

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2025 – 2026

Vũ Thanh Bình¹, Trần Xuân Thủy¹, Nguyễn Lệ Thủy¹,
Hoàng Thị Bích², Cao Tiến Lập², Trương Thị Thu Hằng^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ thuốc của người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2025 - 2026.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 208 người bệnh tăng huyết áp nguyên phát đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2025 - 2026, bao gồm cả điều trị ngoại trú và nội trú, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ từ tháng 12 năm 2025 đến tháng 3 năm 2026. Thang đo Morisky Medication Adherence Scale phiên bản 8 câu hỏi (MMAS-8) được sử dụng để đánh giá hành vi tuân thủ dùng thuốc.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy người bệnh THA có mức độ tuân thủ thuốc theo tương ứng tỷ lệ tuân thủ cao, tuân thủ trung bình và không tuân thủ là 11,5%, 25,5% và 63,0%. Đa số ĐTNC có thời gian mắc bệnh ≤ 10 năm (82,7%), phần lớn có trình độ học vấn từ THCS trở lên, nhóm cán bộ/hưu trí chiếm tỷ lệ cao. Hầu hết ĐTNC sử dụng 1 loại thuốc (91,8%). Tỷ lệ tái khám đúng hẹn tương đối cao, vẫn còn 23,6% không tái khám đúng hẹn. Đa số ĐTNC không có người nhắc uống thuốc (65,4%) và 63,0% có sự hỗ trợ của gia đình.

Điểm MMAS-8 trung bình là $5,56 \pm 1,54$ điểm. Tình trạng tuân thủ kém chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các nhóm tuổi, dao động từ 50,0% đến 66,7%. Các hành vi chiếm tỷ lệ cao: quên uống thuốc (65,9%), cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hàng ngày (62,5%), ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu (44,7%) và quên mang thuốc đi xa (36,5%). Hành vi chiếm tỷ lệ thấp: ngừng thuốc khi cảm thấy khỏe (7,7%), bỏ thuốc trong 2 tuần gần đây (5,8%) và không uống thuốc ngày hôm trước (1,9%).

Kết luận: Nghiên cứu ghi nhận thực trạng tuân thủ thuốc của người bệnh còn thấp, người bệnh tuân thủ thuốc cao chiếm 11,5%, tuân thủ trung bình 25,5%, trong khi 63,0% người bệnh không

tuân thủ, cho thấy tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện vẫn là một vấn đề đáng quan tâm. Điểm MMAS-8 trung bình là $5,56 \pm 1,54$, phản ánh mức độ tuân thủ thuốc nhìn chung ở mức trung bình - thấp. Các hành vi không tuân thủ thuốc phổ biến gồm: quên uống thuốc, cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hàng ngày, ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu và quên mang thuốc khi đi xa.

Nghiên cứu này của chúng tôi mới chỉ dừng lại ở việc đánh giá thực trạng mà chưa tìm hiểu về các mối liên quan với các yếu tố, do đó cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để thấy được vai trò của các yếu tố tác động lên tình trạng tuân thủ thuốc huyết áp. Từ đó xây dựng các quy trình can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Tuân thủ thuốc, tăng huyết áp, MMAS-8
**MEDICATION ADHERENCE STATUS AMONG
HYPERTENSIVE PATIENTS AT THAI BINH UNI-
VERSITY MEDICAL HOSPITAL IN 2025-2026**

ABSTRACT

Objective: To describe the status of medication adherence among hypertensive patients at Thai Binh Medical University Hospital from 2025 to 2026.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 208 patients with primary hypertension undergoing outpatient and inpatient treatment at Thai Binh Medical University Hospital from 2025 to 2026, who met the inclusion and exclusion criteria between December 2025 and March 2026. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) was utilized to assess medication adherence behavior.

Results: The study showed that the rates of high, medium, and low adherence among patients with hypertension were 11.5%, 25.5%, and 63.0%, respectively. The majority of the study subjects had a disease duration of ≤ 10 years (82.7%), most achieved a lower secondary education level or higher, and the officer/retiree group accounted for a high percentage. Most subjects used a single medication (91.8%). The rate of on-time follow-up visits was relatively high, though 23.6% still missed their scheduled appointments. Most participants did not have anyone to remind them to take their medication (65.4%), while 63.0% received family support.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

* Tác giả liên hệ: Trương Thị Thu Hằng

Email: truonghang2201@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/07/2026

Ngày phản biện: 14/07/2026

Ngày duyệt bài: 15/8/2026

The mean MMAS-8 score was 5.56 ± 1.54 . Poor compliance remained high across all age groups, ranging from 50.0% to 66.7%. The most prevalent non-adherent behaviors included forgetting to take medication (65.9%), feeling bothered by daily medication regimens (62.5%), discontinuing medication when feeling uncomfortable (44.7%), and forgetting to bring medication when traveling (36.5%). Conversely, the least common behaviors were stopping medication when feeling well (7.7%), skipping medication in the past two weeks (5.8%), and missing medication on the previous day (1.9%).

Conclusion: The study indicated a low level of medication adherence among hypertensive patients, with high adherence at 11.5%, medium adherence at 25.5%, and non-adherence at 63.0%. This highlights that hypertension treatment adherence at the hospital remains a major public health concern. The mean MMAS-8 score of 5.56 ± 1.54 reflects an overall low-to-medium level of adherence. Common non-adherent behaviors included forgetting to take medication, feeling hassled by the daily treatment regimen, stopping medication due to discomfort, and forgetting to bring medication when traveling.

This study was limited to a descriptive cross-sectional assessment and did not investigate the associated risk factors. Therefore, further in-depth studies are warranted to elucidate the impact of various determinants on medication adherence, thereby facilitating the development of tailored intervention strategies.

Keywords: Medication adherence, hypertension, MMAS-8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý mạn tính phổ biến nhất trong cộng đồng, được xem là “kẻ giết người thầm lặng” vì tiến triển âm thầm, không có triệu chứng rõ rệt nhưng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy tim và bệnh thận mạn [1]. Ở Việt Nam, điều tra STEPS quốc gia năm 2021 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người ≥ 18 tuổi là 26,2%, tăng gấp đôi so với năm 2002, và chỉ khoảng 43% người bệnh được kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu [2].

Một trong những thách thức lớn nhất trong kiểm soát tăng huyết áp là vấn đề tuân thủ thuốc, tuân thủ điều trị kém làm giảm hiệu quả kiểm soát huyết

áp, tăng nguy cơ tái phát biến cố tim mạch, đồng thời làm tăng gánh nặng kinh tế - xã hội. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp tuân thủ điều trị đầy đủ chỉ đạt 30-60% tùy khu vực [3].

Tại Việt Nam, nguyên nhân không tuân thủ thuốc thường đến từ nhiều yếu tố: kiến thức và nhận thức chưa đầy đủ về bệnh, cảm giác chủ quan khi huyết áp đã ổn, lo ngại tác dụng phụ, chi phí thuốc cao, hoặc thiếu sự theo dõi, nhắc nhở từ nhân viên y tế và gia đình. Bên cạnh đó, tăng huyết áp thường không gây triệu chứng, khiến người bệnh dễ bỏ thuốc khi “thấy khỏe” [4]. Do vậy, việc khảo sát thực trạng tuân thủ thuốc và các yếu tố ảnh hưởng có vai trò quan trọng trong quản lý bệnh.

Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là cơ sở khám chữa bệnh đa khoa có số lượng lớn người bệnh tăng huyết áp đang điều trị nội trú và ngoại trú. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá mức độ tuân thủ thuốc của nhóm người bệnh này tại bệnh viện. Do đó chúng tôi thực hiện bài báo “Thực trạng tuân thủ thuốc của người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2025 – 2026” với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ thuốc của đối tượng trên, từ đó tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ thuốc, giúp đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp, góp phần cải thiện kết quả điều trị và giảm biến chứng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Là những người bệnh tăng huyết áp nguyên phát đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2025 - 2026, bao gồm cả điều trị ngoại trú và nội trú, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn cụ thể trong thời gian từ tháng 12 năm 2025 đến tháng 03 năm 2026 thỏa mãn các điều kiện:

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế.
- Đang điều trị bằng thuốc hạ huyết áp ít nhất 06 tháng tại thời điểm tham gia nghiên cứu.
- Có đủ khả năng nhận thức, giao tiếp và hợp tác trả lời câu hỏi
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích đầy đủ và ký phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Tăng huyết áp thứ phát do bệnh lý nền như bệnh thận, rối loạn nội tiết, hẹp động mạch thận, dùng thuốc corticoid dài ngày...

- Đang mắc các bệnh cấp tính nặng hoặc có rối loạn tri giác, thần kinh, tâm thần không thể trả lời bằng hỏi.

- Từ chối tham gia nghiên cứu hoặc rút lui giữa chừng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thông qua một cuộc điều tra cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Ước tính tỉ lệ của 1 quần thể với độ chính xác tương đối theo khuyến nghị Tổ chức Y tế thế giới.

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

Trong đó: n là số người bệnh cần nghiên cứu, Z là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê (với ý nghĩa thống kê là 5%, Z=1,96), p=0,68 (Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh tăng huyết áp, theo nghiên cứu tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú tại phòng khám tuyến tỉnh của Trần Đình Sơn và cộng sự năm 2021) [5], $\epsilon=0,1$ (sai số tương đối chấp nhận được là 10%). Cộng thêm 10% dự phòng bảng hỏi không hợp lệ. Cỡ mẫu tối thiểu là 198 người bệnh. Thực tế cỡ mẫu chúng tôi thu thập được là 208 người bệnh.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Thuận tiện có chủ đích, tuyển chọn tất cả người bệnh tăng huyết áp thỏa tiêu chuẩn đến khi đạt cỡ mẫu tương ứng. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 72 người bệnh nội trú và 136 người bệnh ngoại trú.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành đánh giá thực trạng tuân thủ thuốc của người bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp. Nghiên cứu viên tiếp cận người bệnh tại khoa Khám bệnh và khoa Nội thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ, giải thích mục tiêu nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn sau khi người bệnh đồng ý tham gia, khám sàng lọc toàn diện, phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất, chúng tôi thu thập các thông tin sau:

- Thông tin chung như: tuổi, giới (nam/nữ), nghề nghiệp (lao động tự do, nông dân, cán bộ nghỉ hưu,

khác), trình độ học vấn (Đại học, cao đẳng trở lên/ THPT/THCS/Tiểu học/ Không đi học), thời gian mắc bệnh (dưới 5 năm/ Từ 5 năm đến 10 năm/ Từ 10 năm trở lên), số loại thuốc đang sử dụng, người nhắc thuốc, hỗ trợ từ người thân, tái khám định kỳ.

- Thang đo Morisky Medication Adherence Scale phiên bản 8 câu hỏi (MMAS-8): gồm 8 câu hỏi định lượng về hành vi dùng thuốc như “Ông/bà có bao giờ quên không uống thuốc không”, “Trong 2 tuần qua, ông/bà có khi nào bỏ uống thuốc khi cảm thấy không cần thiết không”, “Khi cảm thấy khỏe, ông/bà có ngừng uống thuốc không”, “Ông/bà có bao giờ quên uống thuốc khi đi du lịch/về quê”, “Hôm qua ông/bà có uống thuốc không”, “Khi cảm thấy thuốc gây khó chịu, ông/bà có ngừng uống không”, “Ông/bà có gặp khó khăn trong việc nhớ uống thuốc hàng ngày không”, “Trong thang điểm từ 0-5, ông/bà đánh giá mình tuân thủ uống thuốc thế nào? (0: không bao giờ đến 5: luôn luôn)”. Cách tính điểm như sau câu 1 đến 7: trả lời “Không”: 1 điểm, trả lời “Có”: 0 điểm (riêng câu 5 đảo ngược “Có” 1 điểm, “Không” 0 điểm), câu 8 (thang Likert): trả lời “0” hoặc “1”: 0 điểm, trả lời “2”, “3”: 0.25 điểm, trả lời “4”: 0.75 điểm, trả lời “5”: 1 điểm. Tổng điểm tối đa: 8 điểm. Cách chấm điểm: 8 điểm: Tuân thủ cao/ 6-7 điểm: Tuân thủ trung bình/ <6 điểm: Tuân thủ kém [3].

Từ đó đánh giá thực trạng tuân thủ thuốc của đối tượng nghiên cứu.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra tính đầy đủ, mã hóa, nhập liệu và phân tích bằng phần mềm Jamovi phiên bản 2.6.44. Trước khi phân tích, dữ liệu được làm sạch nhằm loại bỏ các phiếu không hợp lệ và đảm bảo độ chính xác của thông tin.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

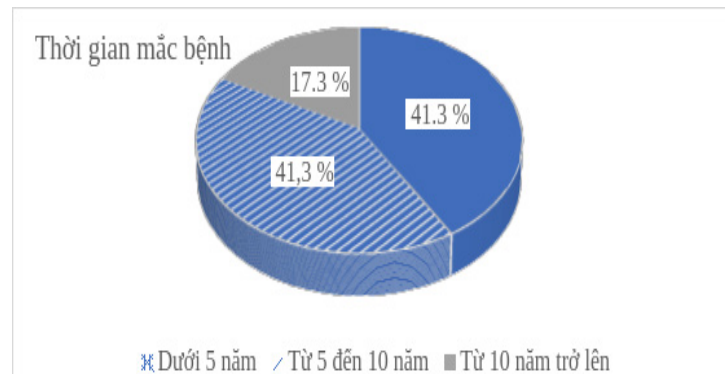
Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Đại học Y Thái Bình phê duyệt theo quyết định số 181/QĐ-BVĐHYTB. Tất cả người bệnh đều được giải thích rõ mục tiêu, quyền lợi và nghĩa vụ, có quyền từ chối hoặc rút lui bất cứ lúc nào. Dữ liệu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Không can thiệp vào phác đồ điều trị và không làm thay đổi kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=208)

Nhóm tuổi	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	Tổng, n (%)
40-49	2 (2,2)	1 (0,9)	3 (1,4)
50-59	10 (10,8)	12 (1,4)	22 (10,6)
60-69	36 (38,7)	46 (40)	82 (39,4)
≥ 70	45 (48,4)	56 (48,7)	101 (48,6)

Nhận xét: Kết quả cho thấy nữ giới chiếm nhiều hơn với 55,3%. Nhóm tuổi ≥70 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%), tiếp theo là nhóm 60-69 tuổi với 39,4%. Nhóm 50-59 tuổi chiếm 10,6%, trong khi 40-49 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp (1,4%).

**Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng theo thời gian mắc bệnh (n=208)**

Nhận xét: Đa số người bệnh trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh ≤10 năm, chỉ có 17,3% người bệnh có thời gian mắc trên 10 năm.

Bảng 2. Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn (n=208)

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đại học trở lên	91	43,8
THPT	51	24,5
THCS	52	25
Tiểu học	13	6,3
Không đi học	01	0,5

Nhận xét: Trình độ học vấn của ĐTNC chủ yếu từ trung học cơ sở trở lên. Trong đó, nhóm đại học/cao đẳng trở lên chiếm cao nhất với 43,8%.

Bảng 3. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp (n=208)

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lao động tự do	33	15,9
Nông dân	33	15,9
Cán bộ nghỉ hưu	117	56,3
Khác	25	12,0

Nhận xét: Nhóm cán bộ/hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,3%. Nhóm nông dân và lao động tự do cùng chiếm 15,9%.

Bảng 4. Phân bố đối tượng theo số loại thuốc đang sử dụng (n=208)

Số thuốc đang sử dụng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 loại	191	91,8
2 loại	17	8,2

Nhận xét: Trong 208 đối tượng nghiên cứu, 191 người sử dụng 1 loại thuốc, chiếm 91,8%, trong khi 17 người sử dụng 2 loại thuốc, chiếm 8,2%.

Bảng 5. Phân bố đối tượng theo mức độ tuân thủ thuốc (n=208)

Mức độ tuân thủ thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cao (8 điểm)	24	11,5
Trung bình (6-7 điểm)	53	25,5
Kém (<6 điểm)	131	63,0

Nhận xét: Kết quả cho thấy có 63,0% đối tượng có mức độ tuân thủ kém, 25,5% tuân thủ trung bình, và tuân thủ cao chiếm 11,5%.

Bảng 6. Điểm MMAS-8 trung bình của người bệnh tăng huyết áp

Chỉ số	Giá trị
Điểm MMAS-8 trung bình ($X \pm SD$)	$5,56 \pm 1,54$
Điểm thấp nhất	1,40
Điểm cao nhất	8,0

Nhận xét: Điểm MMAS-8 trung bình của 208 đối tượng nghiên cứu là $5,56 \pm 1,54$ điểm, với điểm thấp nhất là 1,40 và điểm cao nhất là 8,00.

Bảng 7. Phân bố mức độ tuân thủ thuốc theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tuân thủ cao (n,%)	Tuân thủ trung bình (n,%)	Tuân thủ kém (n,%)
40 - 49	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)
50 - 59	4 (18,2)	7 (31,8)	11 (50,0)
60 - 69	7 (8,5)	24 (29,3)	51 (62,2)
≥ 70	12 (11,9)	22 (21,8)	67 (66,3)
Cộng chung	24 (11,5)	53 (25,5)	131 (63,0)

Nhận xét: Trong 208 ĐTNC, nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%). Ở tất cả các nhóm tuổi, tình trạng tuân thủ kém chiếm tỷ lệ cao nhất, dao động từ 50,0% đến 66,7%. Tỷ lệ tuân thủ cao dao động từ 8,5% đến 33,3%, trong khi tỷ lệ tuân thủ trung bình dao động từ 0,0% đến 31,8% giữa các nhóm tuổi.

Bảng 8. Tỷ lệ người bệnh không tuân thủ thuốc theo từng hành vi (n=208)

Hành vi không tuân thủ thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quên uống thuốc	137	65,9
Bỏ uống thuốc trong 2 tuần gần đây	12	5,8
Ngừng thuốc khi cảm thấy khỏe	16	7,7
Quên mang thuốc khi đi xa	76	36,5
Không uống thuốc ngày hôm trước	4	1,9
Ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu	93	44,7
Cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hàng ngày	130	62,5

Nhận xét: Hành vi quên uống thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,9%, tiếp theo là cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hàng ngày với 62,5%, ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu và quên mang thuốc đi xa lần lượt ghi nhận 44,7% và 36,5%. Các hành vi còn lại như ngừng thuốc khi cảm thấy khỏe, bỏ thuốc trong 2 tuần gần đây, không uống thuốc ngày hôm trước chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 9. Phân bố mức độ tự đánh giá tuân thủ thuốc theo câu MMAS 8

Mức tự đánh giá (0-5)	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
2	7	3,4
3	43	20,7
4	89	42,8
5	69	33,2

Nhận xét: Mức tự đánh giá tuân thủ thuốc ở mức 4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,8%, trong khi mức 2 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,4%. Không ghi nhận người bệnh tự đánh giá ở mức 0 hoặc 1.

Bảng 10. Thực trạng mức độ tuân thủ thuốc theo một số yếu tố hỗ trợ điều trị (n=208)

Yếu tố	Tuân thủ cao (n,%)	Tuân thủ trung bình (n,%)	Tuân thủ kém (n,%)	Tổng (n,%)
Có người nhắc uống thuốc	6 (8,3)	27 (37,5)	39 (54,2)	72 (34,6)
Không có người nhắc thuốc	18 (13,2)	26 (19,1)	92 (67,6)	136 (65,4)
Tái khám đúng hẹn	21 (13,2)	39 (24,5)	99 (62,3)	159 (76,4)
Không tái khám đúng hẹn	3 (6,1)	14 (28,6)	32 (65,3)	49 (23,6)
Có hỗ trợ từ gia đình	18 (13,7)	35 (26,7)	78 (59,5)	131 (63,0)
Không có hỗ trợ từ gia đình	6 (7,8)	18 (23,4)	53 (68,8)	77 (37,0)

Nhận xét: Phần lớn các đối tượng xét theo tất cả các yếu tố đều có tỷ lệ tuân thủ thuốc kém cao. Nhóm đối tượng tái khám đúng hẹn và có hỗ trợ từ gia đình có tỷ lệ tuân thủ cao tốt hơn nhóm không tái khám đúng hẹn (13,2% so với 6,1%) và không có hỗ trợ từ gia đình (13,7% so với 7,8%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 88,0% và riêng nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 48,6%. Cơ cấu này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh tăng huyết áp, vốn gia tăng rõ rệt theo tuổi. Theo WHO, hơn 60% người bệnh tăng huyết áp toàn cầu thuộc nhóm ≥ 60 tuổi, và đây cũng là nhóm có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao do suy giảm trí nhớ, đa bệnh lý và phụ thuộc vào người chăm sóc [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có thời gian mắc tăng huyết áp không quá 10 năm, trong đó nhóm mắc bệnh dưới 5 năm và từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi nhóm mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điều này cho thấy đa số người bệnh đang ở giai đoạn sớm hoặc trung gian của quá trình sống chung với bệnh mạn tính.

Trình độ học vấn cao giúp người bệnh dễ tiếp nhận thông tin y tế, hiểu rõ bản chất mạn tính của tăng huyết áp và nhận thức được hậu quả của việc ngừng thuốc sớm [1]. Nhiều nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận học vấn thấp là yếu tố nguy cơ của không tuân thủ điều trị [6]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số có trình độ học vấn cao, đa số từ THCS trở lên, đặc biệt có 43,8% đối tượng có trình độ từ cao đẳng, đại học. Tuy nhiên, mức độ tuân thủ kém vẫn còn rất cao. Điều này đặt ra vấn đề cần cung cấp thêm các kiến thức của bệnh, vai trò của việc tuân thủ, gắn việc biết kiến thức với việc áp dụng thực hành.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đa số người bệnh chỉ sử dụng một loại thuốc hạ huyết áp, trong

khi người bệnh sử dụng từ hai loại thuốc trở lên chiếm tỷ lệ thấp. Phác đồ điều trị tương đối đơn giản như vậy về lý thuyết là thuận lợi cho tuân thủ thuốc. Tuy nhiên, thực tế tuân thủ thuốc trong nghiên cứu vẫn ở mức thấp, cho thấy số lượng thuốc không phải là yếu tố quyết định duy nhất. Burnier và Egan cho rằng ngay cả ở bệnh nhân điều trị đơn trị liệu, tình trạng không tuân thủ vẫn phổ biến do quên thuốc, cảm thấy phiền khi phải dùng thuốc lâu dài hoặc đánh giá thấp nguy cơ bệnh khi không có triệu chứng [7]. Nghiên cứu của Mohammad Ullah tại Bangladesh cũng ghi nhận rằng việc dùng ít thuốc không làm tăng tình trạng tuân thủ thuốc [8]. Điều này gợi ý rằng can thiệp cải thiện tuân thủ cần tập trung nhiều hơn vào yếu tố hành vi như hình thành thói quen uống thuốc đều đặn thay vì chỉ đơn thuần tối ưu hóa phác đồ thuốc.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ thuốc kém là 63,0%, tuân thủ trung bình 25,5% và tuân thủ cao chỉ 11,5%. Điểm MMAS-8 trung bình đạt $5,56 \pm 1,54$ điểm, thuộc nhóm tuân thủ thấp - trung bình theo phân loại của Morisky [9]. So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ không tuân thủ trong nghiên cứu này cao hơn mức trung bình toàn cầu. Burnier và Egan (2022) trong tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ tuân thủ đạt ở bệnh nhân tăng huyết áp dao động khoảng 55-65%, tương ứng tỷ lệ không tuân thủ khoảng 35-45% [7]. Báo cáo của WHO và nghiên cứu PURE trên nhiều quốc gia thu nhập cao, trung bình và thấp cũng ghi nhận khoảng 50% người bệnh tăng huyết áp không tuân thủ đầy đủ điều trị và chỉ số ít người bệnh kiểm soát tốt huyết áp [1], [10]. Trong nước, nghiên cứu của Trần Song Hậu

và cộng sự (2022) ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ là 26,0%, thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu này [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Hồ Anh Hiền (2023) tại Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp là 24%, trong đó nam giới (30,3%) cao hơn nữ giới (19,4%). Các yếu tố như giới tính, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống, bệnh kèm, kiến thức về bệnh tăng huyết áp, nhận thức về bệnh tăng huyết áp, và niềm tin về sử dụng thuốc điều trị có liên quan đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp [11]. Như vậy, kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình phản ánh thực trạng tuân thủ thuốc còn hạn chế, tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước và cao hơn mức trung bình toàn cầu.

Chỉ một tỷ lệ nhỏ người bệnh cho biết có người nhắc uống thuốc hằng ngày, trong khi đa số người bệnh tự quản lý việc dùng thuốc. Kết quả này phản ánh thực tế nhiều người bệnh, đặc biệt là người cao tuổi, vẫn phải tự chịu trách nhiệm chính trong việc uống thuốc. Mặc dù các nghiên cứu cho thấy nhắc thuốc là một biện pháp có thể cải thiện tuân thủ, hiệu quả của việc nhắc phụ thuộc nhiều vào tính thường xuyên và cách thức nhắc. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người bệnh tuân thủ thuốc cao không có sự chênh lệch đáng kể ở nhóm có người nhắc thuốc so với nhóm không có người nhắc (8,3% so với 13,2%). Do đó, việc chỉ “có người nhắc” nhưng không đều đặn hoặc không gắn với giáo dục sức khỏe có thể chưa đủ để cải thiện rõ rệt tuân thủ thuốc. Kết quả này cũng tương tự với sự hỗ trợ từ gia đình. Vì vậy cần hướng dẫn người nhà tham gia tích cực hơn vào quá trình quản lý thuốc, đặc biệt ở nhóm người bệnh cao tuổi.

Hành vi quên uống thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (65,9%), tiếp theo là cảm thấy phiền khi phải uống thuốc hằng ngày (62,5%) và ngừng thuốc khi cảm thấy khó chịu (44,7%). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu tại Học viện Quân Y 354 ghi nhận tỷ lệ quên thuốc trong 2 tuần gần nhất là 41,6% và quên mang thuốc khi đi xa là 35,5% [12]. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hồ Thị Kim Thanh và cộng sự tại trung tâm y tế xã Hoàng Mai, Nghệ An năm 2025 với tỷ lệ quên uống thuốc là 6,1%, phiền phức khi uống lâu dài chỉ 0,4% với tỷ lệ tuân thủ tốt chiếm 75,9% [13]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến quần thể nghiên cứu cũng như

bối cảnh quản lý tại tuyến y tế cơ sở. Tuy nhiên kết quả này cần được đánh giá thận trọng, thang điểm MMAS-8 mang tính chất tự báo cáo nên thường bị ảnh hưởng bởi thiên lệch xã hội, đôi khi người bệnh có xu hướng báo cáo hành vi tích cực hoặc tiêu cực hơn so với thực tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận đa số đối tượng nghiên cứu tuân thủ thuốc kém (63%), tuân thủ cao chỉ chiếm 11,5%. Điều này cho thấy thực trạng tuân thủ thuốc là vấn đề cấp bách, đáng quan tâm, cần phải có các chiến lược để cải thiện thực trạng này.

Nghiên cứu này của chúng tôi mới chỉ dừng lại ở việc đánh giá thực trạng mà chưa tìm hiểu về các mối liên quan với các yếu tố, do đó cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để thấy được vai trò của các yếu tố tác động lên tình trạng tuân thủ thuốc huyết áp. Từ đó xây dựng các quy trình can thiệp phù hợp để cải thiện tình trạng trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **World Health Organization** (2021). Hypertension fact sheet & Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: WHO
2. **Bộ Y tế Việt Nam** (2021). Kết quả Điều tra STEPS quốc gia năm 2021.
3. **Unger T., Borghi C., Charchar F., Khan N.A. et al.** (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Journal of Hypertension. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
4. **Hồ Anh Hiền, Nguyễn Minh Tâm và cộng sự** (2025). Factors influencing medication adherence among hypertensive patients in primary care settings in Central Vietnam: A cross-sectional study. Doi: 10.1371/journal.pone.0307588
5. **Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng và cộng sự** (2021). Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại khoa tim mạch PKĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn. Tạp chí Y học Việt Nam, 500(1), 39-43. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v500i1.283>
6. **Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da và cộng sự** (2021). Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình Thủy, Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y học Dược Cần Thơ, 53, 197-205.

7. **Burnier M. & Egan B.M.** (2019). Adherence in hypertension: A global challenge. *AHA/ASA Journals*. 124(7), 1124-1140. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220
8. **Ullah M, Saha SK, Rahman MT, Karim MA, Ahmed R.** Nonadherence to Drugs among the Hypertensive Patients in Outpatient Department of a Secondary Hospital of Bangladesh. *Cardiovasc j*. 2019;11(2):105–13. DOI: <https://doi.org/10.3329/cardio.v11i2.40409>
9. **Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).** ePROVIDE. <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/morisky-medication-adherence-scale-8-item>
10. **Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al.** Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. *JAMA*. 2013;310(9):959–968. DOI: 10.1001/jama.2013.184182
11. **Hồ Anh Hiến, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh và cộng sự** (2023). Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại một số trạm y tế xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*, 15(88), 94–101 DOI: 10.38103/jc-mhch.88.14
12. **Nguyễn Thị Thanh Thủy, Đỗ Thị Thu Hiền, Dương Thị Hòa.** Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tái nhập viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Quân y 354 năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 533(2):353-357. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/7990/7059>
13. **Hồ Thị Kim Thanh, Nguyễn Thị Thanh, Đỗ Nguyên Vũ, Nguyễn Thị Phương Anh** (2026). Tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Hoàng Mai, Nghệ An năm 2025. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 201(4), 672-680. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v201i4.5001>