DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2025059

Nhận thức và niềm tin của bệnh nhân với ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị tăng huyết áp: Nghiên cứu trên người bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế ở Thành phố Hồ Chí Minh

Phạm Văn Lình, Nguyễn Đình Trọng*

Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

*Đặt vấn đề: Trong nghiên cứu tuân thủ điều trị tăng huyết áp (THA) của bệnh nhân bao gồm nghiên cứu cứu tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ không dùng thuốc và tuân thủ điều trị chung. Các nghiên cứu tuân thủ điều trị chung hiện nay được thực hiện khá phổ biến tại Việt Nam. Nghiên cứu này tập trung sâu vào nghiên cứu ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA tại một trạm y tế tuyến cơ sở ở TPHCM. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu lấy mẫu ngẫu nhiên thuận tiện với phương pháp nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu, định lượng là chính kết hợp định tính sơ bộ. Kết quả nghiên cứu: Nghiên cứu đã phát triển và kiểm định 4 bộ thang đo, các bộ thang đo đảm bảo độ tin cậy cho nghiên cứu. Các đánh giá ma trận xoay nhân tố, phương sai trích và các phân tích đều đảm bảo cho phân tích hồi quy đa biến. Kết quả phân tích hồi qua đa biến cho ra phương trình hồi quy đa biến dự báo cho ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA: YĐTT = 1.484 + 0.268*NTLIT + 0.229*NTT + 0.479*NTCBYT - 0.158*NTRRT + 0.26*NTTTDT, với độ tin cậy được chấp nhận qua các phép kiểm định chặt chẽ. Kết quả nghiên cứu đảm bảo ý nghĩa thống kê qua các phép kiểm định. Kết luận: Nghiên cứu đã kiểm định các bộ thang đo đạt độ tin cậy, mức độ ảnh hưởng của 5 biến độc lập lên biến phụ thuộc và phương trình hồi quy dự báo cho ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân trên nền tảng nhận thức và niềm tin.*

Từ khoá: *tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ và tăng huyết áp*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý phổ biến và đang gia tăng hiện nay ở các nước đang phát triển và phát triển [1]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính có khoảng 1.56 tỷ người tăng huyết áp vào năm 2025. Bệnh THA là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý tim mạch hiện nay, chỉ trong năm 2019 trên thế giới có gần 10 triệu ca tử vong liên quan đến THA [2]. Tại Việt Nam THA chiếm khoảng 25% số người trưởng thành và đang có xu hướng tăng cao. Các nghiên cứu cho thấy nếu THA không được kiểm soát thì nguy cơ biến chứng nguy hiểm ngày càng tăng. Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ THA ở nhiều địa phương là trên 20% dân số tại Việt Nam. Tuy nhiên, việc điều trị THA ở nước ta nói riêng và trên thế giới nói chung chỉ đạt huyết áp mục tiêu 25% - 40%. Kiểm soát huyết áp mục tiêu phụ thuộc vào bệnh nhân có tuân thủ điều trị, tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ chế độ ăn uống và sinh hoạt lành mạnh [3, 4].

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Trọng

Email: nguyendinhtrong75@gmail.com

Dự phòng hậu quả xấu của THA là một trong những biện pháp giúp bệnh nhân không tiến triển nặng, phòng ngừa các tai biến xấu có thể xảy ra. Muốn tránh tăng huyết áp đòi hỏi bệnh nhân phải nhận thức được tầm quan trọng của bệnh, chế độ điều trị và dự phòng. Vấn đề dự phòng THA không dễ dàng thực hiện nếu bệnh nhân thiếu sự tuân thủ trong điều trị [4]. Một trong những tai biến phổ biến của THA là đột quỵ, đột quỵ là nguyên nhân thứ hai gây ra tử vong trên thế giới và là nguyên nhân chính gây ra thương tật vĩnh viễn, có tới 11.3% ca tử vong do đột quỵ. Tỷ lệ đột quỵ trong dân số chiếm tới 0.2% hàng năm. Có gần 50% số người sống sót sau đột quỵ phải sống phụ thuộc vào người khác do khuyết tật và di chứng của nó để lại [5].

Hiện nay có nhiều nghiên cứu khác nhau, tiếp cận hướng nghiên cứu về tuân thủ điều trị nhưng đa số các nghiên cứu chủ yếu là dạng nghiên cứu hồi cứu,

cắt ngang mô tả chiếm đa số. Các nghiên cứu hiện nay chỉ xác định mức độ, tỷ lệ tuân thủ điều trị chung và gây khó khăn cho quản lý bệnh THA [5]. Do đó, rất cần các nghiên cứu chuyên sâu về từng khía cạnh của tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ điều trị, tuân thủ không dùng thuốc của bệnh nhân tại cộng đồng. Các bệnh không lây nhiễm, trong đó có bệnh THA được nhà nước giao cho các trạm y tế theo dõi, điều trị và kiểm soát tại địa phương. Nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa nhận thức và niềm tin của bệnh nhân với ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA tại trạm y tế phường Tân Quý, quận Tân Phú, Thành phố Hồ CHí Minh (TP.HCM). Mục tiêu nghiên cứu này nhằm phát triển và kiểm định 6 bộ thang đo cho nghiên cứu, xác định mức độ ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA, xây dựng mô hình dự báo ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA dựa trên nhận thức và niềm tin của bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân THA từ trên 40 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại trạm y tế phường Tân Quý, quận Tân Phú, TP.HCM. Nghiên cứu tập trung trên bệnh nhân trên 40 tuổi vì có những khác biệt với độ tuổi trẻ và cần quan tâm tới sự tuân thủ dùng thuốc THA. Tiêu chuẩn lấy mẫu: Người mắc THA từ 40 tuổi trở lên, tự nguyện tham gia nghiên cứu, minh mẫn, nghe và đọc hiểu tiếng Việt, đủ khả năng trả lời bộ câu hỏi khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân THA mà rối loạn tâm thần, hoặc câm điếc, bệnh nhân có biến chứng nặng của THA như tai biến mạch máu não, suy thận, nhồi máu cơ tim vì giảm khả năng thực hiện ý định hành vi. Bệnh nhân THA thai kỳ và bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu cũng không đưa vào khảo sát nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang, tiến cứu, tập trung chính lên định lượng có kết hợp định tính sơ bộ.

Cỡ mẫu: Công thức lấy mẫu theo Hair (2005, 2018) [6]: Số mẫu = X * 5, trong đó X là biến quan sát, 5 là hệ số. Số mẫu cho loại nghiên cứu định lượng này gấp từ 5 lần số biến quan sát trong nghiên cứu. Theo đó số mẫu cho nghiên cứu tính ra tối thiểu là 215 mẫu.

Thang đo cho nghiên cứu: Thang đo được phát triển và kiểm định từ các thang đo gốc, vận dụng và điều chỉnh vào lĩnh vực sức khoẻ tại Việt Nam. Cụ thể thang đo nhận thức rủi ro dựa trên thang đo gốc của Murray và công sự (1990) với 4 biến quan sát [7]. Thang đo nhận thức lợi ích dựa trên thang đo của Plotnikoff và Higginbotham (2002) với 5 biến quan sát [8]. Thang đo niềm tin sẽ dựa trên thang đo của Brackett và Carr (2000) với 4 biến quan sát [9]. Cuối cùng là thang đo ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA dựa trên bộ thang đo của Baker và Chill (1977) với 4 biến quan sát [10]. Tiêu chuẩn đánh gia độ tin cậy thang đo thông qua hệ số phân tích Cronbach's alpha, thang đo có hệ số tin cậy Cronbach's alpha của thang đo phải nằm trong khoảng 0.6 đến 1 thì mới đạt yêu cầu dùng cho nghiên cứu, nếu càng dần về 1 thì thang đo có độ tin cậy càng cao [11].

2.3. Phương pháp thu thập dữ liệu

Thời gian thu thập dữ liệu khảo sát từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2024. Phương pháp lấy mẫu theo ngẫu nhiên thuận tiện, phi xác suất.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Thứ nhất, chuẩn bị dữ liệu, làm theo dữ liệu thô và phân tích để nguồn thông tin tập hợp rõ ràng và hiểu được. Chuẩn bị dữ liệu là một quá trình tiến hành theo bảy bước: Kiểm tra bảng câu hỏi, hiệu chỉnh, mã hóa, nhập vào phần mềm tương ứng, làm sạch dữ liệu, phân tích dữ liệu. Nghiên cứu sử dụng phần mềm phần mềm SPSS 22.0, sử dụng phân tích và xử lý dữ liệu với các phép kiểm định: Thống kê mô tả, kiểm định Bartlett, kiểm định ANOVA, kiểm định T-test, phân tích Cronbach's alpha, phân tích EFA, phân tích đa cộng tuyến và phân tích hồi quy đa biến.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu từ phỏng vấn người bệnh, được mã hoá, không lưu giữ mục đích khác, bảo mật thông tin cá nhân, không làm ảnh hưởng lộ thông tin cá nhân, không làm ảnh hưởng đến sức khoẻ và lợi ích của bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này được chấp thuận và duyệt từ Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng.

3. KẾT QUẢ NGHÊN CỨU

Nghiên cứu thử khảo sát với 35 mẫu, sau đó đi kiểm định thang đo cho nghiên cứu đạt yêu cầu. Nghiên cứu chính thức khảo sát với 258 mẫu, sau đó kiểm tra và loại bỏ 31 mẫu lỗi và còn lại 227 mẫu cho nghiên cứu chính thức.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Phân loại/ mức	Tần số	Phần trăm (%)
Giới tính		
Nam	107	47.1
Nữ	120	52.9
Độ tuổi		
Từ 40 - 50 tuổi	13	5.7
Từ 50 - 60 tuổi	55	24.2
Từ 60 - 70 tuổi	94	41.4
Trên 70 tuổi	65	28.6
Tôn giáo		
Phật giáo	81	35.7
Thiên Chúa giáo	61	26.9
Khác	85	37.4
Trình độ học vấn		
Dưới lớp 12	168	74.0
Tốt nghiệp 12 và trung cấp	51	22.5
Cao đẳng và đại học	7	3.1
Sau đại học	1	0.4
Đặc điểm nghề nghiệp		
Lao động tay chân, công và nông dân	37	16.3
Lao động trí óc và công chức	16	7.0
Nội trợ và tự do	77	33.9
Hưu trí và mất sức	82	36.1
Khác	15	6.6
Tổng	**227**	**100.0**

Kết quả thống kê ở bảng 1 phản ánh được những vấn đề về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo với việc khám và điều trị THA tại tuyến trạm y tế phường Tân Quý, quận Tân Phú, TPHCM. Một số đặc điểm như sau: Giới tính nữ chiếm 52.9%, độ tuổi đến khám THA nhiều nhất ở trạm y tế là từ 60 đến 70 tuổi chiếm tới 41.4%, trình độ học vấn dưới lớp 12 chiếm nhiều nhất tới 74.0%, người hưu trí và mất sức tới khám THA cao nhất và chiếm tới 36.1% trong tổng 227 mẫu khảo sát.

3.2. Kiểm định các thang đo cho nghiên cứu

Nghiên cứu tiếp cận 4 bộ thang đo từ nước ngoài, có bộ thang đo vẫn chưa được dùng nhiều ở Việt Nam vào lĩnh vực sức khoẻ, do đó cần chuyển ngữ, kiểm tra độ nội dung và kiểm định độ tin cậy thang đo có đảm bảo cho nghiên cứu hay không. Đánh giá độ tin cậy thang đo qua nghiên cứu thử trên 35 mẫu và nghiên cứu chính thức là 227 mẫu.

Bảng 2. Độ tin cậy của các thang đo ở nghiên cứu thử và nghiên cứu chính thức

Mục tên thang đo	Nghiên cứu thử 35 mẫu		Nghiên cứu chính thức 227 mẫu	
	Hệ số Cronbach's alpha	Số biến quan sát	Hệ số Cronbach's alpha	Số biến quan sát
Thang đo NTLIT	0.672	5	0.778	5
Thang đo NTRRT	0.859	4	0.816	4
Thang đo NTT	0.680	4	0.661	4
Thang đo NTTTĐT	0.770	4	0.795	4
Thang đo NTCBYT	0.850	4	0.824	4
Thang đo YĐTT	0.755	4	0.753	4

(*NTLIT: Nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA; NTRRT: Nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA; NNT: Niềm tin về thuốc điều trị THA; NTTTĐT: Niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA; NTCBYT: Niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị THA; YĐTT: Ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân*)

Theo kết quả ở Bảng 2, nghiên cứu thử với 35 mẫu nghiên cứu thì hệ số Cronbach's alpha của 6 thang đo cho nghiên cứu dao động từ 0.672 - 0.859. Trong đó thang đo niềm tin vào sự tư vấn và điều trị của cán bộ y tế có độ tin cậy cao nhất, lên tới 0.859 và thang đo có hệ số Cronbach's alpha có hệ số tin cậy thấp nhất là thang đo nhận thức lợi ích của thuốc điều trị THA, bằng 0.672 lớn hơn 0.6 nên vẫn đảm bảo điều kiện cho nghiên cứu. Trong nghiên cứu chính thức với 227 mẫu, kết quả hệ số Cronbach's alpha dao động từ từ 0.661 tới 0.824. Trong đó thang đo NTCBYT cao nhất là 0.824 và thang đo có hệ số Cronbach's alpha thấp nhất là thang đo NTRRT với 0.661. Do đó các thang đo đều đảm bảo cho nghiên cứu, tiến hành phân tích các bước tiếp theo.

3.3. Xác định mức độ ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA

Phân tích nhân tố khám phá cho 5 biến độc lập và biến phụ thuộc: Bước phân tích này nhằm kiểm tra độ phù hợp của bộ dữ liệu thống kê cho nghiên cứu. Hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), là một chỉ số xem xét sự thích hợp của phân tích nhân tố, chỉ số 0.5 < KMO < 1 có ý nghĩa phân tích nhân tố thích hợp và ngược lại nếu hệ số KMO < 0.5 nghĩa là phân tích nhân tố không phù hợp với dữ liệu. Kết quả phân tích cho 5 nhân tố biến độc lập ở Bảng 2 cho giá trị KMO của mẫu là 0.774, chỉ số này cao hơn 0.5 là khá ổn với bộ mẫu nghiên cứu và mô hình dự báo. Thông qua phép kiểm định Bartlett có hệ số sig. = 0.000 < 0.05, đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả phân tích biến phụ thuộc ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA cho giá trị KMO của mẫu là 0.751, chỉ số này cao hơn 0.5 là được chấp nhận với bộ mẫu nghiên cứu và mô hình. Thông qua phép kiểm định Bartlett có hệ số sig. = 0.000 < 0.05, đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy bộ dữ liệu đảm bảo cho phân tích tiếp theo.

Bảng 3. Kết quả KMO và phép kiểm Bartlett

Phân tích cho các nhân tố biến độc lập NTLIT, NTRRT, NTT, NTTTĐT, NTCBYT		
Do lường sự phù hợp dữ liệu với chỉ số KMO		0.774
Phép kiểm Bartlett cầu phương (ma trận hiệp phương sai)	Ước lượng chi bình phương	2,245.867
	Bậc tự do	210
	Mức ý nghĩa thống kê	0.000
Phân tích cho nhân tố biến phụ thuộc YĐTT		
Do lường sự phù hợp dữ liệu với chỉ số KMO		0.751
Phép kiểm Bartlett cầu phương (ma trận hiệp phương sai)	Ước lượng chi bình phương	210.481
	Bậc tự do	6
	Mức ý nghĩa thống kê	0.000

Kết quả phân tích tổng phương sai trích các nhân tố biến độc lập bằng phương pháp rút trích các thành phần (principal component), với phép quay Varimax với giá trị cản hoàn toàn nhỏ hơn 0.5 ở Bảng 3. Kết quả cho ra phương sai trích cho các biến độc lập là 70.562%, lớn hơn 50% là bộ dữ liệu tốt để giải thích cho mối tương quan các biến độc lập và biến phụ thuộc. Phương sai của 20 biến quan sát đều lớn hơn 20%, mà cụ thể là dao động từ 21.780% tới 99.245% đều nằm trong khoảng chấp nhận cho phép.

Bảng 4. Phương sai và phương sai tích của các biến độc lập

Tổng phương sai được giải thích									
	Giá trị riêng ban đầu			Trích xuất bình phương các tải trọng			Quay bình phương các tải trọng		
Nhân tố	Tổng	% phương sai	% tích luỹ	Tổng	% phương sai	% tích luỹ	Tổng	% phương sai	% tích luỹ
1	4.574	21.780	21.780	4.574	21.780	21.780	3.261	15.527	15.527
2	3.019	14.375	36.154	3.019	14.375	36.154	2.861	13.625	29.152
3	2.664	12.687	48.841	2.664	12.687	48.841	2.761	13.146	42.298
4	2.249	10.709	59.550	2.249	10.709	59.550	2.453	11.681	53.979
5	1.278	6.088	65.638	1.278	6.088	65.638	2.425	11.546	65.526
6	1.034	4.924	70.562	1.034	4.924	70.562	1.058	5.037	70.562
7	0.837	3.986	74.548						
8	0.671	3.197	77.745						

Tổng phương sai được giải thích									
	Giá trị riêng ban đầu			Trích xuất bình phương các tải trọng			Quay bình phương các tải trọng		
Nhân tố	Tổng	% phương sai	% tích luỹ	Tổng	% phương sai	% tích luỹ	Tổng	% phương sai	% tích luỹ
9	0.591	2.814	80.559						
10	0.569	2.711	83.270						
11	0.532	2.531	85.801						
12	0.486	2.315	88.115						
13	0.419	1.993	90.108						
14	0.362	1.725	91.833						
15	0.335	1.594	93.427						
16	0.298	1.417	94.845						
17	0.272	1.297	96.142						
18	0.261	1.244	97.386						
19	0.226	1.076	98.462						
20	0.164	0.783	99.245						
21	0.159	0.755	100.000						
Phương pháp trích: Phân tích thành phần chính									

Phân tích nhân tố khám phá EFA (Exploratory Factor Analysis) của các biến độc lập: Kết quả chạy EFA ở bảng 4 cho thấy 21 biến quan sát đo lường 5 nhân tố biến độc lập được tách rời nhau tương đối. Các biến quan sát đo lường các khái niệm đạt độ hội tụ và tách nhân tố phân tích. Tuy nhiên, đã có hiện tượng đa cộng tuyến và biến quan sát đó đã không đảm bảo cho đo lường nhân tố. Đó là 2 biến quan sát "nhận thức rủi ro thuốc điều trị THA3" và "niềm tin về thuốc điều trị THA1", nên 2 biến quan sát này bị loại khỏi dữ liệu để nghiên cứu tiếp hồi quy đa biến để xem xét mối tương quan giữa các biến độc lập và biến phụ thuộc. Phân tích EFA cho ra tổng phương sau trích là 70.562%, giải thích cho biến độc lập là được chấp nhận cho nghiên cứu. Các tổng bình phương các tải trọng của các nhân tố đều lớn hơn 1 và được chấp nhận.

Bảng 5. Kết quả phân tích nhân tố khám phá EFA các biến độc lập

Ma trận xoay nhân tố						
	Nhân tố					
	1	2	3	4	5	6
NTTTĐT 1	0.811					
NTTTĐT 3	0.789					
NTTTĐT 2	0.781					
NTTTĐT 4	0.677					
NTLIT 3	0.661					
NTRRT 3	0.647			0.566		
NTLIT 1		0.871				
NTLIT 2		0.855				
NTLIT 4		0.785				
NTLIT 3		0.783				
NTCBYT 2			0.833			
NTCBYT 4			0.796			
NTCBYT 3			0.770			
NTCBYT 1			0.719			
NTRRT 2				0.880		
NTRRT 1				0.784		
NTRRT 4				0.742		

Ma trận xoay nhân tố						
NTT 2					0.915	
NTT 3					0.901	
NTT 4					0.845	
NTT 1						0.955
Phương pháp trích: Phân tích thành phần chính						
Phương pháp xoay: Phương pháp xoay Varimax với chuẩn hoá Kaiser						
Phép quay hội tụ sau 5 vòng lặp						

Phân tích nhân tố ở Bảng 5, các biến quan sát của các biến độc lập được tách ra làm 5 nhóm biến quan sát ứng với 5 nhân tố của các biến độc lập: Nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA, nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA, niềm tin về thuốc điều trị THA, niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA, niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị THA. Trong đó có 2 biến quan sát nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA 3 và niềm tin về thuốc điều trị THA 1 đã bị loại khỏi dữ liệu nghiên cứu ở những bước phân tích tiếp theo. Lý do 2 biến quan sát này bị loại là do đa cộng tuyến và không hội tụ về giá trị đo lường của nhân tố.

Hệ số tải nhân tố nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA dao động từ 0.783 - 0.871 với 4 biến quan sát gốc được bảo toàn, nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA có hệ số tải nhân tố dao động từ 0.742 - 0.880 với 3 biến quan sát gốc sau khi loại 1 biến quan sát, niềm tin về thuốc điều trị THA có hệ số tải nhân tố dao động 0.845 - 0.915 với 3 biến quan sát gốc sau khi loại 1 biến quan sát, niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA có hệ số tải nhân tố dao động từ 0.661 - 0.811 với 4 biến quan sát được bảo toàn, niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị THA có hệ số tải nhân tố dao động từ 0.719 - 0.833 với 4 biến quan sát gốc được bảo toàn.

Bảng 6. Kết quả phân tích hồi quy đa biến

Kết quả rút gọn					
MH	Hệ số R	R^2	R^2 hiệu chỉnh	Ước lượng sai số	Chỉ số Durbin-Watson
1	0.801	0.642	0.634	0.18267	2.057
Các biến độc lập: NTTTDT, NTT, NTCBYT, NTLIT, NTRRT					
Biến phụ thuộc: YĐTT					

Kiểm định ANOVA						
Mô hình		Tổng bình phương	Bậc tự do (df)	Bình phương trung bình	F	Mức ý nghĩa thống kê (sig.)
1	Hồi quy	13.238	5	2.648	79.343	0.000
	Sai số dư	7.7375	221	0.033		
	Tổng	20.613	226			
Các biến độc lập: NTTTDT, NTT, NTCBYT, NTLIT, NTRRT						
Biến phụ thuộc: YĐTT						

Kết quả các hệ số							
Mô hình		Hệ số Beta chưa chuẩn hoá	Sai số	Hệ số Beta chuẩn hoá	Mức ý nghĩa thống kê	Dung sai đa cộng tuyến	Hệ số VIP
1	Hằng số	1.484	0.136		0.000		
	NTLIT	0.129	0.020	0.268	0.000	0.950	1.052
	NTT	0.112	0.020	0.229	0.000	0.981	1.020
	NTCBYT	0.181	0.018	0.479	0.000	0.750	1.334
	NTRRT	-0.076	0.022	-0.158	0.001	0.754	1.326
	NTTTĐT	0.127	0.020	0.260	0.000	0.971	1.030
Biến phụ thuộc: YĐTT							

Kết quả phân tích hồi quy đa biến và mức độ ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin lên YĐTT: Theo kết quả ở Bảng 6, hệ số Beta đã chuẩn hoá chính là mức độ ảnh hưởng của nhận thức về lợi ích của

thuốc điều trị THA, niềm tin về thuốc điều trị THA, niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị, nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA, niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân theo thứ tự trọng số ảnh hưởng 0.268, 0.229, 0.479, -0.158, 0.260, các trọng số ảnh hưởng khác nhau phản ánh mức độ ảnh hưởng khác nhau của các nhân tố biến độc lập lên biến phụ thuộc. Trong bảng kết quả và diễn dịch kết quả nghiên cứu dùng các hệ số Beta đã chuẩn hoá.

Các phép kiểm định F ở đây đều có mức ý nghĩa thống kê (sig.) là 0.000, đảm bảo độ tin cậy cho kết quả nghiên cứu. Kết quả kiểm định hiện tượng đa cộng tuyến cho bộ dữ liệu cuối cùng cho giá trị "độ phóng đại phương sai" (VIF) đạt yêu cầu < 2 và dao động từ mức 1.020 - 1.334, điều này chứng tỏ các biến độc lập không xảy ra hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể trong mô hình. Từ kết quả và phân tích ở trên, có thể kết luận rằng mô hình hồi quy đạt yêu cầu về độ giá trị và tin cậy cho nghiên cứu.

3.4. Mô hình dự báo tuân thủ dùng thuốc điều trị THA dựa trên nhận thức và niềm tin của bệnh nhân

Kết quả hồi quy ở Bảng 6 đạt mức giải thích cho tập dữ liệu với chỉ số R^2 hiệu chỉnh = 0.634 và cũng thông qua kiểm định F (ANOVA) với giá trị sig. = 0.000. Hằng số tự do là 1.484 có ý nghĩa thống kê (sig. = 0.000 < 0.05) nên được đưa vào phương trình hồi quy. Kết quả kiểm định hiện tượng đa cộng tuyến cũng cho giá trị VIP (độ phóng đại phương sai) đạt yêu cầu < 2 và dao động từ mức 1.020 - 1.334, điều này chứng tỏ các biến độc lập không xảy ra hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể trong nghiên cứu. Từ kết quả và phân tích ở trên, có thể kết luận rằng kết quả hồi quy đạt yêu cầu và dữ liệu phù hợp nghiên cứu với 5 biến độc lập: Nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA, niềm tin về thuốc điều trị THA, niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị, nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA, niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA, giải thích về biến phụ thuộc YĐTT cùng các hệ số hồi quy chuẩn hoá lần lượt là 0.628, 0.229, 0.479, 0.158 và 0.26. Mô hình phù hợp và giải thích được 63.4% sự biến thiên của dữ liệu nghiên cứu. Kết quả phương trình hồi quy như sau:

YĐTT = 1.484 + 0.268*NTLIT + 0.229*NTT + 0.479*NTCBYT - 0.158*NTRRT + 0,26*NTTTDT

Đây chính là mô hình dự báo sự tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân với nhận thức và niềm tin.

4. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong kết quả nghiên cứu cho thấy người có trình độ học vấn thấp, dưới lớp 12 chiếm nhiều nhất khi tới trạm y tế khám và điều trị THA. Điều này có thể nghiên cứu thực hiện tại địa bàn quận vùng ven với dân số là người lao động nhập cư nên việc tiếp cận khám chữa bệnh tại trạm y tế sẽ thuận tiện hơn về thời gian, việc di chuyển, chi phí ít hơn so với đến khám tại các bệnh viện tuyến trên. Những người bị THA có độ tuổi từ 60 - 70 tuổi chiếm nhiều nhất khi tới trạm y tế khám và điều trị, kết quả này cũng phản ánh, người trẻ bị THA thì xu hướng họ đến khám và điều trị tại các bệnh viện tuyến trên còn những người có tuổi thì chọn tuyến dưới, gần nhà, thuận tiện hơn.

4.2. Bàn luận về thang đo cho nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện phát triển và kiểm định thang đo từ những thang đo gốc của các tác giả trên thế giới. Thang đo nhận thức rủi ro của Murray và cộng sự, thang đo nhận thức lợi ích của Plotnikoffb và Higginbotham, thang đo niềm tin của Brackett và Carr, thang đo ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của Baker và Chill [7 - 10]. Kết quả mang lại 6 bộ thang đo được điều chỉnh và phù hợp cho nghiên cứu tại Việt Nam, còn 2 bộ thang đo đã loại bỏ 2 biến quan sát do không đạt về giá trị phân tích nhân tố khám phá EFA, do xuất hiện hiện tượng đa cộng tuyến. Đối với phương pháp cắt ngang định lượng, việc loại biến quan sát đo lường là bình thường trong nghiên cứu do quá trình kiểm định, phân tích chặt chẽ theo thuật toán thống kê và kiểm định trên SPSS. Hai bộ thang đo nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA và niêm tin về thuốc điều trị THA trong nghiên cứu này vẫn được chấp nhận vì đạt giá trị Cronbach's alpha cho phép. Thang đo trong nghiên cứu này có thể dùng để tham khảo cho các nghiên cứu sau này ở Việt Nam trong lĩnh lực sức khoẻ. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng không tránh khỏi những sai sót trong khảo sát, do đó cũng cần nhiều nghiên cứu tương tự kiểm định lại thang đo gốc và vận dụng vào Việt Nam theo hướng độc lập để so sánh các kết quả với nhau.

4.3. Bàn luận về ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA từ nhận thức và niềm tin của bệnh nhân

Mức độ ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin lên sự tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân được thể hiện qua hệ số Beta (trọng số ảnh hưởng) trong kết quả nghiên cứu phân tích hồi quy đa biến ở Bảng 5 có ảnh hưởng khác nhau về trọng số.

Trong đó niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị THA ảnh hưởng mạnh nhất và nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA ảnh hưởng thấp nhất lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Qua kết quả này cho thấy cán bộ y tế vẫn là người đóng vai trò quan trọng nhất trong vấn đề tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân, niềm tin của cán bộ với bệnh nhân THA là điều đáng quan tâm hàng đầu.

4.4. Bàn luận về mô hình dự báo sự ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin với tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân

Thứ nhất là niềm tin vào sự tư vấn và điều trị của cán bộ y tế ảnh hưởng thuận và mạnh nhất lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân, với trọng số cao nhất là 0.479. Theo kết quả này thì cán bộ y tế tư vấn và điều trị cho bệnh nhân là nhân tố góp phần lớn nhất trong việc giúp bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu, cán bộ y tế là những người có chuyên môn, nắm vững chuyên môn về thuốc và điều trị. Người bệnh THA có niềm tin thì họ mới tin tưởng và đến gặp cán bộ y tế để khám, tư vấn và điều trị. Cán bộ y tế sẽ giải thích hậu quả xấu nếu bệnh nhân không tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Do đó, kết quả nghiên cứu mang lại chính cán bộ y tế đã góp lớn nhất trong việc giúp bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc điều trị THA là hoàn toàn có có sở thực tiễn.

Thứ hai là nhân tố nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA ảnh hưởng thuận và mạnh thứ hai lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân. Khi bệnh nhân có nhận thức, có kiến thức về thuốc điều trị THA mang lại nhiều lợi ích và nâng cao chất lượng cuộc sống cho họ và phòng ngừa các rủi ro do THA gây ra thì khi đó bệnh nhân sẽ có ý định tuân thủ dùng đều thuốc hơn. Do đó nhận thức lợi ích của thuốc điều trị THA sẽ ảnh hưởng mạnh thứ nhì lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA ở nghiên cứu này là hợp lý. Các cơ sở y tế, nhất là trạm y tế cần những tờ thông tin đúng về những lợi ích về thuốc điều trị THA để bệnh nhân đón nhận thông tin từ đây và nhận thông tin từ cán bộ y tế.

Thứ ba là nhân tố niềm tin về tuân thủ dùng thuốc điều trị THA ảnh hưởng mạnh thứ ba và ảnh hưởng thuận lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Điều này hoàn toàn hợp lý và đúng với lý thuyết TPB của Ajzen và Fisbein (1988), lý thuyết HBM trong Rosenstock và cộng sự (1988) [12, 13]. Lý thuyết TPB đã được kiểm định trên nhiều lãnh thổ và quốc gia trong suốt mấy chục năm qua và chứng minh lý thuyết này phù hợp và tính đúng đắn của nó trong mối quan hệ nhận thức, niềm tin và thái độ với hành vi con người. Trong nghiên cứu này cho thấy, nếu bệnh nhân càng có niềm tin vào tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của cán bộ y tế thì họ càng tuân thủ dùng thuốc điều trị THA.

Thứ tư là nhân tố niềm tin vào thuốc ảnh hưởng thuận lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Khi bệnh nhân có niềm tin vào thuốc điều trị THA sẽ đảm bảo được sức khoẻ lâu dài cho mình, bệnh nhân thấy khi dùng thuốc cải thiện chất lượng cuộc sống của họ nhiều hơn so với việc họ không dùng thuốc điều trị THA. Tuy nhiên, thuốc điều trị THA, bên cạnh những tác dụng tốt, cải thiện tốt cho bệnh nhân thì thuốc cũng có những tác dụng phụ nhất định trên từng cơ địa bệnh nhân, nhân tố này được xem xét ở nhận thức rủi ro của thuốc điều trị THA. Do đó, niềm tin vào thuốc điều trị THA có ảnh hưởng thuận lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA là đúng và phù hợp lý thuyết TPB (Ajzen, 1988, 1991, 2005), lý thuyết HBM (Baker, 1977) [11 - 15]. Như vậy, kết quả nghiên cứu này đã kiểm định cho lý thuyết TPB và HBM là đúng và hợp lý.

Cuối cùng là nhân tố thứ năm là nhân tố nhận thức rủi ro về thuốc điều trị THA có ảnh hưởng yếu nhất và ảnh hưởng nghịch lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân. Theo các lý thuyết TPB và HBM thì nhận thức ảnh hưởng lên hành vi con người. Trong nghiên cứu này nhận thức rủi ro của thuốc điều trị THA làm ảnh hưởng nghịch lên hành vi tuân thủ dùng thuốc điều trị THA với trọng số ảnh hưởng thấp nhất. Khi nói đến thuốc đều có hai mặt, lợi ích của thuốc mang lại cho bệnh nhân và tác dụng không muốn mang lại rủi ro cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân THA mà nhận thức quá nhiều rủi ro của thuốc điều trị THA mà thiếu đi nhận thức về lợi ích thì bệnh nhân lo sợ và ám ảnh rủi ro tiềm ẩn mà thuốc điều trị THA gây ra, từ đó bệnh nhân càng giảm tuân thủ dùng thuốc điều trị THA lâu dài.

4.5. Bàn luận về phương pháp luận nghiên cứu

Các nghiên cứu tuân thủ điều trị THA hiện nay tại Việt Nam phần lớn tập trung lên phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả, kết quả cho ra mức độ tuân thủ và tỷ lệ tuân thủ của người bệnh THA, các nghiên cứu được lặp đi lặp lại tại nhiều cơ sở y tế khác nhau. Các nghiên cứu hiện nay cũng có những đóng góp nhất định cho khoa học và ứng dụng thực hành. Còn nghiên cứu này tập trung lên phương pháp cắt ngang, định lượng, tập trung chính lên định lượng và kết hợp định

tính sơ bộ. Nghiên cứu đi theo hướng ít được quan tâm và đi hẹp vào một mảng tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân THA. Nghiên cứu này góp phần đi sâu vào trả lời câu hỏi cái gì đã làm cho bệnh nhân tuân thủ và không tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Một nghiên cứu đi theo hướng ít được quan tâm đòi hỏi kỹ thuật xử lý và kiến thức kết hợp từ chuyên môn Y - Dược, xã hội học và cả quản lý sức khoẻ để thực hiện. Tuy nhiên, một hướng nghiên cứu ít được quan tâm, khi thực hiện cũng gặp nhiều khó khăn và khó mà tránh khỏi những hạn chế.

4.6. Bàn luận về một số hạn chế của nghiên cứu

Bên cạnh một số đóng góp nghiên cứu làm được thì nghiên cứu còn có một số hạn chế như sau: Thứ nhất, đây là nghiên cứu dạng suy diễn, mẫu nghiên cứu chưa đa dạng như kỳ vọng. Bệnh nhân THA tới trạm y tế khám và điều trị có tính đặc trưng riêng, phần lớn còn hạn chế về mặt tài chính là số đông, trình độ học vấn cũng hạn chế, tuổi cao chiếm đa số. Cho nên có thể phần nào đó nghiên cứu chưa phản ánh hết các đặc điểm bệnh nhân và tính đa dạng mẫu trong nghiên cứu. Do đó, trong tương lai có thể nghiên cứu lặp lại nghiên cứu này ở các bệnh viện hay trung tâm tuyến trên để so sánh kết quả nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ vấn đề hơn nữa; Thứ hai là nghiên cứu chỉ mới dừng lại ở nghiên cứu tuân thủ dùng thuốc điều trị THA mà chưa nghiên cứu hướng tuân thủ không dùng thuốc của bệnh nhân THA và hướng nghiên cứu tuân thủ điều trị chung của bệnh nhân THA. Do đó, trong tương lai cần tiếp cận nghiên cứu thêm hướng kết hợp và hướng nghiên cứu tuân thủ điều trị THA không dùng thuốc là cần thiết; Thứ ba là nghiên cứu mới tập trung lên nhân tố nhận thức và niềm tin mà chưa xem xét nhiều nhân tố khác ảnh hưởng lên sự tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân. Do đó, trong tương lai cần làm các nghiên cứu với các nhân tố khác ảnh hưởng gián tiếp và trực tiếp lên hành vi tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân; Thứ tư là nghiên cứu chưa thực hiện cho người THA nhỏ hơn 40 tuổi, do đó các nghiên cứu sau này nên làm cho đối tượng này để làm sáng tỏ vấn đề hơn.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã hoàn thành 3 mục tiêu nghiên cứu đưa ra: Phát triển và kiểm định 6 bộ thang đo, xác định được sự ảnh hưởng của nhận thức và niềm tin của bệnh nhân với ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA và xây dựng được mô hình dự báo cho ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA dựa trên nhận thức và niềm tin của bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhận thức và niềm tin của bệnh nhân có ảnh hưởng mạnh lên ý định tuân thủ dùng thuốc điều trị THA. Do đó, để nâng cao hành vi tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân thì cần phối hợp giữa các cấp nhà nước, các bệnh viện tuyến trên và cơ sở y tế tuyến dưới với các biện pháp, chính sách và truyền thông phối hợp đồng bộ. Các chính sách đồng bộ này tập trung tác động làm tăng niềm tin vào cán bộ y tế tư vấn và điều trị THA của bệnh nhân, làm tăng nhận thức về lợi ích của thuốc điều trị THA cho bệnh nhân, làm tăng niềm tin về thuốc điều trị THA của bệnh nhân, làm tăng niềm tin vào tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân, đồng thời làm cho bệnh nhân hiểu rõ những tác dụng phụ ngoại ý của thuốc điều trị THA và xử lý để bệnh nhân yên tâm dùng thuốc và tái khám đúng định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] M.H. Seyed và cộng sự "A Critical Review of Medication Adherence in Hypertension: Barriers and Facilitators Clinicians Should Consider," *Patient Preference and Adherence*, 16, 2749-2757, 2022.

[2] C. Martell "Importance of adherence in the management of hypertension," *Hypertension Y Riesgo Vascular*, 40, 34-39, 2023.

[3] L.T.B. Trâm và cộng sự "Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phương Trà, huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2016," *Tạp Chí Y Học TPHCM*, 34 (21), 8-13, 2016.

[4] N.V. Út "*Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương về những biện pháp phòng tăng huyết áp năm 2006"*. Luận văn Y học Chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược TPHCM, 2007.

[5] A. Aldeen và cộng sự "Relationship between Hyperlipidemia, Cardiocascular Disease and Stroke: A Systematic Review," *Bentham Science Publishers*, 17, 1-15, 2021.

[6] J.F. Hair and R.E. Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C, "*Multivariate Data Analysis,"* USA: Pearson Education, 2005, 2018.

[7] K.B. Murray and J.L. Schlater "The impact of services versus goods on consumer's assesment of perceived risk and variability," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18(1), 51-65, 1990.

[8] R.C. Plotnikoff and N. Higginbotham "Protaction Motivation Theory and Exercise Behaviour THAnge for the Prevention of Coronary Heart Disease in a Hight-Risk, Australia Representative Community Sample of Adults," *American Psychological Association*, 7(1), 87-98, 2002.

[9] L.K. Brackett và cộng sự "Cyberspace advertising và other media: Consumer và mature student attitude," *Journal of Advertising Research*, 41 (5), 23-33, 2001.

[10] M.J. Baker and G.A. Churchill "The impact of physically attractive model on advertising evaluations," *Journal of Marketing Research*, 14, 538-555, 1977.

[11] J.M. Cortina "What is coefficient alpha? An examination of theory and applications," *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104, 1993.

[12] I. Ajzen, "The Theory of Planned Behavior," *Organizational Behavior and Human Decision Process,* 50, 179-211, 1988, 1991.

[13] I.M. Rosenstock, V.J. Strecher and M.H. Becker "Social learning theory and the health belief model," *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183, 1988.

[14] S.M. Cunningham "The major dimensions of perceived risk, risk taking and information handling in consumer behavior," *Graduate School of Business Administration, Harvard University*, 82-108, 1967.

[15] C.J. Armitage and M. Coner "Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: predicting consumption of a low fat diet using the theory of planned behavior," *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (1), 72-90, 1999.

Patients' perception and beliefs regarding adherence to hypertension treatment: A study in Ho Chi Minh City

Pham Van Linh, Nguyen Dinh Trong

ABSTRACT

*Background: In studies on hypertension (HTN) treatment adherence, patient adherence is typically examined in three areas: medication adherence, non-pharmacological adherence, and overall treatment adherence. General treatment adherence studies are currently quite common in Vietnam. This study specifically focuses on the intention to adhere to hypertension treatment at a primary healthcare center in Ho Chi Minh City. Subjects and methods: A convenience random sampling method was used, applying a cross-sectional, prospective, and primarily quantitative research design, supplemented with preliminary qualitative data. Research Results: The study developed and validated four measurement scales, all of which demonstrated acceptable reliability for research purposes. Evaluations of factor rotation matrices, extracted variance, and related analyses met the required criteria for conducting multivariate regression analysis. The results of the multivariate regression analysis yielded a predictive regression equation for the intention to adhere to antihypertensive medication regimens: IAHT = 1.484 + 0.268*BBAM + 0.229*BAM + 0.479*BHS - 0.158*PR + 0.26*AAM, with reliability was confirmed through rigorous validation procedures. The findings were statistically significant based on established testing methods. Conclusion: The study validated the measurement scales to ensure research reliability, examined the influence levels of five independent variables on the dependent variable, and developed a regression equation to predict patients' intention to adhere to antihypertensive medication based on their perceptions and beliefs.*

***Keywords**: hypertension, treatment adherence, medication adherence, adherence and hypertension*

Received: 22/3/2025
Revised: 16/5/2025
Accepted for publication: 25/7/2025