



Tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2026

Nguyễn Tất Thắng^{1,2}, Nguyễn Công Khanh², Trần Quang Huy³

Nguyễn Huy Hoàng⁴, Đặng Thị Nga¹

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông; ²Trường Đại học Thăng Long

³Trường Đại học Đại Nam; ⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 365 người bệnh đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 12/2025 đến tháng 8/2026 bằng bộ câu hỏi phỏng vấn cấu trúc và khai thác hồ sơ bệnh án, sau đó xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 áp dụng thống kê mô tả và kiểm định Chi-square ở phân tích đơn biến và mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập thông qua tỷ số tỷ lệ chênh hiệu chỉnh, OR với khoảng tin cậy 95% (95%CI). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $65,00 \pm 8,72$ tuổi, nữ chiếm 51,2%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 57,0%. Người bệnh tuân thủ tốt nhất việc tái khám định kỳ (98,9%) và theo dõi đường huyết (95,1%), nhưng lại hạn chế nhất ở khâu luyện tập thể lực (52,3%) và theo dõi huyết áp tại nhà (64,1%). Phân tích hồi quy đa biến xác định 3 rào cản độc lập đối với tuân thủ gồm: nhóm tuổi ≥ 60 (OR = 7,09; $p < 0,001$), giới tính nữ (OR = 1,90; $p = 0,007$) và trình độ học vấn $\leq$ THPT (OR = 1,88; $p = 0,009$). Đáng chú ý, kiến thức đóng vai trò quyết định khi người bệnh có kiến thức không đạt có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 11,44 lần so với nhóm có kiến thức đạt ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp tại bệnh viện đạt mức trung bình (57,0%). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đẩy mạnh giáo dục sức khỏe cá thể hóa, tập trung vào nhóm người cao tuổi, phụ nữ và người có trình độ học vấn thấp, đồng thời huy động sự hỗ trợ từ gia đình để duy trì phác đồ điều trị lâu dài cho người bệnh.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Treatment adherence among outpatients with type 2 diabetes and hypertension at Ha Dong general Hospital in 2026

Nguyen Tat Thang^{1,2}, Nguyen Cong Khan², Tran Quang Huy³

Nguyen Huy Hoang⁴, Dang Thi Nga¹

¹Ha Dong General Hospital; ²Thang Long University

³Dai Nam University; ⁴Vinmec Times City International Hospital

ABSTRACT

Objective: To describe the current situation and analyze some factors related to treatment adherence in outpatients with type 2 diabetes and hypertension at Ha Dong General Hospital in 2026. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 365 outpatients with type 2 diabetes and hypertension at the Outpatient Department of Ha Dong General Hospital from December 2025 to August 2026 using a structured interview questionnaire and medical record analysis. The data was then processed using SPSS 26.0. Descriptive statistics and Chi-square tests were applied in univariate analysis and a multivariate logistic regression model to identify independent associated factors through the adjusted odds ratio, calculating the OR with a 95% confidence interval (95%CI). **Results:** The average age of the study subjects was 65.00 ± 8.72 years, with 51.2% being female. The overall treatment adherence rate was 57.0%. Patients showed the best adherence to regular follow-up appointments (98.9%) and blood glucose monitoring (95.1%), but the weakest in physical exercise (52.3%) and home blood pressure monitoring (64.1%). Multivariate regression analysis identified three independent barriers to adherence: age group ≥ 60 (OR = 7.09; $p < 0.001$), female gender (OR = 1.90; $p = 0.007$), and education level $\leq$ high school (OR = 1.88; $p = 0.009$). Notably, knowledge played a decisive role, with patients with insufficient knowledge having a 11.44 times higher risk of non-adherence compared to those with sufficient knowledge ($p < 0.001$). **Conclusion:** The treatment adherence rate among type 2 diabetes patients with hypertension at the hospital was only at an average level (57.0%). The study results highlight the importance of promoting individualized health education, focusing on the elderly, women, and those with lower educational levels, while also mobilizing family support to maintain long-term treatment regimens for patients.

Keywords: Treatment adherence, type 2 diabetes, hypertension, Ha Dong General Hospital

Tác giả: Nguyễn Tất Thắng
Email: thangcdhahd@gmail.com
DOI: 10.54436/jns.2026.04.1340

Ngày nhận bài: 27/6/2026
Ngày hoàn thiện: 03/8/2026
Ngày đăng bài: 04/8/2026

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và tăng huyết áp (THA) là hai bệnh mạn tính không lây nhiễm thường đồng mắc, làm tăng đáng kể nguy cơ biến chứng tim mạch, thận, mắt và tử vong sớm. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, năm 2021 có khoảng 537 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ, trong đó 60–80% người bệnh có kèm THA^{1,2}. Tại Việt Nam, ở người trưởng thành tỷ lệ THA khoảng 25% và tỷ lệ ĐTĐ khoảng 6%³ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, chiếm hơn 70% tổng số ca tử vong mỗi năm⁴. Việc điều trị đồng mắc đòi hỏi người bệnh phải tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ về thuốc, dinh dưỡng và luyện tập. Tuy nhiên, thực tế tỷ lệ tuân thủ điều trị đầy đủ tại Việt Nam còn thấp, chỉ dao động từ 38,9% đến 47,3%^{5,6}. Các rào cản chính thường bao gồm tuổi cao, trình độ học vấn thấp, phác đồ phức tạp và sự hỗ trợ chưa đầy đủ từ nhân viên y tế.

Bệnh viện Đa khoa Hà Đông là cơ sở y tế hạng I, vừa được giao nhiệm vụ chuyên khoa đầu ngành Nội tiết từ năm 2025. Mặc dù số lượng người bệnh ĐTĐ kèm THA tại đây rất lớn, song các nghiên cứu đánh giá cụ thể về mức độ tuân thủ điều trị vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh ĐTĐ típ 2 có THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2026 và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định đái tháo đường típ 2 kèm tăng huyết áp đang

được theo dõi điều trị ngoại trú, có đủ hồ sơ bệnh án ngoại trú và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc bệnh lý tâm thần, rối loạn hành vi tâm thần, sa sút trí tuệ, người mắc bệnh lý nặng khác như ung thư, tai biến mạch máu não.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2025 đến tháng 8/2026 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ như sau:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu (tối thiểu cần nghiên cứu). $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy = 1,96 với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. $p = 0,385$ (theo nghiên cứu của Phạm Thu Phương⁵) cho kết quả tỷ lệ tuân thủ chiếm 38,5%). d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,05$.

Áp dụng công thức trên ta được cỡ mẫu tối thiểu $n = 365$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được lựa chọn, cho tới khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

Bộ công cụ khảo sát: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc, được xây dựng trên cơ sở tham khảo bộ công cụ của Tuhin Biswas, Nam Tran³ và Phạm Thu Phương (2021)⁵ đồng thời được điều chỉnh, bổ sung để phù hợp với đặc điểm của địa bàn nghiên cứu. Bộ công cụ đã được khảo sát thử và đạt độ tin cậy với hệ số Cronbach's $\alpha = 0,78$. Để đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc, nghiên cứu sử dụng thang đo Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8).

Bộ câu hỏi gồm các nội dung: thông tin chung (14 mục); đặc điểm bệnh đái tháo đường típ 2 và tăng huyết áp (12 mục); kiến thức về tuân thủ điều trị (9 mục); thực hành tuân thủ sử dụng thuốc (7 mục); thực hành tuân thủ chế độ luyện tập (6 mục); thực hành tuân thủ chế độ dinh dưỡng (4 mục); thực hành kiểm soát đường huyết (3 mục); thực hành kiểm soát huyết áp (3 mục); thực hành tái khám định kỳ (3 mục); thông tin về tư vấn của nhân viên y tế (7 mục); một số thói quen sức khỏe (2 mục); đánh giá hỗ trợ xã hội (12 mục); và thang đo mức độ dễ dàng trong việc tiếp cận và thực hiện các hành vi sức khỏe (12 mục).

Ngoài phỏng vấn trực tiếp, nghiên cứu còn khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án ngoại trú để thu thập các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng, bao gồm huyết áp, chỉ số khối cơ thể (BMI), glucose máu lúc đói, HbA1c và lipid máu.

Biến số và tiêu chuẩn đánh giá

Biến độc lập: Bao gồm đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới, học vấn, kinh tế, bảo hiểm y tế), đặc điểm bệnh học (thời gian mắc bệnh, phân độ THA, biến chứng, BMI) và các yếu tố hành vi nguy cơ (hút thuốc, uống rượu), tần suất được tư vấn y tế.

Biến phụ thuộc (Mức độ tuân thủ điều trị tổng hợp): Được cấu thành từ tổng điểm của 6 nhóm hành vi đạt chuẩn (Dùng thuốc, dinh dưỡng, hoạt động thể lực, kiểm soát đường huyết, kiểm soát huyết áp, tái khám định kỳ). Mỗi nhóm đạt chuẩn được tính 1 điểm (Tổng điểm từ 0–6 điểm).

- Tiêu chuẩn đánh giá: tham khảo nghiên cứu của Phạm Thu Phương⁵ và Tuhin Biswas, Nam Tran³.

- Phân loại mức độ tuân thủ điều trị tổng thể:

+ Tốt: $\geq 80\%$ hành vi đạt chuẩn (≥ 5 điểm).

+ Trung bình: 50–79% hành vi đạt chuẩn (3–4 điểm).

+ Kém: $< 50\%$ hành vi đạt chuẩn (≤ 2 điểm).

- Phân loại mức độ kiến thức:

+ Tốt: ≥ 7 điểm.

+ Trung bình: 5–6 điểm.

+ Kém: < 5 điểm.

- Đánh giá kết quả lâm sàng:

+ Kiểm soát đường huyết đạt: HbA1c $< 7\%$ (theo ADA, 2024).

+ Kiểm soát huyết áp đạt: Huyết áp $< 140/90$ mmHg (theo JNC 8, 2014).

+ Chỉ số BMI: 18,5–22,9 theo tiêu chuẩn WHO dành cho người châu Á (2000).

Phương pháp phân tích số liệu: Dữ liệu được kiểm tra, làm sạch, nhập bằng Epidata 3.0 và phân tích bằng SPSS 26.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm đối tượng nghiên cứu; các mối liên quan được đánh giá bằng kiểm định Chi-square để xác định mối liên quan đơn biến. Biến số có $p < 0,20$ ở đơn biến hoặc có ý nghĩa lý thuyết sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến. Mô hình hồi quy Logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học số 72/2025/HĐĐĐ ngày 24/11/2025 của Trường Đại học Thăng Long và được sự chấp thuận của Bệnh viện đa khoa Hà Đông cho thu thập đối tượng nghiên cứu tại đơn vị. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện và được bảo mật tuyệt đối thông tin cá nhân.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 365)

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Giới tính	Nữ	187	51,2
	Nam	178	48,8
Nhóm tuổi	> 60 tuổi	282	77,3
	≤ 60 tuổi	83	22,7
Trình độ học vấn	≤ Trung học phổ thông	174	47,7
	> Trung học phổ thông	191	52,3
Khoảng cách đến BV	< 10 km	128	35,1
	≥ 10 km	237	64,9
Bảo hiểm y tế	Không	5	1,4
	Có	360	98,6

Đối tượng chủ yếu là người cao tuổi (77,3%). Đáng chú ý, gần 2/3 người bệnh sống xa bệnh viện (≥ 10 km), đây là rào cản tiềm tàng cho việc duy trì tái khám định kỳ mặc dù 98,6% có bảo hiểm y tế.

Bảng 2. Một số chỉ số lâm sàng và tình trạng bệnh lý

Chỉ số lâm sàng	Phân loại	n	%
Thể trạng (BMI)	Thừa cân, béo phì (≥ 23)	183	50,1
	Bình thường	182	49,9
Kiểm soát HbA1c	Đạt (< 7,0%)	180	49,3
	Không đạt (≥ 7,0%)	185	50,7
Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ	≤ 10 năm	180	49,3
	Trên 10 năm	185	50,7
Thời gian phát hiện bệnh tăng HA	≤ 10 năm	201	55,1
	Trên 10 năm	164	44,9
Biến chứng (tự báo)	Có biến chứng ĐTĐ	353	96,7
	Có biến chứng THA	352	96,4

Tỷ lệ người bệnh thừa cân, béo phì là 50,1%, gần tương đương với nhóm có BMI bình thường (49,9%). Tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt và không đạt mục tiêu lần lượt là 49,3% và 50,7%. Thời gian mắc đái tháo đường và tăng huyết áp phân bố tương đối đồng đều giữa các nhóm. Đa số người bệnh có biến chứng đái tháo đường (96,7%) và tăng huyết áp (96,4%).

Bảng 3. Thực trạng tuân thủ điều trị theo từng nội dung cụ thể

Nội dung tuân thủ	Tỷ lệ đạt (%)	Tỷ lệ chưa đạt (%)
Tái khám định kỳ	98,9	1,1
Theo dõi đường huyết tại nhà	95,1	4,9
Tuân thủ điều trị thuốc	79,7	20,3
Tuân thủ chế độ dinh dưỡng	65,5	34,5
Theo dõi huyết áp tại nhà	64,1	35,9
Tuân thủ chế độ luyện tập	52,3	47,7
Tuân thủ điều trị chung	57,0	43,0

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành tuân thủ chung ($p < 0,001$). Người bệnh có kiến thức không đạt có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 11,44 lần so với người có kiến thức đạt (OR = 11,44; KTC95%: 6,11–21,41).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành tuân thủ chung

Kiến thức về tuân thủ	Tuân thủ đạt n (%)	Tuân thủ không đạt n (%)	p	OR (95% CI)
Không đạt	14 (16,5)	71 (83,5)	< 0,001	11,44 (6,11 – 21,41)
Đạt	194 (69,3)	86 (30,7)		

Người bệnh có kiến thức không đạt có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 11,44 lần so với nhóm có kiến thức tốt ($p < 0,001$).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan độc lập đến việc không tuân thủ (Hồi quy đa biến)

Yếu tố trong mô hình	Nhóm so sánh	OR hiệu chỉnh	CI 95%	p
Giới tính	Nữ so với Nam	1,90	1,19 – 3,03	0,007
Nhóm tuổi	≥ 60 so với < 60	7,09	2,75 – 18,29	< 0,001
Trình độ học vấn	$\leq$ THPT so với $>$ THPT	1,88	1,18 – 2,99	0,009
Nghề nghiệp	Toàn thời gian so với Hưu trí, bán thời gian	1,27	0,42-3,87	0,669
Chỉ số đường huyết lúc đói	$< 7,2$ mmol/L so với $> 7,2$ mmol/L	1,56	0,83-2,94	0,171
Chỉ số HbA1c	$< 7,0\%$ so với $> 7,0\%$	1,19	0,68-2,97	0,536

Ba rào cản chính dẫn đến không tuân thủ gồm: Tuổi ≥ 60 (nguy cơ cao gấp 7,09 lần), Nữ giới (OR=1,90) và Học vấn thấp (OR=1,88). Nghề nghiệp, glucose máu lúc đói và HbA1c không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng không tuân thủ ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh: Kết quả nghiên cứu trên 365 đối tượng cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị (TTĐT) chung đạt 57,0%. Mức độ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Như Phương và cộng sự tại TP. Hồ Chí Minh (38,9%)⁶ và Phạm Thu Phương (47,3%)⁵ nhưng thấp hơn kết quả của Lê Thị Minh và cộng sự tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Nội (61,5%)⁷. Sự khác biệt này có thể do đặc thù mẫu nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông là nhóm đối tượng có tỷ lệ bảo hiểm y tế rất cao (98,6%) và đã tham gia quản lý ngoại trú lâu năm, giúp duy trì hành vi điều trị ổn định hơn.

Đáng chú ý, có sự chênh lệch rõ rệt giữa các khía cạnh tuân thủ người bệnh thực hiện rất tốt các hành vi có tính y lệnh rõ ràng như tái khám đúng hẹn (98,9%) và theo dõi đường huyết (95,1%). Tỷ lệ này cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Phạm Thu Phương⁵ trong đó tuân thủ tái khám đạt 77,5%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Như Phương⁶ và cộng sự với tỷ lệ tuân thủ xét nghiệm đường máu và tái khám định kỳ chỉ đạt 40,9% và cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt, khi tỷ lệ tái khám đúng hẹn thường xuyên đạt 55,1%⁸. Kết quả này phản ánh hiệu quả của mô hình quản lý bệnh mạn tính và công tác tư vấn định kỳ của điều dưỡng tại khoa Khám bệnh. Tuy nhiên, các hành vi đòi hỏi thay đổi lối sống hằng ngày lại có tỷ lệ đạt thấp hơn, đặc biệt là luyện tập thể lực (52,3%) và dinh dưỡng (65,5%). Rào cản lớn nhất đối với việc luyện tập là do người bệnh mắc nhiều bệnh mạn tính kèm theo ở tuổi già (74,0%), gây hạn chế về thể lực và khả năng vận động.

Phân tích một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu: Kiến thức có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tuân thủ.

Nghiên cứu ghi nhận người bệnh có kiến thức “Không đạt” có nguy cơ không tuân thủ chung cao gấp 11,44 lần so với nhóm có kiến thức đạt ($p < 0,001$). Mặc dù người bệnh nhận biết tốt về các biện pháp kiểm soát bệnh, nhưng vẫn còn 88,2% hiểu sai rằng bệnh mạn tính có thể chữa khỏi hoàn toàn. Hiểu biết không đầy đủ này dễ dẫn đến tâm lý chủ quan, khiến người bệnh tự ý ngắt quãng điều trị khi thấy các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm, tương đồng với nhận định của nhiều nghiên cứu trước đây. Điều này khẳng định giáo dục sức khỏe cần được coi là biện pháp ưu tiên hàng đầu trong quy trình chăm sóc điều dưỡng.

Phân tích hồi quy đa biến đã xác định 3 rào cản độc lập chính: người bệnh từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ không tuân thủ cao gấp 7,09 lần so với nhóm trẻ hơn. Sự suy giảm trí nhớ (chiếm 59,6% lý do quên thuốc) và thể lực là những yếu tố sinh học tự nhiên cản trở việc thực hiện phác đồ phức tạp ở người cao tuổi. Nữ giới có nguy cơ không tuân thủ cao hơn nam giới ($OR = 1,90$). Kết quả này có thể do áp lực về vai trò chăm sóc gia đình ở phụ nữ Việt Nam khiến họ ít có thời gian ưu tiên cho việc luyện tập và tự chăm sóc bản thân. Người bệnh có trình độ học vấn thấp ($\leq$ THPT) có nguy cơ không tuân thủ cao hơn ($OR = 1,88$). Học vấn thấp thường đi kèm với hạn chế trong việc tiếp cận và xử lý các thông tin giáo dục sức khỏe chuyên sâu, đòi hỏi điều dưỡng phải có phương pháp tư vấn cá thể hóa, sử dụng ngôn ngữ đơn giản và dễ hiểu hơn.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang nên chỉ xác định được mối liên quan, chưa khẳng định quan hệ nhân quả. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện làm hạn chế khả năng khái quát kết quả. Dữ liệu tuân thủ chủ yếu dựa trên tự báo cáo nên có thể xảy ra sai lệch nhớ lại và sai lệch xã hội.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 365 người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 57,0%. Người bệnh có tỷ lệ tuân thủ cao đối với tái khám đúng hẹn (98,9%) và theo dõi đường huyết (95,1%), trong khi tỷ lệ tuân thủ luyện tập thể lực (52,3%) và theo dõi huyết áp tại nhà (64,1%) còn thấp. Kiến thức về tuân thủ điều trị, giới tính, nhóm tuổi và trình độ học vấn có mối liên quan với tình trạng tuân thủ điều trị; trong đó, kết quả hồi quy đa biến ghi nhận giới tính, nhóm tuổi và trình độ học vấn là các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng không tuân thủ điều trị. Để nâng cao hiệu quả quản lý người bệnh, bệnh viện cần tăng cường hoạt động tư vấn và giáo dục sức khỏe, đặc biệt về luyện tập thể lực, dinh dưỡng, theo dõi huyết áp và sử dụng thuốc; đồng thời chú trọng các nhóm người bệnh có nguy cơ không tuân thủ nhằm góp phần cải thiện việc tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Magliano DJ, Boyko EJ, IDF Diabetes Atlas 11th edition Scientific Committee. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025. Available from: <https://diabetesatlas.org>
2. Maniki PT, Chaar BB, Aslani P. Impact of interventions on medication adherence in patients with coexisting diabetes and hypertension. *Health Expectations*. 2024;27(5):e70010. doi:10.1111/hex.70010
3. Biswas, T., Tran, N., Thi My Hanh, H., et al. (2022). Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: A systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open*, 12, e052725. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052725>

4. Bộ Y tế. Báo cáo số 76/BC-BYT ngày 17 tháng 5 năm 2022 về tổng kết công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015–2021 và định hướng giai đoạn 2022–2025. Hà Nội: Bộ Y tế. 2022.

5. Phạm Thu Phương. Tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường típ 2 kèm tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan tại Viện Y học Phòng không – Không quân năm 2021 [Luận văn Thạc sĩ]. Trường Đại học Học Thăng Long. 2021.

6. Nguyễn Như Phương, Dương Minh Đức, Nguyễn Trung Hòa. Tuân thủ điều trị đái tháo đường típ 2 ở người bệnh ngoại trú tại Trạm Y tế Phường 11, quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2023;64(4):216-222. doi:10.52163/yhc.v64i4.750

7. Lê Thị Minh, Lê Thị Bình. Tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp có đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(2). doi:10.51298/vmj.v534i2.8177.

8. Nguyễn Văn Việt. Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Bình Lục năm 2021 [Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện]. Trường Đại học Thăng Long. 2022.