

## BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

# Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế và một số yếu tố liên quan năm 2024

Phan Thị Hoàng Hào<sup>1\*</sup>, Lê Thị Thanh Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ tháng 12/2023 đến tháng 9/2024 trên 284 người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế.

**Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung là 19,4%. Trong đó tỷ lệ tuân thủ tái khám định kỳ là 86,6%, tuân thủ dùng thuốc là 58,8%, tuân thủ thay đổi lối sống là 51,4% và tuân thủ theo dõi huyết áp là 29,6%. Các yếu tố liên quan bao gồm nghề nghiệp, thu nhập, mắc các bệnh đi kèm, thời gian điều trị tăng huyết áp, phân độ tăng huyết áp, biến chứng do tăng huyết áp, số viên thuốc điều trị tăng huyết áp, kiến thức về tăng huyết áp.

**Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh tương đối thấp (19,4%). Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường truyền thông về tăng huyết áp để người bệnh có kiến thức tốt hơn về tăng huyết áp, phòng biến chứng qua đó thực hiện tuân thủ điều trị tăng huyết áp tốt hơn.

**Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, tăng huyết áp, điều trị ngoại trú, một số yếu tố liên quan.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là tình trạng huyết áp mãn tính tiến triển trong thầm lặng không có triệu chứng (1), là nguyên nhân chính gây tử vong sớm trên toàn cầu (2). Người bệnh (NB) THA cần điều trị trong thời gian dài và tuân thủ điều trị (TTĐT) với 4 nội dung sau: dùng thuốc, theo dõi huyết áp (HA), thay đổi lối sống và tái khám định kỳ (3). TTĐT giúp NB kiểm soát HA tốt hơn, ngăn sự tiến triển của THA, cải thiện tình trạng bệnh tật và chất lượng cuộc sống (3,4). Ngược lại, không TTĐT đúng và đầy đủ có thể

dẫn đến đột quy, suy tim, suy thận,... thậm chí dẫn đến tử vong (3). Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu (NC) về chủ đề TTĐT ở NB THA và sử dụng thang đo Morisky 8 để đánh giá về tuân thủ (TT) dùng thuốc. Tỷ lệ về TTĐT THA là khác nhau ở mỗi quốc gia, cụ thể: ở Ấn Độ (2018) là 39,4% (5); Tây Ban Nha (1997) là 46,4% (6); ở Trung Quốc (2022) là 56,04% (7); ở Hàn Quốc (2008) là 57,5% (8). Tại Việt Nam, kết quả của các NC về TTĐT THA là có sự khác biệt. Tại một số vùng của Việt Nam, tỷ lệ TTĐT tương đối thấp, dao động từ 11,5% (9) tới 55,3% (10). Các yếu tố liên quan đến sự



**Địa chỉ liên hệ:** Phan Thị Hoàng Hào

Email: [Phanhao0606@gmail.com](mailto:Phanhao0606@gmail.com)

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 27/9/2024

Ngày phản biện: 19/11/2024

Ngày đăng bài: 30/12/2024

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0806SKPT24-100>

TTĐT của NB THA như niềm tin về sử dụng thuốc điều trị, nhận thức về THA, nguồn thu nhập, mối quan hệ NB với thầy thuốc (10, 11).

Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Phú Vang là TTYT huyện đa chức năng với bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế thực hiện chức năng khám, chữa bệnh cho hơn 192 ngàn dân trong huyện và một số vùng lân cận. Tại đây phần lớn NB đang được quản lý là không TT chế độ điều trị do bác sĩ đề ra mặc dù THA là tình trạng huyết áp mạn tính cần được điều trị thường xuyên và lâu dài (12). Để hiểu hơn về thực trạng và các yếu tố liên quan đến việc TTĐT của NB qua đó giúp các nhà quản lý xây dựng kế hoạch bảo vệ sức khỏe, phòng các biến chứng nặng cho NB một cách hiệu quả nhất, chúng tôi tiến hành NC đề tài “Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế và một số yếu tố liên quan năm 2024” với mục tiêu (1) Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2024 và (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2024.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Thực hiện tại Khoa Khám bệnh, TTYT huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế, từ tháng 12/2023 đến tháng 9/2024. Thời gian thu thập số liệu từ ngày 20/5/2024 đến ngày 18/6/2024.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chí lựa chọn là NB THA từ 18 tuổi trở lên đồng ý tham gia phỏng vấn đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, TTYT huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế từ thứ 2 đến thứ 6 trong

khoảng thời gian thu thập số liệu. Loại trừ những NB lần đầu đến khám, NB trong tình trạng không tinh táo, cảm điếc, rối loạn tâm thần, không có khả năng trả lời các câu hỏi.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu NC; p là tỷ lệ TTĐT trong NC của Trần Công Trường ở NB THA điều trị ngoại trú tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh (2018) với 41,2% (13), chọn  $d=0,06$  là sai số chấp nhận được,  $\alpha = 0,05$  là mức ý nghĩa thống kê, vậy  $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ . Tính được  $n=258$ . Cộng thêm 10% dự phòng nên cỡ mẫu là 284. Thực tế, NC đã phỏng vấn được 284 đối tượng.

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Tại Khoa Khám bệnh của TTYT huyện Phú Vang, trích xuất phần mềm khám chữa bệnh hàng tháng có trung bình khoảng 660 NB khám/tái khám THA (trong các ngày từ thứ 2 đến thứ 6). Xác định  $k=N/n$  (với N là cỡ mẫu quần thể, n là cỡ mẫu NC), ta có  $k=660/284 \approx 2,3$ , chọn  $k=2$ . Tiến hành chọn đối tượng theo công thức  $T=a+k.n$  (T là thứ tự NB vào tái khám, a là số tự nhiên chạy trong  $[1;k]$ , với  $k=2$ , n là số tự nhiên đơn bắt đầu từ 0) để tham gia NC cho đến khi đủ mẫu. Đối với trường hợp NB không thỏa mãn tiêu chí lựa chọn NB tiếp theo được lựa chọn theo công thức với số n liền kề phía sau.

**Biến số/ chỉ số nghiên cứu**

**Biến số độc lập:** Thông tin chung của NB, thông tin về tình trạng THA của NB, kiến thức và thái độ, yếu tố dịch vụ y tế, yếu tố gia đình và xã hội.

**Biến số phụ thuộc:** TTĐT chung.

**Tiêu chuẩn đánh giá**

**Tiêu chuẩn đánh giá kiến thức:** Gồm có 8 câu hỏi tương ứng với 8 điểm. Kiến thức được

đánh giá là đạt khi tổng điểm từ 6-8 điểm và chưa đạt khi tổng điểm từ 0-5 điểm (14).

*Tiêu chuẩn đánh giá TT theo dõi HA tại nhà:* Được đánh giá là đạt khi NB tiến hành theo dõi huyết áp tại nhà 2 lần/ tuần trở lên và dưới 2 lần/tuần được đánh giá là không đạt.

*Tiêu chuẩn đánh giá tái khám định kỳ:* NB trả lời “Có” đi tái khám theo lịch hẹn được đánh giá là đạt và được đánh giá là không đạt khi NB trả lời “Không”.

*Tiêu chuẩn đánh giá TT thay đổi lối sống:* NB được đánh giá với 5 nội dung khi thực hiện được từ 4/5 nội dung trở lên (mỗi hành vi đúng thì được cộng 1 điểm, không thực hiện thì 0 điểm) được đánh giá là đạt ( $\geq 4$  điểm) ở tiêu chí này (14).

*Tiêu chuẩn đánh giá TT dùng thuốc:* Sử dụng thang điểm Morisky-8 với 8 có 7 câu hỏi đóng và 1 câu hỏi mở với câu trả lời “Không” là 0 điểm và còn lại là 1 điểm. NB được đánh giá là TT dùng thuốc đạt khi tổng điểm  $\leq 2$  điểm và TT dùng thuốc không đạt khi tổng điểm  $> 2$  điểm (15).

*Tiêu chuẩn đánh giá TTĐT chung:* Được đánh giá là đạt khi TT cả 4 nội dung về theo dõi huyết áp, tái khám định kỳ, thay đổi lối sống, dùng thuốc (14).

**Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:** Nghiên cứu viên chính trực tiếp tập huấn cho 02 điều tra viên. Sau đó điều tra viên sử dụng bộ câu hỏi có sẵn phỏng vấn trực tiếp NB đến khám tại Khoa Khám bệnh trong khoảng thời gian tiến hành thu thập số liệu. Bộ câu hỏi được tổng hợp dựa trên hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y tế (2010) (16), hướng dẫn về khuyến cáo và chẩn đoán THA của Phân hội THA Việt Nam (2021) (17) và thang đo Morisky- 8 (18).

**Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích đơn biến với mức ý nghĩa là 5% để xác định mối quan hệ giữa các biến độc lập và TTĐT chung.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** NC được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua với công văn số: 189/2024/YTCC-HD3 ngày 13/5/2024 và được sự chấp thuận của lãnh đạo TTYT huyện Phú Vang.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

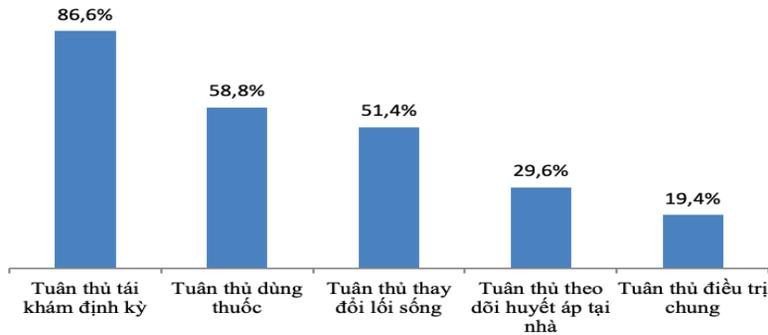
**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

|                           | <b>Đặc điểm</b>       | <b>Tần số (n)</b> | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| Tuổi<br>(65,7 $\pm$ 10,8) | < 60 tuổi             | 82                | 28,9%            |
|                           | $\geq 60$ tuổi        | 202               | 71,1%            |
| Giới tính                 | Nam                   | 121               | 42,6%            |
|                           | Nữ                    | 163               | 57,4%            |
| Trình độ học vấn          | Từ tiểu học trở xuống | 210               | 73,9%            |
|                           | Từ THCS trở lên       | 74                | 26,1%            |
| Nghề nghiệp               | Nông dân              | 125               | 44%              |
|                           | Nghề khác             | 159               | 56%              |
| Đang mắc các bệnh đi kèm  | Có                    | 137               | 48,2%            |
|                           | Không                 | 147               | 51,8%            |

Trong 284 NB có độ tuổi trung bình là  $65,7 \pm 10,8$ . Người từ 60 tuổi trở lên là 71,1%, 57,4% là nữ giới. Đa số (73,9%) NB có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống. 44% NB là nông dân. NB

đang có mắc các bệnh đi kèm là 48,2%.

### Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh



Biểu đồ 1. Biểu đồ Tuân thủ điều trị

Tỷ lệ TTĐT chung là 19,4%. Trong đó TT tái khám định kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,6%, thứ hai là TT dùng thuốc với 58,8%, thứ ba là TT thay đổi lối sống với 51,4% và thấp nhất là

TT theo dõi huyết áp tại nhà với tỷ lệ 29,6%.

### Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố nhân khẩu học và tuân thủ điều trị THA ở người bệnh

| Biến số                  | Tuân thủ điều trị chung |                 | OR (95%CI)  | P                |       |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|-------------|------------------|-------|
|                          | Đạt n (%)               | Không đạt n (%) |             |                  |       |
| Tuổi                     | < 60 tuổi               | 13 (15,9%)      | 69 (84,1%)  | 0,72 (0,36-1,42) | 0,43  |
|                          | ≥ 60 tuổi*              | 42 (20,8%)      | 160 (79,2%) |                  |       |
| Giới tính                | Nữ                      | 31 (19%)        | 132 (81%)   | 0,95 (0,52-1,72) | 0,863 |
|                          | Nam*                    | 24 (19,8%)      | 97 (80,2%)  |                  |       |
| Trình độ học vấn         | Từ THCS trở lên         | 18 (24,3%)      | 56 (75,7%)  | 1,5 (0,79-2,85)  | 0,209 |
|                          | Dưới tiểu học*          | 37 (17,6%)      | 173 (82,4%) |                  |       |
| Nghề nghiệp              | Nghề nghiệp khác        | 41 (25,8%)      | 118 (74,2%) | 2,76 (1,42-5,33) | 0,03  |
|                          | Nông dân*               | 14 (11,2%)      | 111 (88,8%) |                  |       |
| Thu nhập                 | Không có                | 20 (31,2%)      | 44 (66,8%)  | 2,4 (1,27-4,56)  | 0,011 |
|                          | Có thu nhập*            | 35 (15,9%)      | 185 (84,1%) |                  |       |
| Đang mắc các bệnh đi kèm | Có                      | 38 (27,7%)      | 99 (72,3%)  | 2,94 (1,57-5,51) | 0,001 |
|                          | Không*                  | 17 (11,6%)      | 130 (80,6%) |                  |       |

\*: Nhóm so sánh

Có mối liên quan giữa TTĐT THA với nghề nghiệp, thu nhập và mắc bệnh đi kèm cụ thể như sau: NB có nghề nghiệp khác có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,76 lần so với NB là nông dân (KTC95%:1,42-5,33,  $p<0,05$ ). NB không có thu

nhập có tỉ số chênh về TTĐT THA cao gấp 2,4 lần NB có thu nhập (KTC95%:1,27-4,56,  $p<0,05$ ). NB có đang mắc các bệnh đi kèm có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,94 lần so với NB không mắc các bệnh đi kèm (KTC95%:1,57-5,51,  $p<0,01$ ).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố liên quan đến tình trạng THA và tuân thủ điều trị THA ở người bệnh**

| Biến số                    | Tuân thủ điều trị chung |                    | OR<br>(95%CI) | P                   |              |
|----------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|---------------------|--------------|
|                            | Đạt<br>n (%)            | Không đạt<br>n (%) |               |                     |              |
| Thời gian điều trị THA     | Trên 10 năm             | 15 (31,9%)         | 32 (68,1%)    | 2,62<br>(1,19-5,73) | <b>0,025</b> |
|                            | Dưới 5 năm*             | 19 (15,2%)         | 106 (84,8%)   |                     |              |
| Phân độ THA                | Độ 2                    | 21 (38,4%)         | 53 (71,6%)    | 2,05<br>(1,1-3,83)  | <b>0,035</b> |
|                            | Độ 1*                   | 34 (16,2%)         | 176 (83,8%)   |                     |              |
| Biến chứng do THA          | Có                      | 37 (27%)           | 100 (73%)     | 2,65<br>(1,43-4,93) | <b>0,003</b> |
|                            | Không*                  | 18 (12,2%)         | 129 (87,8%)   |                     |              |
| Số viên thuốc điều trị THA | 2 viên                  | 8 (38,1%)          | 13 (61,9%)    | 2,83<br>(1,11-7,21) | <b>0,049</b> |
|                            | 1 viên*                 | 47 (17,9%)         | 216 (82,1%)   |                     |              |

\*: Nhóm so sánh

Có mối liên quan giữa TTĐT THA với thời gian điều trị, phân độ THA, biến chứng do THA và số viên thuốc điều trị THA. Cụ thể như sau: NB điều trị THA trên 10 năm có tỉ số chênh về TTĐT gấp 2,62 lần so với NB có thời gian điều trị THA dưới 5 năm (KTC95%:1,19-5,73,  $p<0,05$ ). NB có phân độ THA độ 2 có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,05 lần so với NB có phân

độ THA độ 1 (KTC95%:1,1-3,83,  $p<0,05$ ). NB gặp biến chứng do THA có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,65 lần so với NB không có các biến chứng do THA (KTC95%:1,43-4,93,  $p<0,01$ ). NB sử dụng 02 viên thuốc trong điều trị THA có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,83 lần so với NB đang sử dụng 01 viên thuốc (KTC95%:1,11-7,21,  $p<0,05$ ).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và yếu tố kiến thức, thái độ của người bệnh**

| Biến số   | Tuân thủ điều trị chung |                    | OR<br>(95%CI) | P                   |             |
|-----------|-------------------------|--------------------|---------------|---------------------|-------------|
|           | Đạt<br>n (%)            | Không đạt<br>n (%) |               |                     |             |
| Kiến thức | Đạt                     | 29 (30,9%)         | 65 (69,1%)    | 2,81<br>(1,54-5,14) | <b>0,01</b> |
|           | Không đạt *             | 26 (13,7%)         | 164 (86,3%)   |                     |             |
| Thái độ   | Đạt                     | 55 (19,8%)         | 223 (80,2%)   | 0,8<br>(0,76-0,85)  | 0,6         |
|           | Không đạt*              | 0 (0%)             | 6 (100%)      |                     |             |

\*: Nhóm so sánh

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức và TTĐT THA. Cụ thể là NB có kiến thức đạt có tỉ số chênh về TTĐT cao gấp 2,81 lần so với NB có kiến thức không đạt (KTC95%:1,54-5,14,  $p < 0,05$ ).

## BÀN LUẬN

**Tuân thủ theo dõi huyết áp:** Có 29,6% NB là TT theo dõi HA tại nhà. Kết quả này là thấp hơn so với NC của Lê Thị Thảo tại Sơn La (2023) (19) vì NB không TT theo dõi HA tại nhà phần lớn (43,7%) do yếu tố chủ quan từ phía cá nhân NB là chỉ đo HA khi có triệu chứng của THA hay khi đi tái khám định kỳ.

**Tuân thủ tái khám định kỳ:** Có 86,6% NB là TT tái khám định kỳ. Kết quả này thấp hơn so với NC của Võ Thanh Phong tại Tiền Giang (2018) (20) là do huyện Phú Vang có diện tích là 235 Km<sup>2</sup>, TTYT huyện Phú Vang tọa lạc tại Thị trấn Phú Đa nên NB ở một số xã ven biển có khoảng cách đến cơ sở là khá xa (xã Phú Hải cách TTYT hơn 24 Km ) nên NB khi bận việc sẽ có xu hướng tự mua thuốc, dẫn đến việc NB không TT tái khám định kỳ đúng hẹn.

**Tuân thủ thay đổi lối sống:** Tỷ lệ NB TT thay đổi lối sống là 51,4%. Kết quả này thấp hơn so với NC của Võ Thanh Phong tại Tiền Giang (2018) (20) là do NB không đảm bảo được chế độ nghỉ ngơi vì có 71,1% NB là người cao tuổi thường gặp các vấn đề về giấc ngủ. Bên cạnh đó là NB có thói quen là ăn các món mặn, nhiều muối nên một số NB khó TT được chế độ ăn giảm muối.

**Tuân thủ dùng thuốc:** Chỉ có 58,8% NB TT dùng thuốc là đạt. Kết quả thấp hơn so với NC của Lê Thị Thảo tại Sơn La (2023) (19) là do NB bận chăm lo gia đình, công việc đồng áng đi làm sớm nên không TT dùng thuốc.

**Tuân thủ điều trị chung:** Tỷ lệ NB TTĐT chung về tất cả 4 nội dung là thấp (19,4%). Do NB TT theo dõi HA tại nhà và thay đổi lối sống không cao. Kết quả này gần như tương đồng

với kết quả của NC do Trần Văn Tiến thực hiện tại Gia Lai (2022) với kết quả TTĐT chung là 20,33% (14). Trong NC của chúng tôi có đến 44% NB là nông dân có kinh tế không khá giả, đây có thể là nguyên nhân dẫn đến việc NB thiếu thiết bị theo dõi HA tại nhà (máy đo HA điện tử). Gần ¾ NB trong NC của chúng tôi có trình độ học vấn là dưới tiểu học, thực trạng này có thể dẫn đến việc NB gặp khó khăn trong việc tiếp thu thông tin và thực hành về tuân thủ theo dõi HA tại nhà. Bên cạnh đó, huyện Phú Vang có đường biển kéo dài đi qua 06 xã, và việc tiêu thụ các món mặn, nhiều muối như mắm dưa, mắm cà, mắm cá,... của người dân địa phương và hình thành thói quen ăn mặn của họ, đây có thể là một trong những lý do làm cho việc tuân thủ chế độ ăn giảm muối của NB trong NC của chúng tôi chưa được tốt.

### Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp

NB có nghề nghiệp khác có khả năng TTĐT tốt hơn NB làm nông tương tự NC của Trần Văn Tiến tại Gia Lai (2022) (14). Giải thích cho kết quả này là vì làm nông nặng nhọc, thiếu kinh tế, thiếu thời gian để NB chú ý TTĐT THA. Bên cạnh đó, một số NB có kiến thức chưa đúng khi quan niệm đã lao động thì không cần phải tập thể dục.

NB không có thu nhập có khả năng TTĐT tốt hơn NB có thu nhập. Kết quả này khác với NC của Lê Thị Thảo tại Sơn La (2023) khi NB có thu nhập càng cao thì TTĐT càng tốt (19). Sự khác biệt này có thể giải thích là do nhóm NB không có thu nhập (chiếm tới 31,4%) là những người già, nội trợ, không nghề nghiệp. Những người này thường sống cùng gia đình, con cái khi về già vì vậy nhận được sự hỗ trợ kinh tế từ gia đình, con cái và có thời gian chăm sóc sức khỏe nên việc TTĐT là tốt hơn NB có thu nhập khi vừa phải làm kinh tế, chăm lo gia đình và TTĐT.

NB THA có mắc các bệnh kèm khác có khả năng TTĐT tốt hơn NB THA không có mắc

bệnh kèm. Kết quả này tương tự với NC của Y Dêch Buônyã tại Kon Tum (2023) (21). Điều này có thể giải thích vì NB đang mắc nhiều bệnh sẽ gặp nhiều vấn đề về sức khỏe, khả năng xuất hiện triệu chứng của các bệnh sẽ nhiều hơn vậy nên họ sẽ thường quan tâm, chú ý đến sức khỏe bản thân và TTĐT tốt hơn.

NB có thời gian điều trị trên 10 năm có khả năng TTĐT tốt hơn NB có thời gian điều trị dưới 5 năm như trong NC của Nguyễn Thị Thanh Hương và Nguyễn Minh Nam tại Hà Nội (2021) (22). Khi NB điều trị nhiều năm đã nhiều lần đi tái khám, nhận được nhiều sự hỗ trợ của bác sĩ sẽ tích lũy được nhiều kinh nghiệm hơn trong việc TTĐT THA.

NB có phân độ THA độ 2 có khả năng TTĐT tốt hơn NB có phân độ THA độ 1. Giải thích cho điều này là khi NB có phân độ THA độ 2 thì NB thường gặp các biến chứng do như đau đầu, chóng mặt, ù tai,... nhiều hơn NB có phân độ 1 và đây cũng chính là một trong những yếu tố nhắc nhở giúp NB chú ý đến TTĐT THA.

NB có các biến chứng do THA có khả năng TTĐT tốt hơn NB không có biến chứng do THA. Kết quả này tương tự NC của Đào Ngọc Sử tại Kiên Giang (2021) (23). Khi NB gặp biến chứng do THA thì lúc đó họ sẽ cảm nhận rõ sự nguy hiểm đang rình rập có thể gây ra bởi THA, đặc biệt với những NB đã từng bị tai biến, đột quỵ.

NB sử dụng 2 viên thuốc có khả năng TTĐT tốt hơn NB sử dụng 1 viên thuốc khác với kết quả trên là NC của E. A. Mamaghani và CS tại Iran (2020) thì số lượng thuốc càng nhiều thì NB sẽ càng ít TT sử dụng thuốc (24). Những NB dùng 02 viên thuốc để điều trị THA là những người có phân độ THA độ 2 thì thường có khả năng xuất hiện các triệu chứng của THA hoặc NB có bệnh lý tim mạch vậy nên họ sẽ chú ý đến sức khỏe nhiều hơn.

NB có kiến thức đạt có khả năng TTĐT tốt hơn NB có kiến thức chưa đạt kết quả này tương tự trong NC của Lê Thị Thảo tại Sơn

La (2023) (19). Khi NB có kiến thức đầy đủ sẽ có nhận thức, biết được tầm quan trọng của việc TTĐT THA là có ý nghĩa đối với sức khỏe nên sẽ thực hành tốt TTĐT hơn.

**Hạn chế nghiên cứu:** NC tiến hành thu thập số liệu trong gần 1 tháng nên không đánh giá được thực trạng TTĐT của NB THA trong cả quá trình điều trị và chỉ đánh giá được một bộ phận đại diện NB. NC không đánh giá trực tiếp về việc TT dùng thuốc, các hành vi thay đổi lối sống của NB mà thông qua các câu trả lời của NB vì vậy có thể có sai sót trong việc nhớ lại thông tin chính xác. NC không sử dụng kết hợp NC định tính trong NC nên không đánh giá được các yếu tố ảnh hưởng tới TTĐT của NB cũng như bổ sung, giải thích cho các biến định lượng.

## KẾT LUẬN

Tỉ lệ TTĐT chung của NB THA thấp với 19,4%. Trong đó tỷ lệ TT tái khám định kỳ là cao nhất và thấp nhất là TT theo dõi HA. Các yếu tố liên quan đến thực hành TTĐT bao gồm nghề nghiệp, thu nhập, mắc các bệnh đi kèm, thời gian điều trị THA, phân độ THA, biến chứng do THA, số viên sử dụng điều trị THA, kiến thức về THA. Nghiên cứu khuyến nghị tăng cường truyền thông về THA để NB có kiến thức tốt hơn về THA, phòng biến chứng qua đó thực hiện TTĐT tốt hơn. NB cần TT theo các chế độ điều trị của bác sĩ.

*Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, các điều tra viên đã quan tâm, hỗ trợ tạo điều kiện giúp đỡ và tất cả người bệnh đã sẵn lòng tham gia để thực hiện nghiên cứu này.*

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roth GA, Mensah GA, Fuster V. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks: A Compass for Global Action. *J Am Coll Cardiol.* 2020 Dec 22;76(25):2980–1.

2. WHO. Hypertension. 2023.
3. Cục quản lý Khám chữa bệnh. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2010.
4. Wiklund I, Halling K, Rydén-Bergsten T, Fletcher A. Does lowering the blood pressure improve the mood? Quality-of-life results from the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *Blood Press*. 1997 Nov;6(6):357–64.
5. Shah AJ, Singh V, Patil SP, Gadkari MR, Ramchandani V, Doshi KJ. Factors Affecting Compliance to Antihypertensive Treatment among Adults in a Tertiary Care Hospital in Mumbai. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med*. 2018;43(1):53–5.
6. Puigventós Latorre F, Llodrà Ortola V, Vilanova Boltó M, Delgado Sánchez O, Lázaro Ferreruela M, Forteza-Rey Borralleras J, et al. [Compliance with hypertension treatment: 10 years of publications in Spain]. *Med Clin (Barc)*. 1997 Nov 22;109(18):702–6.
7. Shen B, Guan T, Du X, Pei C, Zhao J, Liu Y. Medication Adherence and Perceived Social Support of Hypertensive Patients in China: A Community-Based Survey Study. *Patient Prefer Adherence*. 2022 May 18;16:1257–68.
8. Park JH, Park JH, Lee SY, Kim SY, Shin Y, Kim SY. Disparities in antihypertensive medication adherence in persons with disabilities and without disabilities: results of a Korean population-based study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 Aug;89(8):1460–7.
9. Trần Huỳnh Thái và Trần Công Luận. Khảo sát thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người cao tuổi bị tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang năm 2023. 2023.
10. Trần Song Hậu và CS. 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 Dược Học Cần Thơ*. 2022 Nov 11;(53):197–205.
11. Hồ Anh Hiến và CS. Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại một số TYT xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế - Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Trung ương Huế, 2023.
12. TTYT Phú Vang. Báo cáo hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm huyện Phú Vang tháng 7.2024. 2024.
13. Trần Công Trường. Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa nội tim mạch Bệnh viện Quận 2 thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 và một số yếu tố ảnh hưởng. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng. 2018.
14. Trần Văn Tiến. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người bệnh điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Chư Păh, tỉnh Gia Lai năm 2022. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, 2022.
15. Zhang Y, Wang R, Chen Q, Dong S, Guo X, Feng Z, et al. Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Ann Palliat Med*. 2021 Aug;10(8):9088095–9095.
16. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp.2010.
17. Phân hội THA Việt Nam. Khuyến cáo và chẩn đoán THA. 2021.
18. Nguyễn Thiên Vũ và CS. Các thang đo sử dụng đánh giá tuân thủ điều trị. 2021.
19. Lê Thị Thảo. Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thuận Châu, tỉnh Sơn La năm 2023 và một số yếu tố liên quan. Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng. 2023.
20. Võ Thanh Phong. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2018. Luận văn Thạc sĩ. 2018.
21. Y Dêch Buôn्या. Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý tại xã Tân Lập, huyện Kon Rẫy, tỉnh Kon Tum năm 2023. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kon Tum. 2023. 2023.
22. Nguyễn Thị Thanh Hương và Nguyễn Minh Nam. Phân tích thực trạng tuân thủ điều trị trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội. 2021.
23. Đào Ngọc Sứ. Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp ở Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang năm 2021. 2021.
24. Mamaghani EA, Hasanpoor E, Maghsoodi E, Soleimani F. Barriers to Medication Adherence among Hypertensive Patients in Deprived Rural Areas. *Ethiop J Health Sci*. 2020 Jan;30(1):85–94.

## **Treatment adherence among outpatient hypertension patients at the Outpatient Department, Phu Vang District Health Center, Thua Thien Hue Province and some associated factors in 2024**

*Phan Thi Hoang Hao<sup>1</sup>, Le Thi Thanh Huong<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Phu Vang District Medical Center, Thua Thien Hue Province*

*<sup>2</sup>Hanoi University of Public Health*

### **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the current status and identify factors related to treatment adherence among outpatient hypertension patients. **Research Method:** A cross-sectional study was conducted with 284 hypertension patients receiving outpatient treatment at the Outpatient Department, Phu Vang District Health Center, Thua Thien Hue Province. **Results:** The overall treatment adherence rate is 19.4%. Specifically, the rates of adherence were 86.6% for regular check-ups, 58.8% for medication adherence, 51.4% for lifestyle changes, and 29.6% for blood pressure monitoring. Related factors included occupation, income, presence of comorbidities, duration of treatment, degree of hypertension, disease complications, number of hypertension medications, and knowledge about hypertension. **Conclusion and Recommendations:** The treatment adherence rate among patients is relatively low (19.4%). The study recommends enhancing communication about hypertension to improve patients' knowledge, prevent complications, and ultimately improve treatment adherence.

**Keywords:** *Treatment adherence, hypertension, outpatient treatment, associated factors.*