trò quan trọng, vì kiến thức tăng lên có liên quan trực tiếp đến tỷ lệ tuân thủ được cải thiện [4]. Việc tuân thủ các biện pháp không dùng thuốc ở bệnh nhân THA nội trú thường gặp nhiều thách thức, dẫn đến tỷ lệ kiểm soát huyết áp thấp và gia tăng gánh nặng cho hệ thống y tế [4].

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc và khảo sát các yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ. Từ đó làm cơ sở khoa học để đề xuất các chiến lược can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng quản lý bệnh nhân tại bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết, khoa Thần kinh và khoa Tim mạch bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, đang điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp lần đầu hoặc khởi trị tăng huyết áp, hoặc phụ nữ mang thai hoặc không có khả năng nói chuyện hoặc có biến chứng nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được ước lượng dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ với xác suất sai lầm loại 1 là $\alpha=0,05$ ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$), $d=0,05$, và $p=0,807$ là tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp có dùng thuốc ở bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai năm 2022 theo tác giả Nguyễn Khánh Huyền [4]. Cỡ mẫu tối thiểu ước lượng được là 240 bệnh nhân. Đối với mục tiêu về tuân thủ điều trị không dùng thuốc, dựa trên tỷ lệ tuân thủ lối sống $p=0,33$ cũng từ nghiên cứu này và chấp nhận sai số $d=0,06$, số lượng đối tượng cần thiết là 235 người [4]. Để đảm bảo giá trị thống kê cho cả hai mục tiêu, nghiên cứu đã tiến hành thu thập số liệu thực tế trên 250 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Điều tra viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn sau khi người bệnh được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Để hạn chế tối đa sai lầm nhớ lại, điều tra viên đã áp dụng các kỹ thuật phỏng vấn chuyên sâu, tập trung vào các mốc thời gian gần như hành vi uống thuốc trong 2 tuần qua hoặc ngày hôm qua. Đồng thời, mọi thông tin về chẩn đoán, thời gian mắc bệnh và đơn thuốc đều được đối chiếu trực tiếp với hồ sơ bệnh án để đảm bảo tính xác thực của dữ liệu. Các dữ liệu thu thập có 3 phần gồm (1) đặc điểm kinh tế xã hội, chiều cao, cân nặng và tiền sử bệnh, (2) tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc, và (3) tuân thủ điều trị không dùng thuốc.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu

Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân được đánh giá thông qua bộ câu hỏi lượng giá hành vi sử dụng thuốc [5], bao gồm các biến số: đã từng quên uống thuốc, quên uống thuốc trong 2 tuần vừa qua, ngưng thuốc không thông qua bác sĩ, quên mang thuốc khi đi xa nhiều ngày, uống thuốc ngày hôm qua, ngưng thuốc khi huyết áp được kiểm soát, cảm giác bất tiện khi phải uống thuốc hằng ngày và mức độ khó khăn khi nhớ tất cả các thuốc phải uống. Người bệnh được xác định là tuân thủ điều trị dùng thuốc khi điểm MMAS từ 6 điểm trở lên. Bên cạnh đó, mức độ tuân thủ được phân loại dựa trên điểm MMAS gồm ba mức độ: tuân thủ thấp (<6 điểm), tuân thủ trung bình (6 đến <8 điểm) và tuân thủ cao (8 điểm).

Các biến số về tuân thủ điều trị không dùng thuốc được thu thập bao gồm hành vi hút thuốc lá, uống rượu/bia, ăn mặn, tập thể dục và theo dõi huyết áp thường xuyên. Trong đó, các biến số được định nghĩa cụ thể như sau: (1) Không hút thuốc lá: người bệnh hiện không hút thuốc hoặc đã bỏ thuốc trên 6 tháng; (2) Không uống rượu/bia: không sử dụng rượu, bia trong vòng 30 ngày qua; (3) Không ăn mặn: Bệnh nhân thực hiện các điều chỉnh bao gồm giảm ăn mặn, hạn chế mỡ động vật/chất béo và ăn nhiều rau xanh, trái cây; (4) Có tập thể dục: Bệnh nhân thực hiện các hoạt động thể chất ít nhất 30 phút mỗi ngày; (5) Có theo dõi huyết áp mỗi ngày: bệnh nhân tự đo hoặc nhờ người đo huyết áp tại nhà ít nhất 01 lần/ngày. Bệnh nhân được đánh giá là Có tuân thủ điều trị không dùng thuốc khi thực hiện đúng tất cả 05 nội dung nêu trên. Ngược

lại, bệnh nhân được tính là Không tuân thủ khi không đạt ít nhất một trong năm nội dung đó.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0.

Thống kê mô tả được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến tuổi; tần số và tỷ lệ đối với các biến số nền và các biến số tuân thủ điều trị.

Thống kê phân tích sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher để xác định mối liên quan giữa tuân thủ điều trị (dùng thuốc và không dùng thuốc) với các đặc điểm nhân khẩu – xã hội và lâm sàng. Tỷ số hiện mắc (PR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) được tính trực tiếp từ bảng 2x2 để lượng hóa mức độ mối liên quan.

Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm người tham gia (n = 250)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	108	43,2
Nữ	142	56,8
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	14	5,6
Đã kết hôn	161	64,4
Ly thân	8	3,2
Ly dị	7	2,8
Góa chồng/vợ	60	24,0
Sống chung		
Cùng với gia đình	239	95,6
Một mình	10	4,0
Khác ^a	1	0,4
Thu nhập bình quân		
Nghèo	120	48,0
Cận nghèo	21	8,4
Trung bình	39	15,6
Trên trung bình	70	28,0
Thời gian điều trị bệnh		
< 2 năm	58	23,2
2-5 năm	83	33,2
> 5 năm	109	43,6

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh kèm theo		
Có	224	89,6
Không	26	10,4
Các bệnh mãn tính kèm theo*		
Thiếu máu/nhồi máu cơ tim	86	34,4
Đái tháo đường	83	33,2
Tai biến mạch máu não	45	18,0
Bệnh thận	24	9,6
Có bệnh khác ^b	118	47,2
Tình trạng dinh dưỡng		
Nhẹ cân	20	8,0
Bình thường	108	43,2
Thừa cân	58	23,2
Béo phì	64	25,6

Khác^a: sống ở chùa; Bệnh khác^b: bao gồm Viêm phổi, COPD, đau dạ dày,
 Các bệnh mãn tính kèm theo*: Tổng tỷ lệ lớn hơn 100% do một bệnh nhân có thể mắc nhiều bệnh đồng mắc cùng lúc

Nghiên cứu được tiến hành trên 250 bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị nội trú, với 43,2% nam và 56,8% nữ. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ nhóm 60 tuổi trở lên (71,6%). Về trình độ học vấn, 52,8% có trình độ Tiểu học, cao hơn nhóm có trình độ Trung học phổ thông (13,6%) và Trung học phổ thông trở lên (2,4%). Đa số người đã kết hôn (64,4%) và hầu hết bệnh nhân sống cùng với người thân (95,6%). Tỷ lệ người bệnh có thu nhập nghèo và cận nghèo cao với lần lượt là 48% và 8%.

Bệnh nhân điều trị tăng huyết áp trên 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (43,6%), tiếp theo là từ 2-5 năm (33,2%) và dưới 2 năm (23,2%). Phần lớn người bệnh có các bệnh mãn tính khác kèm theo (chiếm 89,6%), trong đó thiếu máu/nhồi máu cơ tim chiếm tỉ lệ cao nhất (34,4%), tiếp theo là đái tháo đường (33,2%) và tai biến mạch máu não (18%).

Đặc điểm tuân thủ điều trị dùng thuốc theo thang đo Morisky được trình bày trong Bảng 2. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang năm 2024 là 71,2%. Trong đó, mức độ tuân thủ cao, trung bình và thấp lần lượt là 24,4%, 46,8% và 28,8%.

Về các nội dung tuân thủ điều trị dùng thuốc, hai nội dung người bệnh không tuân thủ nhiều nhất gồm quên thuốc khi đi xa nhà nhiều ngày (25,2%) và ngừng thuốc mà không thông qua bác sĩ (20,0%). Có 20,8% người bệnh thấy bất tiện thì phải uống thuốc mỗi ngày.

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc theo thang đo Morisky (n = 250)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Các nội dung tuân thủ điều trị dùng thuốc		
Từng quên uống thuốc	85	34,0
Quên uống thuốc trong 2 tuần qua	32	12,8
Ngừng uống không thông qua bác sĩ	50	20,0
Quên thuốc khi đi xa nhà nhiều ngày	63	25,2
Không uống đủ thuốc ngày hôm qua	21	8,4
Ngừng thuốc khi HA bình thường	39	15,6
Bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày	52	20,8
Khó khăn khi nhớ thuốc		
Không bao giờ	147	58,8
Hơn một lần	40	16,0
Thỉnh thoảng	42	16,8
Thường xuyên	19	7,6
Tất cả thời gian	2	0,8
Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc		
Không	72	28,8
Có	178	71,2

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ tuân thủ điều trị khi dùng thuốc		
Cao	61	24,4
Trung bình	117	46,8
Thấp	72	28,8

Các mối liên quan tới tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc được trình bày trong Bảng 3. Thời gian điều trị tăng huyết áp có liên quan tới tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp dùng thuốc ($p=0,010$). Cụ thể, người bệnh có thời gian điều trị trên 5 năm có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn so với người bệnh có thời gian điều trị dưới 2 năm ($PR=0,77$; KTC:95% 0,64 - 0,94). Những người có bệnh đái tháo đường kèm theo có tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc bằng 0,74 (KTC95%: 0,59-0,94, $p=0,036$) so với những bệnh nhân không mắc bệnh này.

Không có mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, sông chung, thu nhập bình quân, tình trạng dinh dưỡng với tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm người tham gia với tuân thủ điều trị dùng thuốc theo thang đo Morisky (n = 250)

Đặc điểm	Tuân thủ điều trị THA dùng thuốc		PR (KTC 95%)	Giá trị p (KTC 95%)
	Có (n=178)	Không (n= 72)		
Thời gian điều trị bệnh				
< 2 năm	49 (27,5)	9 (12,5)		1
2-5 năm	60 (33,7)	23 (31,9)	0,117	0,86 (0,72 – 1,04)
> 5 năm	71 (39,9)	38 (52,8)	0,010	0,77 (0,64 - 0,94)
Các bệnh kèm theo				
Có bệnh đái tháo đường	52 (29,2)	31 (43,1)	0,036	0,74 (0,59 – 0,94)
Có bệnh thận	19 (10,7)	5 (6,9)	0,616	0,94 (0,72 – 1,22)
Có bệnh TBMMN	31 (17,4)	14 (19,4)	0,142	0,81 (0,63 – 1,05)
Có bệnh thiếu máu/nhồi máu cơ tim	59 (33,1)	27 (37,5)	0,110	0,81 (0,65 – 1,00)
Có bệnh khác ^b	84 (47,2)	34 (47,2)	0,160	0,84 (0,69 – 1,03)

(a): Kiểm định chính xác Fisher; Khác^b: Viêm phổi, COPD, đau dạ dày,....

Bảng 4. Tuân thủ điều trị không dùng thuốc (n = 250)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá (có)	60	24,0
Uống rượu bia (có)	62	24,8
Ăn mặn (có)	107	42,8
Thay đổi chế độ ăn		
Giảm ăn mặn	240	96,0
Hạn chế mỡ động vật, chất béo	197	78,8
Ăn nhiều rau xanh, trái cây	169	67,7
Sử dụng thực phẩm chức năng	23	9,2
Tập thể dục (có)	115	46,0

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Theo dõi HA mỗi ngày (có)	138	55,2
Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc		
Có	32	12,8
Không	218	87,2

Bảng 4 trình bày về đặc điểm điều trị không dùng thuốc ở người bệnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc chiếm tỷ lệ thấp (12,8%). Trong đó, chỉ có 46,0% có tập thể dục, 42,8% còn ăn mặn, 24,8% có sử dụng rượu bia và có 24% người bệnh có hút thuốc lá. Việc thay đổi chế độ

ăn ở người bệnh còn khá thấp với cao nhất là giảm ăn mặn (96,0%), tiếp theo là hạn chế mỡ động vật, chất béo (78,8%) và ăn nhiều rau xanh, trái cây (67,7%). Chỉ có 55,2% người bệnh thực hiện theo dõi huyết áp mỗi ngày.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 250 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nam thấp hơn so với nữ (43,2% so với 56,8%). Kết quả trong nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Lê Thị Trinh năm 2021 trên bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang [6]. Độ tuổi bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu rất lớn (tuổi trung bình là $65,11 \pm 12,46$ tuổi), trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 71,6%. Đáng chú ý, trình độ học vấn thấp (bậc tiểu học chiếm 52,8%) có thể ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin y tế và hiểu biết về bệnh, từ đó trực tiếp tác động đến hành vi tuân thủ điều trị [1]. Phần lớn bệnh nhân sống cùng gia đình (95,6%), đây là yếu tố thuận lợi cho việc hỗ trợ chăm sóc và theo dõi điều trị bệnh mạn tính. Tuy nhiên, thu nhập bình quân thấp, chủ yếu dựa vào trợ cấp và hỗ trợ từ con cái (48%), có thể là một rào cản tài chính đối với việc duy trì thuốc men lâu dài. Về thời gian điều trị, nhóm trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (43,6%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thị Nhi thực hiện tại Long An với tỷ lệ trên 5 năm là 29,3% [7]. Sự khác biệt này có thể do bối cảnh nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh, nơi tập trung các ca bệnh mạn tính lâu năm và có biến chứng, trong khi nghiên cứu của Bùi Thị Nhi thực hiện tại tuyến xã với đối tượng quản lý cộng đồng rộng hơn nên tỷ lệ bệnh nhân mới điều trị chiếm ưu thế hơn. Đa số bệnh nhân trong quá trình điều trị nội trú đều có bệnh kèm theo (89,6%), chủ yếu là Thiếu máu/Nhồi máu cơ tim (24,16%) và Đái tháo đường (23,31%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Duy Thanh thực hiện tại Tiền Giang, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý đi kèm và sử dụng đa trị liệu chiếm tỷ lệ đáng kể, gây ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả kiểm soát huyết áp [8]. Việc mắc đa bệnh lý buộc bệnh nhân phải sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc, làm tăng nguy cơ quên thuốc hoặc nhầm lẫn liều lượng, dẫn đến tỷ lệ tuân thủ thấp hơn so với các nhóm bệnh đơn thuần [9]. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đa số thuộc thể trạng bình thường (43,2%), tuy nhiên tỷ lệ tuân

thủ các biện pháp không dùng thuốc (như chế độ ăn giảm muối) còn rất thấp.

Dựa trên đặc thù bệnh nhân cao tuổi, học vấn thấp và điều trị lâu năm, bệnh viện cần tăng cường các mô hình tư vấn nhóm hoặc hướng dẫn người nhà cùng giám sát uống thuốc. Cần đẩy mạnh việc giáo dục sức khỏe về lối sống bên cạnh việc kê đơn, nhằm cải thiện toàn diện hiệu quả điều trị cho nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm và mắc kèm đái tháo đường [5,10].

4.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc

Kết quả của nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc từ trung bình trở lên chiếm 71,2% (bao gồm tuân thủ dùng thuốc mức độ trung bình chiếm 46,8% và tuân thủ dùng thuốc mức độ cao chiếm 24,4%). Kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc mức độ trung bình phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Trinh thực hiện trên bệnh nhân tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021 chiếm 40,8% nhưng lại có tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc mức độ cao thấp hơn nghiên cứu tác giả này chiếm 31,5% [6].

4.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc

Việc đánh giá tỷ lệ tuân thủ đơn thuần chỉ phản ánh thực trạng hiện tại; nghiên cứu này tập trung sâu hơn vào việc khảo sát các yếu tố liên quan để xác định các nhóm đối tượng nguy cơ cao cần can thiệp ưu tiên. Qua nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa thời gian điều trị tăng huyết áp và tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc với thời gian điều trị và bệnh kèm theo. Cụ thể, trong phân tích mối liên quan giữa tuân thủ điều trị dùng thuốc với thời gian điều trị. Nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm có tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc giảm 0,77 lần so với những bệnh nhân đang điều trị dưới 2 năm (KTC 95%: 0,64 - 0,94). Cần tiếp tục nghiên cứu để khám phá sâu hơn về mối quan hệ giữa thời gian điều trị, bệnh kèm theo và tuân thủ điều trị, từ đó tối ưu hóa quy trình chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân tăng huyết áp.

Trong trường hợp bệnh nhân mắc cả tăng huyết áp và đái tháo đường, việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc cũng có liên quan đến tình trạng đái tháo đường. Tỷ lệ tuân thủ trong nhóm bệnh nhân mắc cả hai bệnh giảm 0,74 (KTC 95%: 0,59 - 0,94) có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn so với những bệnh nhân không mắc bệnh này. Bệnh nhân mắc cả

THA và ĐTD thường được theo dõi và quản lý chặt chẽ, thường được điều trị bằng phác đồ thuốc kết hợp, nhiều loại thuốc theo chỉ định quan trọng để kiểm soát cả hai bệnh và ngăn ngừa biến chứng.

4.3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc

Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc của nghiên cứu này là 12,8%. Cho thấy kết quả của nghiên cứu này là rất thấp. Nhiều bệnh nhân chưa thực hiện tốt các biện pháp thay đổi lối sống như hạn chế ăn mặn, tập thể dục thường xuyên, kiểm soát sử dụng rượu bia và cai thuốc lá.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Mặc dù đã phản ánh được thực trạng tuân thủ điều trị tại bệnh viện, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định. Do thiết kế cắt ngang mô tả và việc chỉ dừng lại ở phân tích đơn biến mà chưa thực hiện hồi quy đa biến, nghiên cứu không thể suy luận mối quan hệ nhân quả cũng như chưa xác định được các yếu tố liên quan độc lập. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần áp dụng các mô hình phân tích đa biến phù hợp để làm rõ hơn mối liên quan này. Thang đo tuân thủ không dùng thuốc do nhóm tự xây dựng cũng chưa được kiểm chứng đầy đủ về giá trị và độ tin cậy. Bên cạnh đó, việc chọn mẫu thuận tiện tại ba khoa lâm sàng (Nội tiết, Thần kinh, Tim mạch) trong thời gian ngắn làm hạn chế tính đại diện cho toàn bộ bệnh nhân và khả năng ngoại suy kết quả. Để khắc phục sai lầm nhớ lại đặc trưng của thiết kế này, điều tra viên đã tiến hành phỏng vấn kỹ kết hợp đối chiếu trực tiếp với hồ sơ bệnh án. Cuối cùng, do thực hiện trên bệnh nhân nội trú – nhóm đối tượng thường được giám sát y tế chặt chẽ – nên mức độ tuân thủ ghi nhận được có thể cao hơn so với thực tế tại cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tuân thủ điều trị tăng huyết áp dùng thuốc là 71,2%. Trong đó, mức độ tuân thủ điều trị dùng thuốc cao là 24,4%, trung bình là 46,8% và thấp 28,8%. Còn lại tỷ lệ bệnh nhân có tuân thủ điều trị tăng huyết áp không dùng thuốc là 12,8 %. Do đó bệnh nhân cần có ý thức thay đổi lối sống, uống thuốc đều đặn theo hướng dẫn bác sĩ và tuân thủ các lời khuyên của chuyên gia dinh dưỡng để kiểm soát thể trạng, người thân trong gia đình

cần theo dõi tình trạng của bệnh nhân, hỗ trợ và nhắc bệnh nhân uống thuốc trong quá trình điều trị lâu dài. Nhân viên y tế cần tư vấn thêm cho bệnh nhân về việc tuân thủ điều trị không dùng thuốc, khuyến khích bệnh nhân có lối sống lành mạnh như bỏ thuốc lá, bỏ uống rượu bia, hạn chế ăn mặn, hạn chế ăn mỡ động vật, thường xuyên tập thể dục và theo dõi số đo huyết áp mỗi ngày.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lương Thị Ngọc Trâm

<https://orcid.org/0009-0009-4165-5453>

Lê Hồng Phước

<https://orcid.org/0000-0001-8012-3841>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lương Thị Ngọc Trâm

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lương Thị Ngọc Trâm, Lê Hồng Phước

Thu thập dữ liệu: Lương Thị Ngọc Trâm

Giám sát nghiên cứu: Lê Hồng Phước

Nhập dữ liệu: Lương Thị Ngọc Trâm

Quản lý dữ liệu: Lê Hồng Phước

Phân tích dữ liệu: Lương Thị Ngọc Trâm

Viết bản thảo đầu tiên: Lương Thị Ngọc Trâm

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lương Thị Ngọc Trâm, Lê Hồng Phước

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 245/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 29/1/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayati MM SA, Jamasbi MM, Tapak L. Servant leadership, work-life quality, and organizational citizenship behavior in nurses: a cross-sectional design. *BMC Nurs.* 2025;24(1):561.
2. Đinh Thị Hồng Vân, Trần Kim Quyên, Lô Thị Ngọc Nữ. Thực trạng chất lượng cuộc sống công việc của điều dưỡng viên lâm sàng tại Bệnh viện Quân y 175 năm 2020. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 18. 2020;15(số đặc biệt):30.
3. Nguyễn Thị Thu Thủy, Từ Thị Thanh Hòa, Lê Thanh Diệu Xuân, Lê Tự Phương Thảo. Chất lượng cuộc sống công việc của nhân viên bệnh viện Qân 6. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2019;549(3):478.
4. Brooks BA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics.* 2005;23:279.
5. Maslow AH. *Motivation and personality.* New York: Harper & Row; 2nd ed. 1970.
6. Hemanathan R, Sreelekha, Prakasam P, Golda M. Quality of Work Life among Nurses in a Tertiary Care Hospital. *JOJ Nursing and Health Care.* 2017;5(4):1-8.
7. Seid AA, Shibeshi AH, Kase BF, Hasen AA. Evaluating the quality of work life and associated factors among nurses in Ethiopia: a systematic review and meta- analysis. *BMC Nurs.* 2025;24:1095.
8. Nguyễn Thị Kim Liên, Đỗ Thị Hà, Sara LJ. Chất lượng cuộc sống công việc của điều dưỡng tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;520(1B):79.
9. Sibuea ZM, Fitriana E. Factor Affecting the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc.* 2024;17:491-503.
10. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economic\$.* 2005;23(6):319-26, 279.