

TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT THANH HÓA NĂM 2023

Trương Khắc Quỳnh¹, Nguyễn Thị Phương Anh²
Nguyễn Mỹ Lan², Đỗ Nguyên Vũ² và Nguyễn Thị Mai^{1,✉}

¹Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu cắt ngang nhằm đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa năm 2023. Tổng cộng 300 người bệnh được tuyển chọn từ tháng 5 đến tháng 11/2023, mức độ tuân thủ được đánh giá bằng thang MMAS-8. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc đạt 69,3%. Các hành vi không tuân thủ phổ biến là cảm thấy phiền phức khi điều trị (39,3%) và đôi khi quên dùng thuốc (32,7%). Phân tích đơn biến ghi nhận không tuân thủ chế độ ăn, số thuốc đái tháo đường trong đơn, phác đồ phối hợp thuốc uống–insulin và lo sợ biến chứng có liên quan đến không tuân thủ sử dụng thuốc ($p < 0,05$). Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ còn không tuân thủ chế độ ăn ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh. Nhìn chung, tuân thủ điều trị còn chưa tối ưu; cần triển khai can thiệp đa thành phần, tăng cường tư vấn cá thể hóa và hỗ trợ duy trì các hành vi tự quản lý bệnh.

Từ khóa: Tuân thủ sử dụng thuốc, đái tháo đường típ 2, điều trị ngoại trú, MMAS-8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là bệnh không lây nhiễm phổ biến, đang gia tăng nhanh trên toàn cầu và là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong cũng như gánh nặng bệnh tật.¹ Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế, năm 2021 có 537 triệu người mắc bệnh và dự báo con số này sẽ tăng lên 643 triệu vào năm 2030 và 783 triệu vào năm 2045.² Tại Việt Nam, ĐTĐ đang gia tăng nhanh chóng và trở thành vấn đề y tế công cộng đáng quan tâm. Kết quả điều tra STEPwise năm 2021 cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ ở người trưởng thành là 7,1%.³ ĐTĐ típ 2 có thể dẫn đến nhiều biến chứng mạn tính nghiêm trọng như bệnh tim mạch, bệnh thận

mạn và bệnh lý võng mạc, góp phần làm gia tăng tỷ lệ tử vong và chi phí y tế.⁴ Tuân thủ điều trị, đặc biệt là tuân thủ sử dụng thuốc, đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát đường huyết và phòng ngừa biến chứng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng không tuân thủ điều trị có liên quan đến kiểm soát đường huyết kém, tăng nguy cơ biến chứng và nhập viện.⁵ Tuy nhiên, tình trạng không tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh ĐTĐ típ 2 vẫn còn phổ biến và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố.⁶

Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh hạng II, đầu mối khám và quản lý người bệnh đái tháo đường của tỉnh Thanh Hóa với địa bàn phục vụ trải rộng từ khu vực đồng bằng ven biển đến trung du miền núi. Người bệnh điều trị ngoại trú chủ yếu tự dùng thuốc tại nhà, khoảng cách địa lý và điều kiện kinh tế - xã hội không đồng đều giữa các vùng có thể ảnh hưởng đến khả năng duy trì điều

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Mai

Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa

Email: nguyenmai123@gmail.com

Ngày nhận: 17/04/2026

Ngày được chấp nhận: 25/05/2026

trị. Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam về tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh ĐTĐ típ 2 chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương hoặc khu vực đô thị lớn, trong khi dữ liệu tại các bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, đặc biệt tại địa bàn có cấu trúc địa lý đa dạng như Thanh Hóa, còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: 1) *Mô tả mức độ tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa năm 2023*; và 2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ sử dụng thuốc ở nhóm người bệnh này*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú ≥ 3 tháng.
- Tuổi ≥ 18 .
- Đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết phục vụ nghiên cứu.
- Mắc bệnh cấp tính.
- Rối loạn tâm thần hoặc suy giảm nhận thức.
- Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

2. Phương pháp

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

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 05/2023 đến tháng 11/2023.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96 \text{ (độ tin cậy 95\%).}$$

$p = 0,793$ (theo nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2022, tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 79,3%).⁷

$d = 0,05$ (sai số tuyệt đối cho phép).

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 253 người. Dự phòng 10%, cỡ mẫu cần đạt 279 người. Thực tế, 300 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào phân tích.

Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Tuyển chọn liên tiếp các người bệnh đái tháo đường típ 2 đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu. Số lượng người bệnh được tuyển chọn mỗi ngày thấp hơn số lượt khám thực tế do mỗi trường hợp cần trải qua quy trình sàng lọc tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc sẵn và đối chiếu thông tin lâm sàng trên hệ thống quản lý bệnh viện (HIS). Mỗi người bệnh chỉ được lựa chọn một lần, tránh trùng lặp dữ liệu. Phương pháp chọn mẫu này giúp nghiên cứu khả thi trong điều kiện thực tế và bảo đảm tính liên tục trong tuyển chọn đối tượng. Tuy nhiên, việc không áp dụng chọn mẫu xác suất có thể làm tăng nguy cơ sai lệch chọn mẫu và hạn chế tính đại diện của mẫu nghiên cứu. Hạn chế này được cân nhắc khi diễn giải và khái quát hóa kết quả. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người bệnh thông qua bộ câu hỏi cấu trúc sẵn, kết hợp khai thác thông tin lâm sàng và điều trị từ hệ thống quản lý bệnh viện (HIS) tại lần khám gần nhất. Các điều tra viên được tập huấn thống nhất nhằm đảm bảo tính chuẩn hóa trong thu thập số liệu.

Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc là tuân thủ sử dụng thuốc, được đánh giá bằng thang Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) – công cụ được sử

dụng rộng rãi trong đánh giá tuân thủ điều trị ở người bệnh mắc bệnh mạn tính. Nghiên cứu sử dụng phiên bản tiếng Việt của MMAS-8 đã được áp dụng trong một số nghiên cứu tại Việt Nam. MMAS-8 gồm 8 câu hỏi với tổng điểm từ 0–8; điểm càng cao phản ánh mức độ tuân thủ càng tốt. Người bệnh được phân loại tuân thủ khi MMAS-8 ≥ 6 điểm và không tuân thủ khi MMAS-8 < 6 điểm theo cách phân loại đã được sử dụng trong các nghiên cứu trước.⁸ Trong phân tích hồi quy logistic, biến phụ thuộc được mã hóa: không tuân thủ = 1 và tuân thủ = 0.

Các biến độc lập được lựa chọn dựa trên tổng quan y văn, mô hình khái niệm của WHO về các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị bệnh mạn tính và ý nghĩa lâm sàng, bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính, BMI, khu vực sinh sống, số bệnh mắc kèm, tiền sử gia đình về đái tháo đường, được tập huấn về đái tháo đường.

- Đặc điểm bệnh và điều trị: thời gian mắc bệnh, thời gian sử dụng thuốc, số thuốc đái tháo đường trong đơn bảo hiểm y tế, phác đồ điều trị, thay đổi thuốc, tác dụng phụ.

- Kiến thức về thuốc: tên thuốc, cách dùng, tác dụng phụ, xử trí khi quên liều và tổng điểm kiến thức.

- Thái độ người bệnh: mức độ hài lòng với kết quả điều trị, lo sợ tác dụng phụ, lo sợ biến chứng, niềm tin vào hiệu quả điều trị của thuốc.

- Hành vi liên quan: tuân thủ chế độ ăn và sử dụng biện pháp nhắc nhở sử dụng thuốc.

- Tuân thủ chế độ ăn được đánh giá thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh về việc thực hiện chế độ ăn theo khuyến nghị dành cho người bệnh đái tháo đường trong quá trình điều trị ngoại trú. Người bệnh được phân loại “có tuân thủ” khi báo cáo duy trì chế độ ăn theo khuyến nghị trong phần lớn thời gian điều trị và “không tuân thủ” khi không thực hiện hoặc chỉ thực hiện không thường xuyên.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa

và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD); các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ; kiểm định t-test được sử dụng để so sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để khảo sát các yếu tố liên quan đến tình trạng không tuân thủ sử dụng thuốc. Các biến có $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến và các biến có ý nghĩa lâm sàng hoặc đã được ghi nhận có liên quan trong các nghiên cứu trước được xem xét đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng theo phương pháp Enter. Đa cộng tuyến giữa các biến độc lập được kiểm tra trước khi đưa vào mô hình thông qua hệ số Variance Inflation Factor (VIF). Độ phù hợp và khả năng giải thích của mô hình được đánh giá bằng kiểm định Hosmer–Lemeshow và chỉ số Nagelkerke R^2 . Kết quả được trình bày dưới dạng Odds ratio (OR) với khoảng tin cậy 95% (CI). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa và các khoa/phòng liên quan. Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia. Thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc là 69,3%. Các hành vi không tuân thủ phổ biến gồm cảm thấy phiền phức khi điều trị (39,3%) và thỉnh thoảng quên sử dụng thuốc (32,7%). Phần lớn người bệnh không gặp khó khăn trong việc ghi nhớ sử dụng thuốc (73,7%), trong khi 6,0% người bệnh không dùng đủ thuốc trong ngày trước đó.

Bảng 1. Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc và các mục trong thang MMAS-8 (n = 300)

Nội dung	n (%)
<i>Mức độ tuân thủ</i>	
Tuân thủ (≥ 6 điểm)	208 (69,3)
Không tuân thủ (< 6 điểm)	92 (30,7)
<i>Các mục trong thang MMAS-8</i>	
Thỉnh thoảng quên sử dụng thuốc	98 (32,7)
Trong 2 tuần qua, có ngày không dùng thuốc	63 (21,0)
Từng giảm hoặc ngừng thuốc mà không thông báo cho bác sĩ	64 (21,3)
Thỉnh thoảng quên mang theo thuốc khi rời khỏi nhà	35 (11,7)
Ngày hôm qua không dùng đủ thuốc	18 (6,0)
Khi cảm thấy bệnh được kiểm soát, thỉnh thoảng ngừng thuốc	49 (16,3)
Cảm thấy phiền phức khi tuân thủ điều trị	118 (39,3)
<i>Khó khăn để ghi nhớ việc sử dụng tất cả các thuốc</i>	
Không bao giờ	221 (73,7)
Hiếm khi	14 (4,7)
Thỉnh thoảng	58 (19,3)
Thường xuyên	3 (1,0)
Luôn luôn	4 (1,3)

Bảng 2. Đặc điểm chung và một số yếu tố quản lý bệnh theo mức độ tuân thủ của đối tượng nghiên cứu (n = 300)

Yếu tố	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
Tuổi, trung bình (SD)	63,6 (9,7)	63,1 (8,6)	63,5 (9,4)	0,47
<i>Giới tính, n (%)</i>				
Nam	111 (53,4)	41 (44,6)	152 (50,7)	0,16
Nữ	97 (46,6)	51 (55,4)	148 (49,3)	
BMI, trung bình (SD)	23,3 (2,9)	24,0 (2,4)	23,5 (2,8)	0,06
Bệnh mắc kèm, trung bình (SD)	4,4 (1,4)	4,3 (1,3)	4,4 (1,4)	0,70
<i>Khu vực sinh sống, n (%)</i>				
Trung du miền núi	29 (13,9)	15 (16,3)	44 (14,7)	0,59
Đồng bằng ven biển	179 (86,1)	77 (83,7)	256 (85,3)	

Yếu tố	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
Trình độ học vấn, n (%)				
Dưới THPT	75 (36,1)	44 (47,8)	119 (39,7)	0,10
THPT	51 (24,5)	18 (19,6)	69 (23,0)	
Trung cấp/Cao đẳng/ĐH	82 (39,4)	29 (31,5)	111 (37,0)	
Sau đại học	0 (0)	1 (1,1)	1 (0,3)	
Tình trạng đi làm, n (%)				
Có đi làm	37 (17,8)	18 (19,6)	55 (18,3)	0,71
Không đi làm	171 (82,2)	74 (80,4)	245 (81,7)	
Sống cùng vợ hoặc chồng, n (%)				
Có	204 (98,1)	92 (100,0)	296 (98,7)	0,18
Không	4 (1,9)	0 (0)	4 (1,3)	
Tiền sử gia đình về ĐTĐ, n (%)				
Có	89 (42,8)	44 (47,8)	133 (44,3)	0,42
Không	119 (57,2)	48 (52,2)	167 (55,7)	
Được tập huấn về ĐTĐ, n (%)				
Đã được tập huấn	46 (22,1)	21 (22,8)	67 (22,3)	0,89
Chưa được tập huấn	162 (77,9)	71 (77,2)	233 (77,7)	

Các đặc điểm chung và yếu tố quản lý bệnh không ghi nhận khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tuân thủ chế độ ăn cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tuân thủ so với nhóm không tuân thủ (81,2% so với 70,7%; $p = 0,04$).

Bảng 3. Đặc điểm kiến thức về thuốc điều trị đái tháo đường theo mức độ tuân thủ (n = 300)

Kiến thức	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
Tên thuốc ĐTĐ trong đơn, n (%)				
Biết đúng và đủ	113 (54,3)	49 (53,3)	162 (54,0)	0,86
Không biết hoặc biết không đủ	95 (45,7)	43 (46,7)	138 (46,0)	
Lý do dùng thuốc (cơ chế tác dụng), n (%)				
Không biết	35 (16,8)	13 (14,1)	48 (16,0)	0,73
Giảm đường huyết	157 (75,5)	70 (76,1)	227 (75,7)	
Mô tả được chi tiết và đúng	16 (7,7)	9 (9,8)	25 (8,3)	
Cách và thời điểm dùng thuốc, n (%)				
Không biết	7 (3,4)	7 (7,6)	14 (4,7)	0,27
Biết cách hoặc thời điểm dùng	87 (41,8)	36 (39,1)	123 (41,0)	
Biết cả 2	114 (54,8)	49 (53,3)	163 (54,3)	
Tác dụng phụ và cách xử lý, n (%)				
Không biết	120 (57,7)	54 (58,7)	174 (58,0)	0,71
Biết tác dụng phụ hoặc cách xử lý	62 (29,8)	24 (26,1)	86 (28,7)	
Biết cả 2	26 (12,5)	14 (15,2)	40 (13,3)	

Kiến thức	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
Quên liều và xử lý, n (%)				
<i>Gấp đôi liều</i>	3 (1,4)	4 (4,3)	7 (2,3)	
<i>Không bao giờ quên liều</i>	102 (49,0)	21 (22,8)	123 (41,0)	<i>< 0,001</i>
<i>Sử dụng tiếp như bình thường</i>	100 (48,1)	64 (69,6)	164 (54,7)	
<i>Không biết</i>	3 (1,4)	3 (3,3)	6 (2,0)	
Tổng điểm kiến thức trung bình $\pm$ SD	4,5 $\pm$ 1,5	4,4 $\pm$ 1,7	4,5 $\pm$ 1,6	0,90

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuân thủ và không tuân thủ về các nội dung kiến thức và tổng điểm kiến

thức ($p > 0,05$). Tuy nhiên, kiến thức về xử trí khi quên liều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,001$).

Bảng 4. Đặc điểm thái độ của người bệnh theo mức độ tuân thủ (n = 300)

Nội dung	Tuân thủ	Không tuân thủ	Tổng	p
<i>Hài lòng với kết quả điều trị, n (%)</i>				
Hài lòng	197 (94,7)	85 (92,4)	282 (94,0)	0,44
Không hài lòng	11 (5,3)	7 (7,6)	18 (6,0)	
<i>Lo sợ gặp tác dụng phụ, n (%)</i>				
Có	76 (36,5)	41 (44,6)	117 (39,0)	0,19
Không	132 (63,5)	51 (55,4)	183 (61,0)	
<i>Lo sợ gặp biến chứng ĐTĐ, n (%)</i>				
Có	60 (28,8)	14 (15,2)	74 (24,7)	0,01
Không	148 (71,2)	78 (84,8)	226 (75,3)	
<i>Tin vào hiệu quả điều trị của thuốc, n (%)</i>				
Có	197 (94,7)	89 (96,7)	286 (95,3)	0,44
Không	11 (5,3)	3 (3,3)	14 (4,7)	

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuân thủ và không tuân thủ về mức độ hài lòng với điều trị, lo sợ tác dụng phụ và niềm tin vào hiệu quả của thuốc ($p > 0,05$). Tuy nhiên, lo sợ biến chứng đái tháo

đường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p = 0,01$), với tỷ lệ lo sợ biến chứng cao hơn ở nhóm tuân thủ so với nhóm không tuân thủ (28,8% so với 15,2%).

Bảng 5. Tổng hợp các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới không tuân thủ sử dụng thuốc khi phân tích hồi quy đơn biến và đa biến

Đặc điểm	Đơn biến (OR, 95% CI)	p	Đa biến (OR, 95% CI)	p
<i>Giới tính</i>				
Nam	Tham chiếu	0,16	Tham chiếu	
Nữ	1,42 (0,87 – 2,33)		1,48 (0,86 – 2,54)	0,15
BMI	1,09 (1,00 – 1,19)	0,055	1,10 (1,00 – 1,20)	0,056
<i>Tuân thủ chế độ ăn</i>				
Có	Tham chiếu		Tham chiếu	
Không	1,80 (1,02 – 3,18)	0,04	2,03 (1,12 – 3,69)	0,02
Số thuốc ĐTDĐ trong đơn	1,51 (1,05 – 2,17)	0,03	1,20 (0,74 – 1,94)	0,45
<i>Phác đồ điều trị</i>				
Thuốc uống	Tham chiếu	0,42	Tham chiếu	
Insulin	0,79 (0,45 – 1,40)	0,02	—	—
Thuốc uống và insulin	1,86 (1,11 – 3,10)		1,58 (0,80 – 3,15)	0,19
<i>Lo sợ gặp biến chứng</i>				
Không	Tham chiếu	0,01	Tham chiếu	
Có	0,44 (0,23 – 0,84)		0,54 (0,27 – 1,10)	0,09
<i>Lo sợ tác dụng phụ</i>				
Không	Tham chiếu	0,19	Tham chiếu	
Có	1,40 (0,85 – 2,30)		1,14 (0,65 – 2,00)	0,65

Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến không tuân thủ sử dụng thuốc gồm: không tuân thủ chế độ ăn (OR = 1,80; 95% CI: 1,02 – 3,18; p = 0,04), số thuốc ĐTDĐ trong đơn (OR = 1,51; 95% CI: 1,05 – 2,17; p = 0,03), phác đồ phối hợp thuốc uống và insulin (OR = 1,86; 95% CI: 1,11 – 3,10; p = 0,02) và lo sợ biến chứng (OR = 0,44; 95% CI: 0,23 – 0,84; p = 0,01). Trong mô hình đa biến, sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, chỉ còn không tuân thủ chế độ ăn là yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ sử dụng thuốc (aOR = 2,03; 95% CI: 1,12 – 3,69; p = 0,02). BMI và lo sợ biến chứng có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,056 và 0,09).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc trong nghiên cứu đạt 69,3%, cho thấy vẫn còn gần một phần ba người bệnh chưa tuân thủ điều trị. Mức này thấp hơn so với Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (73,5%), nhưng cao hơn đáng kể so với Bệnh viện Nhân dân Gia Định (46,1%).^{9,10} Tuy nhiên, việc so sánh đơn thuần tỷ lệ tuân thủ giữa các nghiên cứu có thể chưa phản ánh đầy đủ bản chất khác biệt. Sự khác nhau này nhiều khả năng liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, mức độ phức tạp điều trị, tỷ lệ sử dụng insulin, thời gian mắc bệnh, bệnh mắc kèm, mô hình quản lý ngoại trú và đặc điểm tuyến điều trị. Theo WHO, tuân thủ điều trị bệnh mạn tính là hiện tượng đa chiều, chịu ảnh hưởng

bởi sự tương tác giữa các yếu tố liên quan đến người bệnh, bệnh lý, điều trị, hệ thống y tế và bối cảnh kinh tế – xã hội.¹¹ Trong bối cảnh quản lý ngoại trú tuyến tỉnh, tỷ lệ không tuân thủ gần một phần ba cho thấy nhu cầu tăng cường các biện pháp hỗ trợ người bệnh ngoài hoạt động kê đơn thông thường.

Các biểu hiện không tuân thủ phổ biến gồm cảm thấy phiền phức khi tuân thủ điều trị (39,3%) và quên dùng thuốc (32,7%). Quên thuốc là dạng không tuân thủ không chủ ý thường gặp ở người bệnh ĐTĐ típ 2. Tuy nhiên, tỷ lệ cảm thấy phiền phức ở mức cao cho thấy không tuân thủ không chỉ liên quan đến kiến thức mà còn phản ánh gánh nặng điều trị lâu dài trong thực hành hằng ngày. Nhận định này phù hợp với các khuyến nghị gần đây, trong đó nhấn mạnh rằng cải thiện tuân thủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2 cần được tiếp cận theo hướng đa thành phần, bao gồm đơn giản hóa phác đồ, hỗ trợ nhắc nhở, giáo dục thực hành và tăng cường tương tác giữa người bệnh với nhân viên y tế.^{4,6}

Đáng chú ý, 21,3% người bệnh ghi nhận từng tự giảm hoặc ngừng thuốc mà không thông báo với nhân viên y tế. Đây là dạng không tuân thủ chủ động, khác với hành vi quên thuốc mang tính không chủ ý. Kết quả này cho thấy một bộ phận người bệnh có xu hướng tự điều chỉnh điều trị; tuy nhiên nghiên cứu chưa khảo sát trực tiếp nguyên nhân của hành vi này nên cần diễn giải thận trọng.

Phân tích đơn biến cho thấy không tuân thủ chế độ ăn, số thuốc điều trị, phác đồ phối hợp thuốc uống–insulin và lo sợ biến chứng có liên quan đến tình trạng không tuân thủ sử dụng thuốc. Tuy nhiên, sau khi hiệu chỉnh trong mô hình đa biến, chỉ còn không tuân thủ chế độ ăn ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy hành vi tuân thủ điều trị ở người bệnh đái tháo đường chịu ảnh hưởng đồng thời bởi nhiều yếu tố thuộc người bệnh,

điều trị và bối cảnh chăm sóc. Đáng chú ý, số thuốc điều trị ghi nhận mối liên quan ở phân tích đơn biến. Người bệnh đái tháo đường típ 2 thường đồng thời mắc tăng huyết áp, rối loạn lipid máu hoặc bệnh tim mạch, làm tăng số lượng thuốc sử dụng hằng ngày. Hiện tượng đa thuốc có thể làm tăng gánh nặng nhận thức và nguy cơ nhầm lẫn khi sử dụng thuốc; tuy nhiên, việc mối liên quan không còn duy trì sau hiệu chỉnh cho thấy số lượng thuốc đơn thuần có thể chưa phản ánh đầy đủ gánh nặng điều trị. Một tổng quan hệ thống trước đây cũng ghi nhận độ phức tạp của phác đồ điều trị có thể phản ánh gánh nặng điều trị liên quan đến tuân thủ rõ hơn so với số lượng thuốc đơn thuần.¹²

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, không tuân thủ chế độ ăn ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ sử dụng thuốc sau hiệu chỉnh. Người bệnh không tuân thủ chế độ ăn ghi nhận khả năng không tuân thủ sử dụng thuốc cao hơn so với nhóm tuân thủ chế độ ăn. Kết quả này gợi ý rằng các hành vi tự quản lý bệnh ở người bệnh đái tháo đường có thể có tính liên kết; người bệnh khó duy trì chế độ ăn theo khuyến nghị cũng có thể gặp khó khăn trong việc duy trì sử dụng thuốc đều đặn. Tuy nhiên, do thiết kế cắt ngang và do tuân thủ chế độ ăn được đánh giá bằng tự báo cáo, kết quả này cần được diễn giải thận trọng và không hàm ý quan hệ nhân quả.

Một số yếu tố như BMI và lo sợ biến chứng có xu hướng liên quan với không tuân thủ sử dụng thuốc trong mô hình đa biến nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Trong đó, lo sợ biến chứng có xu hướng liên quan với tỷ lệ không tuân thủ thấp hơn, tuy nhiên bằng chứng trong nghiên cứu này chưa đủ mạnh để khẳng định. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng ghi nhận các yếu tố liên quan đến không tuân thủ chưa hoàn toàn thống nhất giữa các quần thể nghiên cứu, cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ có thể thay đổi theo đặc điểm người bệnh,

mức độ phức tạp điều trị và bối cảnh chăm sóc y tế. Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy giới tính, BMI và lo sợ tác dụng phụ có liên quan đến không tuân thủ; nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương ghi nhận giới tính và bệnh mắc kèm là các yếu tố ảnh hưởng; trong khi nghiên cứu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương trên người bệnh sử dụng insulin cho thấy thời gian tiêm, dạng thuốc và số thuốc được kê đơn có liên quan đến không tuân thủ.^{7,13}

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và tình trạng không tuân thủ. Dữ liệu tuân thủ dựa trên tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại và thiên lệch xã hội, đồng thời nghiên cứu chưa sử dụng công cụ chuẩn hóa để đánh giá hành vi dinh dưỡng. Việc phân loại khu vực sinh sống thành hai nhóm (trung du miền núi và đồng bằng ven biển) mà chưa tách riêng khu vực đô thị/ thành phố Thanh Hóa có thể làm hạn chế khả năng đánh giá khác biệt về tiếp cận dịch vụ y tế giữa các khu vực địa lý. Ngoài ra, nghiên cứu chưa thu thập một số biến lâm sàng quan trọng như HbA1c, biến chứng đái tháo đường, số mũi tiêm insulin, khả năng tự tiêm insulin và tiền sử hạ đường huyết; điều này có thể dẫn đến nhiều còn sót lại trong mô hình phân tích. Tuy nhiên, với cỡ mẫu tương đối lớn và cách tiếp cận đa chiều, nghiên cứu vẫn cung cấp những gợi ý thực tiễn về các nhóm yếu tố cần ưu tiên can thiệp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa là 69,3%. Các biểu hiện không tuân thủ thường gặp là cảm thấy phiền phức khi điều trị, quên dùng thuốc và tự giảm hoặc ngừng thuốc mà không thông báo với nhân viên y tế. Phân tích đa biến ghi nhận

không tuân thủ chế độ ăn có liên quan đến tình trạng không tuân thủ sử dụng thuốc sau hiệu chỉnh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần triển khai các biện pháp hỗ trợ tuân thủ theo hướng đa thành phần và cá thể hóa, bao gồm hệ thống nhắc thuốc, tư vấn sử dụng thuốc, hướng dẫn xử trí khi quên liều và hỗ trợ duy trì chế độ ăn trong quá trình điều trị ngoại trú. Đồng thời, cần tăng cường tư vấn cá thể hóa đối với người bệnh ghi nhận các đặc điểm liên quan đến không tuân thủ và hạn chế tình trạng tự giảm hoặc ngừng thuốc không có hướng dẫn của nhân viên y tế. Các nghiên cứu tiếp theo nên được thực hiện tại nhiều cơ sở, có thời gian theo dõi dài hơn và bổ sung các biến lâm sàng như HbA1c, biến chứng đái tháo đường và đặc điểm điều trị insulin.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa, các khoa/phòng liên quan và toàn thể người bệnh đã tham gia, hỗ trợ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu này không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức, cá nhân hoặc nguồn kinh phí thương mại nào.

Xung đột lợi ích: Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Diabetes. 2026. Accessed March 21, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. International Diabetes Federation; 2021.
3. Ministry of Health Viet Nam. *National Survey on the Risk Factors of Noncommunicable*

Diseases in Viet Nam, 2021. 2022. <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/948/related-materials>

4. International Diabetes Federation. IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes. 2025. Accessed March 22, 2026. https://idf.org/media/uploads/2025/04/IDF_Rec_2025.pdf

5. Patel S, Abreu M, Tumyan A, Adams-Huet B, Li X, Lingway I. Effect of medication adherence on clinical outcomes in type 2 diabetes: analysis of the SIMPLE study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2019;7(1). doi:10.1136/bmjdr-2019-000761

6. Highton PJ, Funnell MP, Gupta P, et al. Improving medication adherence in type 2 diabetes: strategies for better clinical and economic outcomes. *Diabetologia*. 2026;69(3):541-556. doi:10.1007/s00125-025-06617-x

7. Lê Thu Thuỷ, Lương Thị Hiền, Hà Quang Tuyền, Nguyễn Thị Song Hà. Nghiên cứu thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc và so sánh một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ sử dụng thuốc ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;514(2). doi:10.51298/vmj.v514i2.2641

8. Mapi Research Trust. Morisky Medication Adherence Scale-8 item. ePROVIDE - Mapi Research Trust. October 26, 2025. Accessed February 21, 2026. [https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/morisky-medication-](https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/morisky-medication-adherence-scale-8-item)

[adherence-scale-8-item](https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/morisky-medication-adherence-scale-8-item)

9. Phạm Thị Lâm Phương, Nguyễn Thị Thu Hương, Vũ Thuỳ Linh. Mức độ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024;185(12):173-179. doi:10.52852/tcncyh.v185i12.2834

10. Trần Thị Quỳnh Anh, Nguyễn Viết Ngọc, Nguyễn Hương Thảo. Khảo sát sự tuân thủ dùng thuốc và rào cản tinh thần trong việc sử dụng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019. Accessed April 1, 2026. <https://www.tapchihyoctphcm.vn/articles/16757>

11. World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies : evidence for action. World Health Organization <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

12. Pantuzza LL, Ceccato M, das GB, Silveira MR, Junqueira LMR, Reis AMM. Association between medication regimen complexity and pharmacotherapy adherence: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2017;73(11):1475-1489. doi:10.1007/s00228-017-2315-2

13. Nguyễn Tiến Đạt. Phân tích tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Dược sĩ chuyên khoa cấp I. Đại học Dược Hà Nội; 2020.

Summary

MEDICATION ADHERENCE AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THANH HOA ENDOCRINOLOGY HOSPITAL 2023

A cross-sectional study was conducted to describe medication adherence and identify factors associated with non-adherence among outpatients with type 2 diabetes at Thanh Hoa Endocrinology Hospital in 2023. A total of 300 patients were recruited from May to November 2023. Medication adherence was assessed using the MMAS-8 scale. The medication adherence rate was 69.3%. The most common non-adherent behaviors included feeling burdened by long-term treatment (39.3%) and occasionally forgetting to take medication (32.7%). Univariate analysis identified non-adherence to dietary recommendations, number of antidiabetic medications, combined oral antidiabetic drug–insulin therapy, and fear of complications as factors associated with medication non-adherence ($p < 0.05$). In the multivariable logistic regression model, only non-adherence to dietary recommendations remained significantly associated with medication non-adherence after adjustment for potential confounders. Overall, medication adherence remained suboptimal, highlighting the need for multicomponent interventions, individualized counseling, and support for self-management behaviors.

Keywords: Medication adherence, type 2 diabetes mellitus, outpatient treatment, MMAS-8.