

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

Hồ Anh Hiến¹, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh¹, Võ Đức Toàn¹, Dương Quang Tuấn¹, Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Hoàng Anh Tiến², Nguyễn Minh Tâm¹

¹Trung tâm Y học Gia đình, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng tại Việt Nam. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp không đạt huyết áp mục tiêu chiếm gần 50% trong tổng số bệnh nhân tăng huyết áp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế.

Đối tượng, phương pháp: Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập các thông tin về nhân trắc xã hội của bệnh nhân, các yếu tố nguy cơ bệnh tăng huyết áp, sử dụng bộ câu hỏi Morisky - 8 để đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, thang điểm HKLS và IPQ - 9 để đánh giá kiến thức và nhận thức của bệnh nhân về bệnh tăng huyết áp, và niềm tin của bệnh nhân về sử dụng thuốc điều trị. Bộ câu hỏi có cấu trúc được sử dụng để thu thập thông tin. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để phân tích số liệu.

Kết quả: 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.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của BN THA tại một số trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế còn thấp, trong đó nam giới cao hơn nữ giới. Bệnh nhân có tổng số điểm trung bình kiến thức, và nhận thức về bệnh tăng huyết áp lớn hơn, sẽ tăng tuân thủ điều trị tốt hơn.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, kiến thức, nhận thức.

Ngày nhận bài:

30/4/2023

Ngày chỉnh sửa:

15/6/2023

Chấp thuận đăng:

21/6/2023

Tác giả liên hệ:

Hoàng Anh Tiến

Email:

hatien@huemed-univ.edu.vn

SĐT: 0916106336

ABSTRACT

INVESTIGATING THE MEDICATION ADHERENCE AND ITS RELATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN THE COMMUNE HEALTH CENTERS IN THUA THIEN HUE PROVINCE

Ho Anh Hien¹, Le Ho Thi Quynh Anh¹, Vo Duc Toan¹, Duong Quang Tuan¹, Nguyen Thi Thanh Huyen¹, Hoang Anh Tien², Nguyen Minh Tam¹

Background: Hypertension has been an important issue in public health in Vietnam. The prevalence of uncontrolled hypertension was nearly 50% among the

hypertensive population in Vietnam. The objective of this study was to investigate the prevalence of medication adherence and its associated factors among patients with hypertension in the commune health centers in Thua Thien Hue Province.

Methods: *The study was a cross - sectional survey in which sociodemographic characteristics, hypertension risk factors, the eight - item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS - 8), the hypertension knowledge - level scale (HK - LS), the brief Illness Perception of hypertension, and the beliefs about hypertension medication were measured and explored in terms of their relationship with medication adherence. A structured questionnaire was used as a data collection tool. The data were then analyzed with the help of SPSS version 20.0.*

Results: *A total of 279 patients participated in the survey; 24,0% (30,3% in men and 19,4% in women) were adherent to their hypertension medication. The factors significantly associated with better medication adherence were gender, educational status, family background, comorbidity, knowledge about hypertension, illness perception of hypertension, and beliefs about hypertension medication.*

Conclusion: *The rate of treatment adherence of hypertensive patients at some health stations in Thua Thien Hue province is still low, of which men are higher than women. Patients with a greater mean score of knowledge, and awareness of hypertension, will have better adherence to treatment.*

Keywords: *Hypertension, medication adherence, knowledge, perception.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe quan trọng trong cộng đồng, với tần suất mắc bệnh ngày càng tăng ở Việt Nam và trên thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2008, gần 40% người lớn trên 25 tuổi được chẩn đoán bị THA trên toàn cầu. Số người mắc THA tăng từ 600 triệu vào năm 1980 đến 1 tỷ người năm 2008 [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân THA gia tăng nhanh chóng. Năm 2002, tác giả Phạm Gia Khải và cộng sự cho thấy tỷ lệ THA của người lớn trong độ tuổi 24 - 65 tăng thêm 50% so với năm 1992 (chiếm 16,9%) [2]. Đến năm 2008, theo tác giả Phạm Thái Sơn và cộng sự, tỷ lệ THA ở người lớn chiếm 25,1% [3]. Gần đây, theo tác giả Huỳnh Văn Minh và cộng sự, tỷ lệ THA năm 2017, 2018, 2019 lần lượt là 28,7%, 30,3%, 33,8% [4]. Tăng cường quản lý THA, giảm nguy cơ bệnh tim mạch là một mục tiêu quan trọng của hệ thống y tế, đặc biệt là trạm y tế. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ kiểm soát huyết áp của bệnh nhân còn thấp. Nghiên cứu của Nguyễn Thái Sơn và cộng sự cho thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp của người dân chỉ có 10,7%, và tỷ lệ này ở những người có điều

trị THA là 31,3% [3]. Theo tác giả Huỳnh Văn Minh và cộng sự, tỷ lệ không kiểm soát huyết áp mục tiêu khi điều trị là 37,7%, 46,6% và 48,8% [4]. Một trong những nguyên nhân làm giảm tỷ lệ kiểm soát huyết áp là bệnh nhân thiếu kiến thức và không tuân thủ điều trị. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của bệnh nhân THA tại trạm y tế ở tỉnh Thừa Thiên Huế, chúng tôi đã tiến hành đề tài với hai mục tiêu sau: (1) Khảo sát các yếu tố nguy cơ và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. (2) Xác định các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại một số xã phường thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh THA và điều trị tại trạm y tế ít nhất 6 tháng trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN THA thứ phát, phụ nữ mang thai, BN từ chối tham gia nghiên cứu, BN mắc một số bệnh rối loạn tâm thần như trầm cảm, tâm thần phân liệt,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

Địa điểm nghiên cứu: huyện Phú Lộc và thị xã Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 5 năm 2022

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích. Dựa vào danh sách BN THA đang điều trị tại các trạm y tế xã phường, loại trừ những BN không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, chúng tôi đã lập danh sách BN THA đáp ứng điều kiện. Sau đó chúng tôi gửi giấy mời cho BN tham gia nghiên cứu, tiến hành phỏng vấn và đo huyết áp tại trạm y tế.

Phương tiện nghiên cứu: sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn bao gồm “Bộ các yếu tố nguy cơ bệnh mạn tính” của Tổ chức Y tế Thế giới, “Thang đánh giá tuân thủ điều trị theo Morisky - 8”, “Thang đánh giá kiến thức bệnh nhân THA” (HK - LS), và “Thang đánh giá nhận thức bệnh nhân THA” (IPQ9) [5 - 7].

Thông tin nghiên cứu:

Thông tin chung: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian phát hiện bệnh THA, khoảng cách từ nhà tới trạm y tế, số viên thuốc huyết áp, và số loại thuốc huyết áp đang dùng

Các yếu tố nguy cơ lối sống:

- Hút thuốc lá: BN đang hút thuốc lá hoặc bỏ hút thuốc lá dưới 1 năm [8]

- Uống rượu bia quá mức: BN nam uống trên 14 cốc chuẩn/1 tuần, trên 4 cốc chuẩn/1 lần uống; BN nữ uống trên 7 cốc chuẩn/1 tuần, trên 3 cốc chuẩn/1 lần uống, hoặc BN trên 65 tuổi uống trên 7 cốc chuẩn/1 tuần (mỗi cốc chuẩn tương đương với 10 gram alcohol) [8]

- Hoạt động thể lực: Đơn vị được tính là MET. MET là tỉ số giữa mức độ chuyển hóa của một người có hoạt động thể lực với một người ngồi nghỉ. Một MET được định nghĩa là năng lượng tiêu thụ khi ngồi yên, tương đương với việc tiêu thụ 1 kcal/kg/1 giờ. Hoạt động thể lực được tính là thấp khi MET/tuần thấp hơn 600 [8].

- Ăn mặn: BN tự đánh giá ăn mặn, ăn đậm hơn so với những người xung quanh. BN thường bỏ thêm muối và nước mắm khi ăn.

Đánh giá tuân thủ điều trị uống thuốc: sử dụng thang điểm Morisky - 8. Thang đo bao gồm 8 câu

hỏi khảo sát về hành vi, thái độ, nguyên nhân và các thói quen sử dụng thuốc của BN. Cụ thể, 7 câu hỏi đầu vẫn là câu hỏi có/không, riêng câu thứ 8 là câu hỏi Likert 5 chọn lựa với 5 phương án. Câu số 1, 2, 3, 4, 6, 7 trả lời là CÓ được 0 điểm, trả lời là KHÔNG được 1 điểm. Câu số 5 trả lời là CÓ được 1 điểm, trả lời là KHÔNG được 0 điểm. Câu số 8 phân bố điểm như sau: không/hiếm khi (1 điểm), lâu lâu 1 lần (0,75 điểm), thỉnh thoảng (0,5 điểm), thường xuyên (0,25 điểm), và luôn luôn (0 điểm). BN có tổng số điểm dưới 6 là không tuân thủ điều trị [5].

Thang kiến thức bệnh nhân tăng huyết áp (HK - LS): Bảng câu hỏi HK - LS gồm 22 câu hỏi được chia thành 6 lĩnh vực khác nhau gồm định nghĩa, điều trị, tuân thủ dùng thuốc, lối sống, chế độ ăn, và biến chứng. Mỗi câu trả lời đúng có giá trị 1 điểm; câu đúng là 1, 2, 3, 5, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22 [6].

Thang nhận thức về bệnh tăng huyết áp (IPQ - 9): gồm 9 mục trong đó 8 mục được trả lời trên thang điểm Likert 10 điểm và 1 câu hỏi mở. Năm mục phản hồi nhận thức về bệnh: hậu quả, tiến trình, kiểm soát cá nhân, kiểm soát điều trị, và mức độ triệu chứng. Hai mục đánh giá cảm xúc: sự quan tâm và cảm xúc. Một mục đánh giá khả năng hiểu bệnh. Tổng điểm nhận thức về bệnh được tính dựa trên điểm số của 8 mục ở trên và tỷ lệ thuận với mức độ đe dọa của bệnh [7].

Phương pháp thu thập thông tin: tập huấn kỹ cho điều tra viên và giám sát điều tra công cụ thu thập thông tin; liên hệ địa phương, lập danh sách BN, gửi giấy mời đến tất cả BN đủ tiêu chuẩn đến trạm y tế để phỏng vấn.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân theo các quy định đạo đức của nghiên cứu y sinh học, được Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, phê duyệt triển khai và có sự cho phép của chính quyền địa phương. BN được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và có thể rút lui nghiên cứu bất kỳ lúc nào. BN ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0; tiến hành phân tích thống kê mô tả cho biến định lượng bằng cách đo lường độ tập trung (trung bình) và độ phân tán (độ lệch chuẩn); phân tích thống kê mô tả cho biến định tính thông qua tính tần số và

Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp...

tỷ lệ phần trăm; phân tích thống kê suy luận bằng các test thống kê, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sai số và không chế sai số: sai số do điều tra

viên, sai số nhớ lại do BN cung cấp thông tin không chính xác vì hạn chế về trí nhớ. Chúng tôi đã tiến hành tập huấn kỹ năng phỏng vấn cho điều tra viên để hạn chế sai số.

III. KẾT QUẢ

3.1. Các yếu tố nguy cơ và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 1: Các thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	160	57,3
	Nam	119	42,7
Nhóm tuổi	40 - 49	9	3,2
	50 - 59	42	15,1
	60 - 69	68	24,4
	≥ 70	160	57,3
Trình độ học vấn	Tiểu học và dưới tiểu học	126	45,2
	Trung học cơ sở, phổ thông	146	52,3
	Cao đẳng, Đại học	7	2,5
Nghề nghiệp	Nông dân	80	28,7
	Công nhân	12	4,3
	Nội trợ, buôn bán	81	29
	Già, khác	106	38,0
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	31	11,1
	Sống với gia đình	248	88,9
Tự theo dõi THA tại nhà	Có	90	32,3
	Không	189	67,7
Số viên thuốc THA mỗi ngày	1 viên	270	96,8
	≥ 2 viên	9	3,3
Số loại thuốc THA mỗi ngày	1 loại	273	97,8
	≥ 2 loại	6	2,2
Bệnh kèm	Không có	223	79,9
	1 bệnh	33	11,8
	≥ 2 bệnh	23	8,2
Độ tuổi trung bình (n, SD), năm		70,7 $\pm$ 10,9	
Khoảng cách từ nhà đến trạm y tế (n, SD), km		2,4 $\pm$ 1,2	
Thời gian phát hiện bệnh THA (n, SD), năm		5,7 $\pm$ 4,3	

Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp...

Phần lớn BN đang điều trị tại trạm y tế là nữ giới và người trên 60 tuổi. Trình độ học vấn tiểu học và dưới tiểu học chiếm tỷ lệ cao (45,2%). Trên 95% BN đang điều trị 1 viên và 1 loại thuốc huyết áp duy nhất. Có 20% BN mắc ít nhất một bệnh kèm theo trong 4 bệnh là tiền sử đột quỵ, bệnh mạch vành, đái tháo đường, hay rối loạn mỡ máu.

Bảng 2: Một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp theo giới

Yếu tố nguy cơ		Giới				Tổng cộng (n = 279)		p
		Nam (n = 116)		Nữ (n = 160)				
		N	%	N	%	n	%	
Hút thuốc lá	Có	39	32,8	9	5,6	48	17,2	< 0,001
	Không	80	67,2	151	94,4	231	82,8	
Uống rượu bia quá mức	Có	17	14,3	1	0,6	18	6,5	< 0,001
	Không	102	85,7	159	99,4	261	93,5	
Ít vận động thể lực	Có	51	42,9	94	58,8	145	52,0	0,009
	Không	68	57,2	66	41,3	134	48,0	
Ăn mặn	Có	34	28,6	48	30,0	82	29,4	0,8
	Không	85	71,4	112	70,0	197	70,6	
Thừa cân béo phì	Có	36	30,31	30	8,8	66	23,7	0.025
	Không	83	69,7	130	81,3	213	76,3	

Nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia quá mức, ít vận động thể lực và thừa cân béo phì hơn nữ giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp theo giới

Tuân thủ điều trị	Giới				Tổng cộng (n = 279)		p
	Nam (n = 116)		Nữ (n = 160)				
	N	%	N	%	n	%	
Có tuân thủ	36	30,3	31	19,4	67	24,0	0,035
Chưa tuân thủ	83	69,7	129	80,6	212	76,0	

Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 24%, trong đó nam giới (30,3%) cao hơn nữ giới (19,4%), và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Bảng 4: Một số yếu tố nhân trắc, hành vi liên quan đến tuân thủ điều trị

Một số yếu tố liên quan		Tuân thủ điều trị				Tổng		p
		Có		Chưa				
		N	%	N	%	n	%	
Nhóm tuổi	< 60	7	10,4	44	20,8	51	18,3	0.057
	≥ 60	60	89,6	168	79,2	228	81,7	

Khảo sát sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp...

Một số yếu tố liên quan		Tuân thủ điều trị				Tổng		p
		Có		Chưa				
		N	%	N	%	n	%	
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	41	61,2	85	40,1	126	45,2	0.002
	≥ THCS	26	38,8	127	59,9	153	54,8	
Hoàn cảnh sống	Một mình	15	22,4	16	7,5	31	11,1	< 0,001
	Với gia đình	52	77,6	196	92,5	248	88,9	
Bệnh kèm	Không	43	64,2	180	84,9	223	79,9	< 0,001
	Có	24	35,8	32	15,1	56	20,1	
Yếu tố nguy cơ hành vi	≤ 1 yếu tố	44	65,7	140	66,0	184	65,9	0,95
	≥ 2 yếu tố	23	34,3	72	34,0	95	34,1	
Thừa cân, béo phì	Có	20	29,9	46	21,7	66	23,7	0,17
	Không	47	70,1	166	78,3	213	76,3	
Số viên thuốc THA (loại rời 1)	1 viên	65	97,0	205	96,7	270	96,8	0,89
	≥ 2 viên	2	3,0	7	3,3	9	3,2	
Số loại thuốc THA	1 loại	66	98,5	207	97,6	273	87,8	0,67
	≥ 2 loại	1	1,5	5	2,4	6	2,2	

Bệnh nhân sống một mình, có trình độ học vấn Tiểu học và dưới Tiểu học, có bệnh kèm thì tuân thủ điều trị tốt hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Không có sự khác biệt đáng kể về sự tuân thủ điều trị với số lượng yếu tố nguy cơ hành vi, thừa cân-béo phì, số viên thuốc tăng huyết áp và số loại thuốc tăng huyết áp của bệnh nhân

Bảng 5: Một số yếu tố kiến thức, nhận thức về bệnh liên quan đến tuân thủ điều trị

Một số yếu tố liên quan	Tuân thủ điều trị				Tổng		p
	Có		Chưa				
	n	%	n	%	n	%	
Kiến thức về bệnh THA ($X \pm SD$)	15,5 ± 3,6		14,0 ± 3,8		14,4 ± 3,7		0,004
Nhận thức về bệnh THA ($X \pm SD$)	53,5 ± 10,2		48,4 ± 10,1		49,6 ± 10,4		< 0,001
Niềm tin về sự cần thiết uống thuốc ($X \pm SD$)	19,2 ± 3,7		16,6 ± 3,1		17,2 ± 3,4		< 0,001
Niềm tin về sự có hại khi uống thuốc ($X \pm SD$)	8,6 ± 2,9		10 ± 2,6		9,7 ± 2,8		< 0,001

Bệnh nhân có kiến thức nhiều về bệnh THA, có nhận thức cao về bệnh THA, có niềm tin về sự cần thiết uống thuốc THA thì tuân thủ điều trị tốt hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố nguy cơ và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp

Có 279 BN tham gia nghiên cứu, trong đó nữ giới nhiều hơn nam giới (57,3% so với 42,7%), và

tỷ lệ người cao tuổi chiếm đa số (82%), trong đó người trên 70 tuổi chiếm một nửa (57,3%). Có đến 45% BN biết chữ và học hết Tiểu học; hơn 50% BN còn lại có trình độ học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông. Một phần ba BN có theo dõi

huyết áp tại nhà; hơn 95% BN THA chỉ uống 1 viên thuốc hạ huyết áp và 1 loại thuốc hạ huyết áp duy nhất mỗi ngày. Khoảng cách từ nhà BN đến trạm y tế trung bình là 2,4 km; thời gian trung bình phát hiện THA là 5,7 năm. Điều này cho thấy phần lớn BN là người cao tuổi, có chế độ điều trị đơn giản, và lựa chọn điều trị tại trạm y tế. Nhiều lý do được đưa ra ở một số nghiên cứu khác như gần nhà, thuận tiện, hay không có người nhà chở đi khám. Với dân số Việt Nam đang ngày càng già hoá, nhất là vùng nông thôn, việc tạo điều kiện cho BN cao tuổi mắc bệnh THA được tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh chất lượng cao tại trạm y tế sẽ góp phần cải thiện sức khoẻ cho BN cao tuổi [9, 10].

Tỷ lệ BN có hút thuốc lá là 17%, uống rượu bia quá mức là 6,5%, ít vận động thể lực là 52%, và ăn mặn là 29,4%. Nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia quá mức, ít vận động thể lực và thừa cân béo phì hơn nữ giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam, có thể được giải thích bởi sự khác biệt văn hoá tại Việt Nam, nơi mà nam giới có xu hướng hút thuốc lá, sử dụng rượu bia quá mức so với nữ giới [9].

Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 24%, trong đó nam giới (30,3%) cao hơn nữ giới (19,4%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều nghiên cứu khác, ví dụ tác giả Thạch Thị Mỹ tiến hành nghiên cứu tại tỉnh Trà Vinh thì tỷ lệ này là 33,4% [10], và Phạm Phương Liên thu được kết quả tại Quận 2, Thành phố Hồ Chí Minh là 42% (2018) [11]. Đây là một điều cần lưu ý, cần tìm nguyên nhân và có giải pháp giúp cải thiện sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Một số nguyên nhân được đưa ra trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân quên uống thuốc, thấy người mình khỏe mạnh nên chủ quan, sợ uống nhiều thì thuốc không có tác dụng. Đây là một số nhận thức chưa đúng cần truyền thông giáo dục cho người bệnh. Ngoài ra cũng có một số nguyên nhân khác quan khác như không có người chở đi khám, hay không có tiền mua thuốc ngoài. Vì vậy cần tăng cường công tác hỗ trợ cấp phát thuốc tại nhà cho người cao tuổi sống một mình, hạn chế đi lại, giúp cải thiện sự tuân thủ và đáp ứng mục tiêu điều trị.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN cao tuổi có xu hướng tuân thủ điều trị hơn BN trung niên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy BN trung niên thường cảm thấy khỏe mạnh, lại bận rộn hơn BN cao tuổi nên thường chủ quan và quên uống thuốc [9, 11]. BN có trình độ học vấn thấp như biết chữ, tốt nghiệp Tiểu học tuân thủ điều trị hơn BN có trình độ học vấn cao hơn. Điều này có thể giải thích là do BN ít học trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là BN cao tuổi có nhiều vấn đề sức khỏe nên BN lo lắng nhiều hơn về bệnh của mình, và nghe lời nhân viên y tế hơn. Tương tự, BN sống một mình và có bệnh lý kèm thì tuân thủ điều trị tốt hơn. Điều này phản ánh tâm lý lo ngại về vấn đề sức khỏe của BN. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa số viên thuốc, số loại thuốc huyết áp BN uống với sự tuân thủ điều trị. Lý do có thể phần lớn BN (trên 95%) trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 1 viên và 1 loại thuốc điều trị huyết áp, tỷ lệ dùng 2 viên và 2 loại trở lên rất thấp nên chưa thấy sự khác biệt rõ ràng.

BN có nhận thức cao về bệnh THA, có niềm tin về sự cần thiết dùng thuốc THA cũng như BN nghĩ rằng dùng thuốc ít có hại thì sự tuân thủ điều trị tốt hơn. Điều này cũng đúng với các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới [6, 7, 9, 11]. Suy nghĩ, nhận thức về bệnh mắc phải cũng như niềm tin của người bệnh về sự cần thiết phải dùng thuốc điều trị có ảnh hưởng đến hành vi của người bệnh trong việc sử dụng thuốc. Điều này một lần nữa nhấn mạnh đến sự chia sẻ thông tin, thấu hiểu niềm tin của người bệnh, thay đổi những niềm tin không lành mạnh của người bệnh, từ đó góp phần thay đổi bền vững hành vi của người bệnh trong quá trình điều trị [6, 7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của BN THA tại một số trạm y tế tỉnh Thừa Thiên Huế còn thấp (24%), trong đó nam giới (chiếm 30,3%) cao hơn nữ giới (chiếm 19,4%) với $p < 0,05$. Bệnh nhân có tổng số điểm trung bình kiến thức, và nhận thức về bệnh tăng huyết áp lớn hơn sẽ tăng tuân thủ điều trị tốt hơn với $p < 0,01$. Bệnh nhân có tổng số điểm trung bình niềm tin về sự cần thiết uống thuốc lớn hơn, và về sự có hại khi uống thuốc thấp hơn sẽ tăng tuân thủ điều trị tốt hơn với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH, Cause of Death 2008, Geneva. 2008, World Health Organization.
2. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Trương Việt Dũng và cộng sự., Dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ các tỉnh phía bắc 2002. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2002; 33: 09-34.
3. Son PT, Quang NN, Việt NL et al., Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Vietnam: Results from a national survey. Journal of Human Hypertension. 2009; 26(4): 268-80.
4. Minh HV, Huy TV, Long DPH, & Tien HA. Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension. J Clin Hypertens. 2022; 24: 1121-38.
5. Morisky DE, Ang A, Krousel - Wood M. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008; 10(5): 348-54.
6. Erkoc SB, Isikli B, Metintas S, & Kalyoncu C. Hypertension Knowledge - Level Scale (HK - LS): A study on development, validity and reliability. Int J Environ Res Public Health. 2012; 9(3): 1018-29.
7. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, & Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006; 60(6): 631-7.
8. Organization WH, WHO STEPS Surveillance Manual: The WHO STEPwise Approach to Chronic Disease Risk Factor Surveillance, World Health Organization: Noncommunicable diseases and mental health. Geneva. 2005, WHO.
9. Trần Thị Mỹ Hạnh. Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Hà Nội. 2017.
10. Thạch Thị Mỹ. Tỷ lệ tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp người dân tộc Khmer tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh. Nghiên cứu Y học, Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2019; 23(2): 224-8.
11. Phạm Phương Liên, Trần Công Trường., Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm. Y học cộng đồng. 2018; 4(51): 43-7.