

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC BẰNG THANG ĐO MARS-5 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH CHẢY MÁU NÃO SAU XUẤT VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Kiều Anh Thơ[✉], Lương Thanh Điền, Trần Thị Thanh Huyền
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Nghiên cứu mô tả cắt ngang này được thực hiện trên 103 người bệnh chảy máu não tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025 nhằm bước đầu đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị thuốc bằng thang đo MARS-5 và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tổng điểm MARS-5 trung bình là $21,3 \pm 3,6$; tỷ lệ tuân thủ điều trị là 77,7% (tuân thủ hoàn toàn 36,0%, một phần 41,7%) và tỷ lệ không tuân thủ là 22,3%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố liên quan đến tình trạng không tuân thủ: sống một mình (OR = 16,70; KTC 95%: 4,75 - 58,72; $p < 0,001$) và có thói quen hút thuốc lá (OR = 4,47; KTC 95%: 1,27 - 15,69; $p = 0,020$). Do thiết kế cắt ngang và cỡ mẫu còn hạn chế, các kết quả này cần được khẳng định lại bằng những nghiên cứu có thiết kế mạnh hơn. Thang đo MARS-5 có thể hữu ích trong phát hiện sớm hành vi không tuân thủ, từ đó gợi ý các can thiệp phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và dự phòng tái phát cho người bệnh chảy máu não sau xuất viện.

Từ khóa: Chảy máu não, tuân thủ điều trị, thang đo MARS-5, yếu tố liên quan, Cần Thơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu, đặc biệt phổ biến tại khu vực Châu Á, trong đó có Việt Nam.¹ Chảy máu não là thể đột quỵ có tỷ lệ tử vong cao nhất trong tất cả các thể đột quỵ, với tỷ lệ sống sót sau 1 năm chỉ dưới 50%, và tỷ lệ tàn tật cao hơn nhồi máu não.² Sau giai đoạn cấp cứu, quá trình phục hồi và dự phòng tái phát phụ thuộc rất lớn vào việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp, thông qua việc tuân thủ điều trị lâu dài.³ Tuân thủ điều trị sau xuất viện không chỉ bao gồm việc sử dụng thuốc đúng chỉ định mà còn là sự tuân thủ chế độ sinh hoạt, tập luyện và tái khám định kỳ. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ điều trị ở người bệnh mạn tính nói chung và người bệnh chảy

máu não nói riêng thường không cao, do ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố phức tạp từ cá nhân, xã hội đến hệ thống y tế.⁴ Một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra các yếu tố như tuổi cao, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, hỗ trợ xã hội và thói quen hút thuốc có thể ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ.⁵

Thang đo MARS-5 (Medication Adherence Report Scale-5 items) là một trong những công cụ được thiết kế để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh. Đây là một phiên bản rút gọn của MARS-10, giúp đo lường nhanh hành vi dùng thuốc và mức độ tuân thủ điều trị trong các bệnh mạn tính, bao gồm chảy máu não.⁶ Thang đo này có ưu điểm trong việc đánh giá cả khía cạnh vô ý và chủ ý của không tuân thủ, chẳng hạn như người bệnh quên uống thuốc hoặc tự ý điều chỉnh liều lượng, điều mà một số thang đo khác như MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) không thể hiện rõ.^{6,7} Đối với người bệnh chảy máu não, công

Tác giả liên hệ: Phạm Kiều Anh Thơ

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: pkatho@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 24/02/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

cụ này hữu ích trong phát hiện sớm hành vi không tuân thủ điều trị thuốc, giúp nhân viên y tế đưa ra biện pháp can thiệp kịp thời.

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là cơ sở y tế tuyến cuối trong điều trị đột quỵ và nguy cơ tái phát cho người bệnh vùng Đồng bằng sông Cửu Long. Tại các khu vực lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, hầu hết các nghiên cứu về việc tuân thủ điều trị trên người bệnh đột quỵ nói chung; và tại Đồng bằng sông Cửu Long, chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang đo MARS-5 trên riêng người bệnh chảy máu não sau xuất viện; nghiên cứu này được xem là bước đầu cung cấp bằng chứng tại địa phương. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: 1) Đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh chảy máu não sau khi xuất viện bằng thang điểm MARS-5 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 - 2025; 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh chảy máu não sau khi xuất viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh được chẩn đoán chảy máu não lần đầu đã điều trị nội trú và xuất viện ít nhất 6 tháng từ Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán chảy máu não lần đầu, đã điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ và xuất viện ít nhất 6 tháng trước, có đủ năng lực tinh thần để giao tiếp, hiểu và trả lời câu hỏi và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có rối loạn ý thức kéo dài (hôn mê...), bệnh lý tâm thần

nặng (sa sút trí tuệ, tâm thần phân liệt), bệnh lý phổi hợp đe dọa tiên lượng sống (ung thư giai đoạn cuối, suy đa cơ quan).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số người bệnh tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu. α : sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$), $Z_{0,975} = 1,96$, $d = 0,1$ và $p = 53,0\%$ là tỷ lệ không tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh đột quỵ chảy máu não, ước tính theo nghiên cứu của Đinh Hữu Hùng và cộng sự.⁸

Từ công thức trên, tính được cỡ mẫu $n = 96$. Thực tế thu thập được 103 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện cho đến khi đủ số mẫu.

Nội dung nghiên cứu

Tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia nghiên cứu. Mỗi người bệnh sẽ được thu thập thông tin chung như tuổi, giới, học vấn, nơi sống, tình trạng sống, lâm sàng (thời gian mắc bệnh) và hành vi sức khỏe (hút thuốc lá, dùng thuốc hỗ trợ). Điều trị sau xuất viện đối với người bệnh chảy máu não bao gồm điều trị bằng thuốc và không dùng thuốc nhằm kiểm soát các yếu tố nguy cơ tái phát: kiểm soát huyết áp, kiểm soát rối loạn lipid máu, kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường, ngừng hút thuốc và hạn chế rượu bia, điều trị trầm cảm và rối loạn cảm xúc (nếu có), theo dõi và xử lý động kinh (nếu có), phục hồi chức năng bao gồm vật lý trị liệu, liệu pháp ngôn ngữ, phục hồi nhận thức.⁹ Thang đo MARS-5 là công cụ được thiết kế để đánh giá tuân thủ điều trị thuốc gồm 5 câu hỏi tự báo cáo (người bệnh quên uống thuốc, người bệnh tự ý thay đổi liều lượng thuốc, người bệnh ngừng

uống thuốc, người bệnh bỏ lỡ một liều thuốc, người bệnh uống ít thuốc hơn so với kê đơn); mỗi câu hỏi được đánh giá trên thang điểm Likert 5 bậc (1= Luôn luôn, 2= Thường xuyên, 3= thỉnh thoảng, 4= Hiếm khi, 5= Không bao giờ). Tổng điểm dao động từ 5 đến 25. Người bệnh được phân loại: (1) Có tuân thủ bao gồm tuân thủ tốt (24 - 25 điểm) và tuân thủ một phần (20 - 23 điểm); và (2) Không tuân thủ (< 20 điểm) để phân tích yếu tố liên quan.⁶

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Statistical Package for Social Sciences (SPSS) phiên bản 26.0. Mô tả đặc điểm đối tượng bằng tần số, tỷ lệ %; biến định lượng bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định Chi-bình phương (hoặc Fisher exact test) để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố độc lập với tình trạng tuân thủ ở phân tích đơn biến. Các yếu tố có $p < 0,2$ ở phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến (phương pháp Enter) để xác định các yếu tố liên quan độc lập. Kết quả được thể hiện bằng Odds Ratio (OR)

với khoảng tin cậy 95% (95% CI). Mức ý nghĩa thống kê được xác định tại $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo Quyết định số 25.050.HV.UD/PCT-HĐDD ngày 12/02/2024 và được sự chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Người bệnh hoặc người thân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào phiếu đồng thuận tham gia; và có quyền ngừng tham gia nghiên cứu. Việc từ chối này không ảnh hưởng đến sự chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025, ghi nhận có 103 người bệnh chảy máu não đã điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ và xuất viện ít nhất 6 tháng trước, với các đặc điểm như sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 103)

	Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
	Trung bình \pm độ lệch chuẩn	60,3 \pm 13,3	
Tuổi (năm)	≤ 60	53	51,5
	> 60	50	48,5
Giới tính	Nam	57	55,3
	Nữ	46	44,7
	Tỷ số nam/nữ	1,2/1	
Trình độ học vấn	Tiểu học/Trung học	82	79,6
	Đại học/Sau đại học	21	20,4
Tình trạng sống	Sống một mình	25	24,3
	Sống cùng người khác	78	75,7
Thói quen hút thuốc lá	Có	34	33,0
	Không	69	67,0

Tuổi trung bình của đối tượng là $60,3 \pm 13,3$ tuổi, với sự phân bố tương đối cân bằng giữa nhóm ≤ 60 tuổi (51,5%) và nhóm > 60 tuổi (48,5%). Tỷ lệ nam giới (55,3%) và cao hơn nữ giới (44,7%). Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ trung học trở xuống

(79,6%). Một tỷ lệ đáng kể người bệnh sống một mình (24,3%) và có thói quen hút thuốc lá (33,0%).

2. Đánh giá tình trạng tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh chảy máu não sau xuất viện bằng thang đo MARS-5

Bảng 2. Kết quả điểm thang đo MARS-5 trên người bệnh chảy máu não sau xuất viện (n = 103)

Tiêu chí	Điểm thang đo Trung bình \pm độ lệch chuẩn
Người bệnh quên uống thuốc	$4,0 \pm 1,4$
Người bệnh tự ý thay đổi liều lượng thuốc	$4,2 \pm 1,3$
Người bệnh ngừng uống thuốc	$4,7 \pm 1,3$
Người bệnh bỏ lỡ một liều thuốc	$4,1 \pm 1,4$
Người bệnh uống ít thuốc hơn so với kê đơn	$4,3 \pm 1,3$
Tổng điểm	$21,3 \pm 3,6$

Tổng điểm trung bình của thang đo MARS-5 khi đánh giá tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh chảy máu não sau xuất viện là $21,3 \pm 3,6$. Điểm thấp nhất (tương ứng mức độ phổ biến nhất) là người bệnh quên uống thuốc (trung

bình $4,0 \pm 1,4$), kể đến là bỏ lỡ một liều thuốc (trung bình $4,1 \pm 1,4$); điểm cao nhất (tương ứng mức độ ít gặp nhất) là người bệnh ngừng uống thuốc (trung bình $4,7 \pm 1,3$).

Bảng 3. Tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh chảy máu não sau xuất viện qua thang đo MARS-5 (n = 103)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ cộng dồn (%)
Tuân thủ tốt (24 - 25 điểm)	37	36,0	36,0
Tuân thủ một phần (20 - 23 điểm)	43	41,7	77,7
Không tuân thủ (< 20 điểm)	23	22,3	100
Tổng	103	100	

Tỷ lệ có tuân thủ điều trị sử dụng thuốc của người bệnh chảy máu não sau xuất viện là 77,7%, trong đó tuân thủ tốt 36,0% và tuân thủ một phần chiếm 41,7%. Tỷ lệ không tuân thủ điều trị là 22,3%.

3. Phân tích các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối

liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tuân thủ điều trị với các yếu tố: tình trạng sống một mình ($p < 0,001$), trình độ học vấn thấp ($p = 0,038$) và thói quen hút thuốc lá ($p < 0,001$). Các yếu tố khác như tuổi, giới, nơi sống, thời gian mắc bệnh không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố và tình trạng tuân thủ điều trị thuốc (n = 103)

Yếu tố		Không tuân thủ n (%) (n = 23)	Có tuân thủ n (%) (n = 80)	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	> 60 tuổi	14 (28,0)	36 (72,0)	1,9 (0,7 - 4,9)	0,238
	≤ 60 tuổi	9 (17,0)	44 (83,0)		
Giới tính	Nam	15 (26,3)	42 (73,7)	1,7 (0,6 - 4,5)	0,345
	Nữ	8 (17,4)	38 (82,6)		
Tình trạng chung sống	Một mình	17 (68,0)	8 (32,0)	25,0 (7,8 - 83,3)	< 0,001
	Sống cùng người khác	6 (7,7)	72 (92,3)		
Nơi ở	Nông thôn	16 (21,9)	57 (78,1)	0,9 (0,9 - 2,5)	1
	Thành thị	7 (23,3)	23 (76,7)		
Học vấn	Trung học – tiểu học	22 (26,8)	60 (73,2)	7,3 (1,0 - 57,9)	0,038
	Đại học – Sau đại học	1 (4,8)	20 (95,2)		
Hút thuốc lá	Có	16 (47,1)	18 (52,9)	7,8 (2,8 - 22,1)	< 0,001
	Không	7 (10,1)	62 (89,9)		

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng không tuân thủ điều trị thuốc

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Sống một mình	16,70	4,75 - 58,72	< 0,001
Hút thuốc lá	4,47	1,27 - 15,69	0,020
Học vấn thấp	5,27	0,50 - 56,15	0,168

Qua phân tích mô hình hồi quy logistic đa biến ghi nhận hai yếu tố có liên quan với tình trạng không tuân thủ điều trị thuốc là sống một mình (OR = 16,70; KTC 95%: 4,75 - 58,72; p < 0,001) và có thói quen hút thuốc lá (OR = 4,47; KTC 95%: 1,27 - 15,69; p = 0,020).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 103 người bệnh cho thấy đặc điểm nhân khẩu học phản ánh đúng mô hình bệnh tật của chảy máu não, với sự ưu thế ở nam giới (55,3%) và độ tuổi trung bình

cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Công và cộng sự (2025) khi ghi nhận tuổi tác và giới tính nam là những yếu tố nguy cơ chính.¹⁰ Tỷ lệ người bệnh tại nông thôn chiếm 70,9%, đây là yếu tố có thể gây khó khăn cho việc tiếp cận dịch vụ y tế và tái khám định kỳ so với khu vực thành thị.

Thang đo MARS-5 không chỉ đánh giá hành vi vô ý (như quên uống thuốc) mà còn khai thác cả hành vi chủ ý (tự ý thay đổi liều, ngừng thuốc) – những yếu tố phản ánh nhận thức và

thái độ của người bệnh với phác đồ điều trị.⁶ Kết quả từ Bảng 2 cho thấy điểm trung bình thấp nhất thuộc về câu hỏi “quên uống thuốc” ($4,0 \pm 1,4$) và “bỏ lỡ một liều thuốc” ($4,1 \pm 1,4$), cho thấy quên uống thuốc là hành vi phổ biến nhất trong nhóm không tuân thủ. Phát hiện này tương đồng với nghiên cứu của Basetti và cộng sự (2022) khi ghi nhận quên uống thuốc là rào cản thường gặp nhất trong tuân thủ điều trị.¹¹

Qua đánh giá chung về tuân thủ điều trị thuốc bằng thang đo MARS-5 ghi nhận, tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc trong nghiên cứu này là 77,7%. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ tốt chỉ đạt 36,0%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phùng Văn Ngọc cộng sự (2021) trên người bệnh đột quỵ não tại Bệnh viện Bạch Mai, nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu Đoàn Thị Phương Thảo và cộng sự (2023) trên nhóm người bệnh tăng huyết áp đơn thuần.^{12,13} Sự khác biệt này có lẽ do người bệnh sau chảy máu não thường có các di chứng về nhận thức và vận động, gây cản trở việc tự quản lý thuốc. Tỷ lệ 22,3% không tuân thủ là con số cần lưu tâm vì tiềm ẩn nguy cơ tái phát đột quỵ. Sự tuân thủ không chỉ dừng lại ở việc dùng thuốc mà còn ở việc tái khám và theo dõi các chỉ số sinh tồn. Do đó, việc không tuân thủ tái khám sẽ khiến bác sĩ khó điều chỉnh liều lượng thuốc phù hợp với tình trạng huyết động của người bệnh.

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy sống một mình là yếu tố liên quan mạnh nhất đến tình trạng không tuân thủ điều trị, với nguy cơ không tuân thủ cao gấp 16,7 lần so với nhóm sống cùng người khác (OR = 16,70; KTC 95%: 4,75 - 58,72; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với ý kiến về vai trò của hỗ trợ xã hội trong quản lý bệnh mạn tính. Nghiên cứu của Kim và cộng sự (2018) tại Hàn Quốc trên 2.876 người bệnh chảy máu não cho thấy người bệnh sống một mình có nguy cơ tái phát và tử vong cao hơn 2,3 lần, trong đó không tuân thủ điều trị là yếu tố trung gian quan trọng.¹⁴ Tương tự, nghiên cứu của Adeoye-Olatunde và cộng sự (2025)

phân tích dữ liệu NHANES 2009 - 2018 tại Mỹ cũng khẳng định sống một mình làm giảm đáng kể khả năng tuân thủ thuốc hạ áp ở người cao tuổi (OR = 0,72; KTC 95%: 0,58 - 0,89).¹⁵ Người sống một mình thường không có người nhắc nhở, không được chia sẻ gánh nặng bệnh tật, dễ bỏ sót lịch tái khám và tự ý ngưng thuốc khi gặp tác dụng phụ hoặc khó khăn kinh tế.

Hút thuốc lá là yếu tố liên quan độc lập thứ hai, với nguy cơ không tuân thủ điều trị cao gấp 4,5 lần so với nhóm không hút thuốc (OR = 4,47; KTC 95%: 1,27 - 15,69; $p = 0,020$). Mối liên quan giữa hút thuốc và tuân thủ điều trị có thể được giải thích qua đặc điểm tâm lý - hành vi: người hút thuốc thường có nhận thức thấp hơn về nguy cơ bệnh tật, ưu tiên thỏa mãn tức thời hơn lợi ích sức khỏe lâu dài, và có xu hướng chấp nhận rủi ro cao hơn. Nghiên cứu của Basetti và cộng sự (2022) tại Ả Rập Saudi trên 173 người bệnh đột quỵ ghi nhận tỷ lệ hút thuốc ở nhóm không tuân thủ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ (41% so với 22%, $p < 0,01$).¹¹ Việc hút thuốc không chỉ là yếu tố nguy cơ mạch máu mà còn phản ánh lối sống ít quan tâm đến sức khỏe của người bệnh. Do đó, việc lồng ghép tư vấn cai thuốc lá là cần thiết trong quá trình hướng dẫn điều trị.

Mặc dù trong phân tích đơn biến, người bệnh có trình độ học vấn thấp có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn (26,8% so với 4,8%; $p = 0,038$), nhưng sau khi hiệu chỉnh trong mô hình đa biến, yếu tố này không còn ý nghĩa thống kê ($p = 0,168$). Điều này cho thấy tác động của học vấn thấp có thể bị trung gian bởi các yếu tố khác như tình trạng sống, kinh tế và hành vi sức khỏe. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sakamoto và cộng sự (2025) tại Mông Cổ, khi phân tích đa biến không ghi nhận mối liên quan độc lập giữa học vấn và kết cục chức năng sau chảy máu não.⁵ Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về vai trò của học vấn, do đó cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế phù hợp để làm rõ vấn đề này.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ

nhất, cỡ mẫu 103 người bệnh còn khiêm tốn, chưa đủ lớn để phát hiện các yếu tố liên quan với ảnh hưởng nhỏ. Thứ hai, thang đo MARS-5 dựa trên tự báo cáo nên có thể bị sai lệch do trí nhớ hoặc tâm lý e ngại; đồng thời, MARS-5 không đo lường chi tiết các nguyên nhân không tuân thủ, chẳng hạn như yếu tố kinh tế hoặc tác dụng phụ của thuốc. Thứ ba, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một bệnh viện duy nhất, do đó tính đại diện cho cộng đồng còn hạn chế. Thứ tư, thiết kế nghiên cứu được sử dụng là nghiên cứu mô tả cắt ngang và phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nên nghiên cứu chỉ có giá trị khám phá, không nhằm khẳng định mối quan hệ nhân quả. Các kết luận về yếu tố liên quan chỉ có giá trị trong bối cảnh nghiên cứu này và cần được xem xét như những giả thuyết cần kiểm định trong các nghiên cứu thiết kế đoàn hệ hoặc can thiệp sau này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy thang đo MARS-5 phản ánh được mức độ tuân thủ điều trị thuốc ở người bệnh chảy máu não sau xuất viện với các hành vi không tuân thủ phổ biến như quên thuốc và bỏ liều. Hai yếu tố có liên quan đến tình trạng không tuân thủ là sống một mình và hút thuốc lá được ghi nhận trong phân tích hồi quy. Nghiên cứu này gợi ý rằng thang đo MARS-5 có thể hữu ích trong phát hiện sớm hành vi không tuân thủ. Các can thiệp hướng đến người bệnh sống một mình và hút thuốc lá cần được thiết kế và đánh giá trong tương lai.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành đến Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi rất cảm ơn các người bệnh đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Abate MD, Abate YH, et al.

Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*. 2024;23(10):973-1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7

2. Puy L, Parry-Jones AR, Sandset EC, et al. Intracerebral haemorrhage. *Nat Rev Dis Primers*. Mar 16 2023;9(1):14. doi:10.1038/s41572-023-00424-7

3. Bártlová S, Šedová L, Havierníková L, et al. Quality of Life of Post-stroke Patients. *Zdr Varst*. Jun 2022;61(2):101-108. doi:10.2478/sjph-2022-0014

4. Cheiloudaki E, Alexopoulos EC. Adherence to Treatment in Stroke Patients. *Int J Environ Res Public Health*. Jan 11 2019;16(2) doi:10.3390/ijerph16020196

5. Sakamoto Y, Bosookhuu O, Ouyang M, et al. Associated Factors of Long-Term Functional Outcome and Recovery Pattern After Intracerebral Hemorrhage: A Prospective Population-Based Study in Ulaanbaatar, Mongolia. *Stroke*. Feb 2025;56(2):437-446. doi:10.1161/strokeaha.123.046253

6. Chan AHY, Horne R, Hankins M, et al. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol*. Jul 2020;86(7):1281-1288. doi:10.1111/bcp.14193

7. Spetz K, Olbers T, Östbring M, et al. Using the 5-Item Medication Adherence Report Scale (MARS-5) to Screen for Non-adherence to Vitamin and Mineral Supplementation After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. Feb 2024;34(2):576-582. doi:10.1007/s11695-023-07027-x

8. Đinh Hữu Hùng, Trần Phước Hữu. Tăng huyết áp ở bệnh nhân đột quỵ xuất huyết não tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên năm 2020. *Tạp chí khoa học Đại học Tây Nguyên*. 2025;16(53):57-62. doi:10.5281/zenodo.6558807

9. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier

C, et al. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Jul 2022;53(7):e282-e361. doi:10.1161/str.0000000000000407

10. Nguyễn Thành Công, Võ Thành Sơn, Trần Nguyễn Thiên Long, và cs. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2025;15(3):79-85. doi:10.34071/jmp.2025.3.10

11. Basheti IA, Ayasrah SM, Ahmad MM, et al. Medications adherence and associated factors among patients with stroke in the Kingdom of Saudi Arabia. *Pharm Pract (Granada)*. Oct-Dec 2022;20(4):2736. doi:10.18549/PharmPract.2022.4.2736

12. Đoàn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Minh Lý, Mai Minh Thường. Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng ở người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt*

Nam. 2023;522(2):190-194. doi:10.51298/vmj.v522i2.4346

13. Phùng Văn Ngọc, Nguyễn Trọng Hưng. Khảo sát sự tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp ở người bệnh tai biến mạch máu não và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/13 2021;505(2):44-48. doi:10.51298/vmj.v505i2.1087

14. Kim J, Bushnell CD, Lee HS, et al. Effect of Adherence to Antihypertensive Medication on the Long-Term Outcome After Hemorrhagic Stroke in Korea. *Hypertension*. Aug 2018;72(2):391-398. doi:10.1161/hypertensionaha.118.11139

15. Adeoye-Olatunde OA, Hastings TJ, Blakely ML, et al. Social Determinants of Health and Medication Adherence in Older Adults with Prevalent Chronic Conditions in the United States: An Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2009-2018. *Pharmacy (Basel)*. Feb 7 2025;13(1) doi:10.3390/pharmacy13010020

Summary

INITIAL ASSESSMENT OF DRUG ADHERENCE USING THE MARS-5 SCALE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CEREBRAL HEMORRHAGE AFTER DISCHARGE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

This cross-sectional descriptive study was conducted on 103 patients with cerebral hemorrhage at Can Tho Central General Hospital from October 2024 to October 2025 to initially assess drug adherence using the MARS-5 scale and related factors. The results showed that the mean MARS-5 score was 21.3 ± 3.6 ; the adherence rate was 77.7% (full adherence: 36.0%, partial adherence: 41.7%), while the non-adherence rate was 22.3%. Multivariate logistic regression analysis revealed two factors associated with non-adherence: living alone (OR = 16,70; 95% CI: 4.75 - 58.72; $p < 0.001$) and current smoking (OR = 4.47; 95% CI: 1.27 - 15.69; $p = 0.020$). Given the cross-sectional design and limited sample size, these findings should be confirmed by further studies with stronger study designs. The MARS-5 scale may be useful for early detection of non-adherence behaviors, thereby suggesting appropriate interventions to improve treatment effectiveness and prevent recurrence in patients with cerebral hemorrhage after discharge.

Keywords: Cerebral hemorrhage, drug adherence, MARS-5 scales, related factors, Can Tho.