

Tình hình tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại huyện phong điền, thành phố Cần Thơ năm 2017 - 2018

Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Bá Nam, Trần Hoàng Duy

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Đặt vấn đề: Tuân thủ điều trị tăng huyết áp giúp kiểm soát tốt huyết áp và giảm tối đa nguy cơ tim mạch.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017-2018.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 434 người bệnh được với độ tuổi trung bình là $63,14 \pm 12,32$ tuổi, nam chiếm 36,4% và nữ chiếm 63,6%.

Kết quả: Tuân thủ điều trị chung chiếm 45,6%. Nữ giới tuân thủ điều trị tốt hơn nam giới ($p < 0,001$). Trong đó, tuân thủ thuốc hạ áp chiếm 59,0%; tái khám và theo dõi huyết áp chiếm 48,8%; chế độ ăn chiếm 58,1%; không hút thuốc lá chiếm 42,6%; hạn chế rượu bia chiếm 78,1%; tập thể lực và theo dõi cân nặng chiếm 64,7%. Một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị ở nữ giới bao gồm không tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp, có mối quan hệ với thầy thuốc chưa tốt; có biểu hiện trầm cảm theo thang đo HAMD, tự chi trả chi phí điều trị tăng huyết áp. Những bệnh nhân nam không sử dụng bảo hiểm y tế để khám và chữa bệnh, mối quan hệ chưa tốt với thầy thuốc, trong độ tuổi từ 18-49 tuổi không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân khác.

Kết luận: Tuân thủ điều trị tăng huyết áp giúp ngăn ngừa các biến chứng do THA gây ra tuy nhiên sự tuân thủ điều trị của người bệnh là chưa cao chỉ đạt 45,6%.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, yếu tố liên quan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuân thủ điều trị (TTĐT) tăng huyết áp (THA) giúp kiểm soát huyết áp và giảm tối đa nguy cơ tim mạch [10]. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh rằng điều trị tăng huyết áp có thể làm giảm khoảng 30-43% nguy cơ đột là khoảng 15% nguy cơ nhồi máu cơ tim [13]. Trên thế giới, dù việc điều trị tăng huyết áp rất có hiệu quả, nhưng việc TTĐT vẫn chưa tốt và chỉ đạt 51% tại Mỹ [13]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ điều trị (TTĐT) của người bệnh đạt dao động trong khoảng từ 30-45% tùy theo nghiên cứu [10]. Tuân thủ điều trị THA không đơn thuần chỉ là uống thuốc thường xuyên, mà còn tuân thủ các chế độ không dùng thuốc như tái khám, chế độ ăn, không hút thuốc lá, hạn chế rượu bia, vận động và theo dõi cân nặng [10], [13]. Tại huyện Phong Điền, TP. Cần Thơ đã có một số nghiên cứu về thực trạng TTĐT THA của người bệnh, nhưng cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào khảo sát đầy đủ 6 chế độ điều trị

nói trên vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với hai mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh THA. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị của người bệnh THA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Người bệnh THA từ 18 tuổi trở lên được quản lý tại các trạm y tế và thường trú ít nhất từ 6 tháng tại huyện Phong Điền, Thành phố Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu. Ngoại trừ những người bệnh không có khả năng nghe nói, hiểu và trả lời câu hỏi; đang nằm viện hoặc vắng mặt trong thời gian nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 434 người bệnh tăng huyết

áp được chọn từ 4/7 xã tại huyện Phong Điền qua bốc thăm ngẫu nhiên. Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp với bộ câu hỏi kết hợp với đo nhân trắc, huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu gồm các đặc điểm thông tin chúng, đánh giá TTĐT THA trên 6 chế độ bao gồm: dùng thuốc, tái khám và theo dõi HA, chế độ ăn, hút thuốc lá, uống rượu bia và vận động thể lực. Trong đó, khi đánh giá tuân thủ thuốc hạ áp, chúng tôi dùng thang đánh giá TTĐT của Morisky gồm 8 câu hỏi (Chronbach anpha=0,823) [12].

Số liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Xác định mối quan hệ nhân quả thông qua tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95%. Khử nhiễu bằng hồi quy logistic đa biến, với phương pháp Wald Backward.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Nam n (%) | Nữ n (%) | Tổng n (%) | p |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|-------|
| Tuổi (TB: 63,14, DLC: 12,32) | | | | |
| Từ 18 - 49 tuổi | 22 (12,9) | 35 (13,3) | 57 (13,1) | 0,891 |
| Từ 50 - 69 tuổi | 104 (60,8) | 154 (58,6) | 258 (59,4) | |
| Từ 70 - 90 tuổi | 45 (26,3) | 74 (28,1) | 119 (27,4) | |
| Dân tộc | | | | |
| Kinh | 168 (98,2) | 260 (98,9) | 428 (98,6) | 0,593 |
| Khác | 3 (1,8) | 3 (1,1) | 6 (1,4) | |
| Trình độ học vấn | | | | |
| Từ cấp 2 trở xuống | 148 (86,5) | 241 (91,6) | 389 (89,6) | 0,052 |
| Từ cấp 3 trở lên | 23 (13,5) | 22 (8,4) | 45 (10,4) | |
| Nghề nghiệp | | | | |
| Lao động chân tay | 98 (57,3) | 154 (58,6) | 252 (58,1) | 0,030 |
| Lao động trí óc | 18 (10,5) | 11 (4,2) | 29 (6,7) | |
| Khác | 55 (32,2) | 98 (37,3) | 153 (35,3) | |

| Tiền sử gia đình tăng huyết áp | | | | |
|---|------------|------------|-------------|-------|
| Có | 96 (56,1) | 159 (60,5) | 255 (58,8) | 0,372 |
| Không | 75 (43,9) | 104 (39,5) | 179 (41,2) | |
| Kinh tế | | | | |
| Nghèo và cận nghèo | 20 (11,7) | 35 (13,3) | 55 (12,7) | 0,622 |
| Hộ không nghèo | 151 (88,3) | 228 (86,7) | 379 (87,3) | |
| Tình hình tham gia và sử dụng BHYT | | | | |
| Có và có sử dụng | 133 (77,8) | 198 (75,3) | 331 (76,3) | 0,833 |
| Có và không sử dụng | 23 (13,5) | 40 (15,2) | 63 (14,5) | |
| Không có BHYT | 15 (8,7) | 25 (9,5) | 40 (9,2) | |
| Tổng | 171 (36,4) | 263 (63,6) | 434 (100,0) | |

Nghiên cứu được tiến hành trên 434 bệnh nhân tăng huyết áp đang được quản lý tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ. Có tuổi trung bình là 63,14 (ĐLC: 13,12). 86,1% đối tượng tăng huyết áp có độ tuổi từ 50 trở lên (tuổi từ 50 đến 59 chiếm 59,4% và tuổi từ 60 đến 90 tuổi chiếm 27,4%). Trong đó 36,4% (171) nam giới, 63,6% (263) nữ giới; 98,6% có dân tộc Kinh; 89,6% có học vấn từ cấp 2 trở xuống; 58,1% có nghề nghiệp là lao động tay chân; 12,7% có gia đình thuộc hộ nghèo/cận nghèo; 76,3% có bảo hiểm y tế và có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

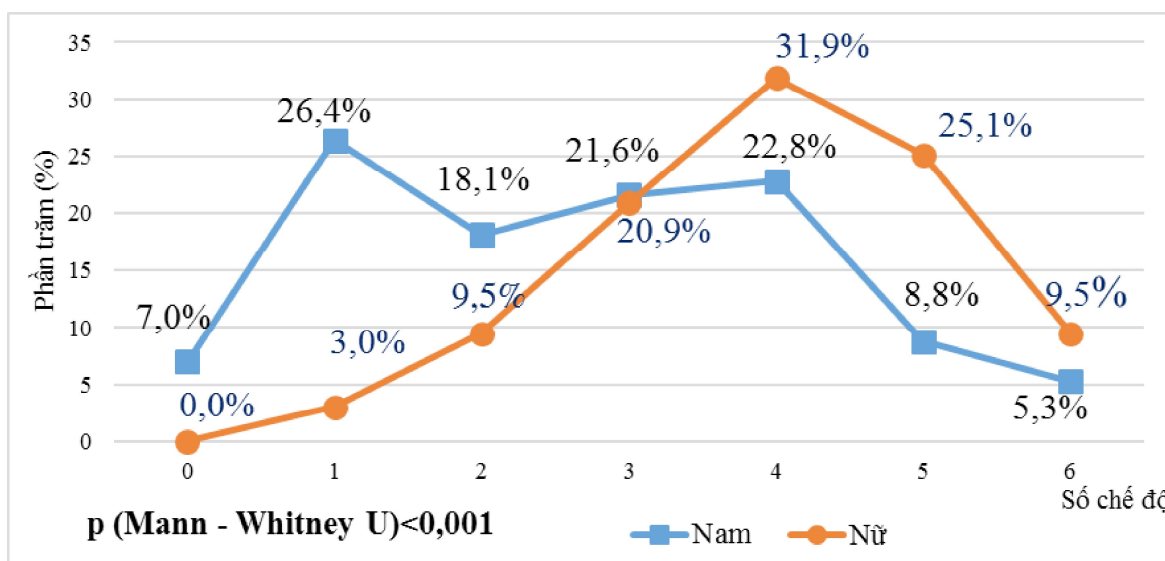
3.2. Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp ở huyện Phong Điền, TP. Cần Thơ có tuân thủ điều trị năm 2017-2018

Bảng 2. Đánh giá tuân thủ các chế độ điều trị THA

| Nội dung TTĐT (n=434) | Nam n (%) | Nữ n (%) | Tổng n (%) | p |
|------------------------------|------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| Chung* | 52 (30,4) | 146 (55,5) | 198 (45,6) | <0,001 |
| Dùng thuốc | 86 (50,3) | 170 (64,6) | 256 (59,0) | 0,003 |
| Tái khám và theo dõi HA | 83 (48,5) | 129 (49,0) | 212 (48,8) | 0,917 |
| Chế độ ăn | 78 (45,6) | 174 (66,2) | 252 (58,1) | <0,001 |
| Không hút thuốc lá | 47 (27,5) | 138 (52,5) | 185 (42,6) | <0,001 |
| Hạn chế rượu bia | 76 (44,4) | 263 (100) | 339 (78,1) | <0,001 |
| Vận động thể lực | 116 (67,8) | 165 (62,7) | 281 (64,7) | 0,277 |

*TTĐT chung khi có TTĐT dùng thuốc và 3/5 các chế độ còn lại.

Tỷ lệ người bệnh THA có tuân thủ điều trị chung chiếm 45,6% và sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nam giới tuân thủ chế độ vận động thể lực và theo dõi cân nặng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 67,8% và thấp nhất là tuân thủ không hút thuốc lá với 27,5%. Nữ giới tuân thủ chế độ rượu bia cao nhất là 100% và thấp nhất là chế độ không hút thuốc lá chiếm 42,6%.



Biểu đồ 1. Số chế độ tuân thủ điều trị của người bệnh THA

Nam giới tuân thủ 1 chế độ điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất là 26,4%; nữ giới tuân thủ 4 chế độ điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,9% và sự khác biệt về số chế độ TTĐT ở 2 giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến việc không theo dõi và tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017-2018

Qua khứ nhiễu bằng phương pháp Wald Backward, nghiên cứu tìm thấy 4 yếu tố liên quan đến không TTĐT ở nữ giới (Bảng 3) và 3 yếu tố liên quan đến không TTĐT ở nam giới (Bảng 4).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với TTĐT THA ở nữ giới

| Yếu tố | Tuân thủ điều trị | | Logistic đơn biến | | Logistic đa biến | |
|---|-------------------|------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|
| | Không n (%) | Có n (%) | OR (95% CI) | p | OR (95% CI) | p |
| Tìm hiểu thông tin về THA | | | | | | |
| Không | 77 (51,3) | 73 (48,7) | 1,92 (1,16-3,17) | 0,010 | 2,01 (1,17-3,43) | 0,011 |
| Có | 40 (35,4) | 73 (64,6) | | | | |
| Mối quan hệ thầy thuốc bệnh nhân | | | | | | |
| Chưa tốt | 67 (55,8) | 53 (44,2) | 2,35 (1,42-3,86) | 0,001 | 2,15 (1,27-3,62) | 0,004 |
| Tốt | 50 (35,0) | 93 (65,0) | | | | |
| Có biểu hiện trầm cảm theo thang đo HAMD | | | | | | |
| Có | 35 (54,7) | 29 (45,3) | 1,72 (0,97-3,03) | 0,059 | 1,94 (1,05-3,59) | 0,035 |
| Không | 82 (41,2) | 117 (58,8) | | | | |

| Nguồn chi trả chi phí điều trị | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Tự túc | 52 (54,2) | 44 (44,8) | 1,85 | 0,017 | 1,84 | 0,026 |
| BHYT | 65 (38,9) | 102 (61,1) | (1,11-3,08) | | (1,07-3,17) | |

Những bệnh nhân nữ không tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp, có mối quan hệ với thầy thuốc chưa tốt, có biểu hiện trầm cảm theo thang đo HAMD, tự chi trả chi phí điều trị không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân còn lại với OR lần lượt là 2,01; 2,15; 19,4; 1,84 và $p < 0,05$.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến không TTĐT ở nam giới

| Yếu tố | Tuân thủ điều trị | | Logistic đơn biến | | Logistic đa biến | |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
| | Không n (%) | Có n (%) | OR (95% CI) | p | OR (95% CI) | p |
| Sử dụng BHYT để khám và chữa bệnh | | | | | | |
| Không | 85 (71,4) | 48 (92,3) | 4,80 | 0,003 | 4,38 | 0,010 |
| Có | 34 (28,6) | 4 (7,7) | (1,60-14,35) | | (1,42-13,5) | |
| Mối quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân | | | | | | |
| Chưa tốt | 68(57,1) | 15 (28,8) | 3,29 | 0,001 | 3,12 | 0,012 |
| Tốt | 51 (42,9) | 37 (71,2) | (1,63-6,63) | | (1,50-6,49) | |
| Nhóm tuổi | | | | | | |
| 18-49 | 18 (81,8) | 4 (18,2) | 3,93 (1,14-13,4) | 0,029 | 4,02 (1,11-14,4) | 0,033 |
| 50-69 | 11 (74,0) | 27 (26,0) | 1,57 (0,49-5,07) | 0,444 | 2,08 (0,61-7,02) | 0,237 |
| 70-90 | 24 (53,3) | 21 (46,7) | - | - | - | - |

Những bệnh nhân nam không sử dụng bảo hiểm y tế để khám và chữa bệnh, có mối quan hệ với thầy thuốc chưa tốt, từ 18-49 tuổi không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân còn lại với OR lần lượt là 4,38; 3,12; 4,02 và $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 434 người bệnh THA tại 4 xã thuộc huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2017 có 45,6% người bệnh có TTĐT chung. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Yến (2013) là 63,3% [6]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Phạm

Tuân (2015), TTĐT chung chiếm 25,8% [4]. Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận nam giới TTĐT thấp hơn so với nữ giới (35,1% so với 45,2%), điều này cũng dễ hiểu là nam giới tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ nhiều hơn phụ nữ như hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia. Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc hạ áp bằng thang đo Morisky có 59% đối tượng có TTĐT thuốc THA (nam: 50,3%; nữ: 64,6%). Nữ

giới có mức độ TTĐT tốt hơn nam giới $p = 0,005$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Hạnh tại huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình năm 2016 có 48,3% đối tượng có tuân thủ điều trị thuốc huyết áp [2]. Nguyên nhân của sự khác biệt trên có thể được giải thích do địa bàn nghiên cứu của tác giả ở xa các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh, đường xá giao thông khó khăn nên gây cản trở đến việc khám và tái khám bệnh của người dân. Nghiên cứu của Saman K Hashmi và cộng sự năm 2007 trên 460 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại bệnh viện Đại học Aga Khan, Pakistan thì tỷ lệ tuân thủ điều trị là 77% [9]. Vì nghiên cứu này thực hiện với đối tượng là bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện nên mức độ tuân thủ tốt hơn bệnh nhân tại cộng đồng như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo dõi huyết áp, tái khám định kỳ không chỉ để giúp người bệnh kiểm soát được huyết áp mà còn giúp người bệnh phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 48,8 % đối tượng có tái khám đúng hẹn (nam: 48,5%; nữ: 49%) phù hợp với nghiên cứu của Ngô Phạm Tuấn là 49,8% [4]. Kết quả nghiên cứu có 58,1% người có tuân thủ chế độ ăn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Trương Phúc Thuận (2016) là 56,3 [3].

Nghiên cứu cho biết có 42,6% người bệnh có TTĐT không sử dụng thuốc lá. Kết quả này hoàn toàn phù hợp do trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài việc đánh giá hút thuốc lá trực tiếp chúng tôi còn đánh giá việc hút thuốc lá thụ động vì thế tỷ lệ thu được thấp hơn so với các nghiên cứu khác là điều dễ hiểu. Hút thuốc lá thụ động cũng được khuyến cáo rằng là một tác hại của việc hút thuốc lá thụ động cũng là một tác nhân gây hại không thua kém việc hút thuốc lá trực tiếp và nó gây ảnh hưởng cho rất nhiều người.

Qua khảo sát ghi nhận có 78,1% người có hạn chế sử dụng rượu bia trong điều trị THA. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Trương

Phúc Thuận là 92,3% [3]. Lạm dụng rượu bia là yếu tố nguy cơ quan trọng trong bệnh THA nói riêng và các bệnh tim mạch nói chung. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 67,8% người có vận động thể lực trung bình ≥ 150 phút/ngày và ít nhất 5 ngày/tuần và có theo dõi cân nặng ít nhất 2 tháng/lần (nam: 62,7%; nữ: 62,7%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Đặng Thành Công với 41,1% [1].

Qua nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, những bệnh nhân nữ không tìm hiểu các thông tin về THA không TTĐT nhiều hơn những bệnh nhân có tìm hiểu thông tin THA và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $OR = 2,01$ và $p = 0,011$. Qua nghiên cứu nhận thấy những bệnh nhân nữ tự chi trả chi phí điều trị không TTĐT nhiều hơn những bệnh nhân đồng chi trả với BHYT với $OR = 1,84$ và $p = 0,026$. Tương tự ở nam giới những bệnh nhân không dùng BHYT để khám và điều trị bệnh không TTĐT cao hơn những bệnh nhân có sử dụng BHYT với $OR = 4,38$ và $p = 0,01$. Áp lực trong cuộc sống hằng ngày của người bệnh làm người bệnh tăng nguy cơ trầm cảm. Những bệnh nhân nữ có biểu hiện trầm cảm không TTĐT cao hơn những bệnh nhân không có biểu hiện trầm cảm với $OR = 1,84$ và $p = 0,026$ [11]. Người trẻ thường chú quan với sức khỏe của mình nhiều hơn và vì vậy tỷ lệ không tuân thủ điều trị ở nhóm tuổi từ 18-49 tuổi nhiều hơn nhóm tuổi >70 tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,033$ và $OR = 4,02$.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 434 người bệnh THA tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ. Kết quả thu được như sau:

Tỷ lệ người bệnh có tuân thủ điều trị bệnh THA là 45,6% (nam: 30,4%; nữ: 55,5%). Trong đó, TTĐT thuốc hạ áp là 59%; tái khám và theo dõi huyết áp là 48,8%; chế độ ăn là 58,1%, không hút thuốc lá là 42,6%; hạn chế rượu bia là 78,1%; vận động thể lực và theo dõi cân nặng là 64,7%.

Những bệnh nhân nữ không tìm hiểu thông tin về tăng huyết áp, có mối quan hệ với thầy thuốc chưa tốt, có biểu hiện trầm cảm theo thang đo HAMD, tự chi trả tchi phí điều trị không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân còn lại với OR lần lượt là 2,01; 2,15; 19,4; 1,84 và $p < 0,05$.

Những bệnh nhân nam không sử dụng bảo hiểm y tế để khám và chữa bệnh, có mối quan hệ với thầy thuốc chưa tốt, từ 18-49 tuổi không tuân thủ điều trị cao hơn những bệnh nhân còn lại với OR lần lượt là 4,38; 3,12; 4,02 và $p < 0,05$.

ADHERENCE TO TREATMENT SITUATION AND SEVERAL FACTORS RELATED TO NON-ADHERENCE TO TREATMENT FOR HYPERTENSION IN PHONG DIEN DISTRICT, CAN THO CITY 2017-2018

Abstract: Adherence to hypertensive treatment helps to control blood pressure and minimize cardiovascular risk.

Objectives of the study: To determine the rate of adherence and factors related to non-adherence of patients with hypertension in Phong Dien district, Can Tho city in 2017-2018.

Subjects and methods: 434 patients with an average age of 63.14 ± 12.32 , male accounted for 36.4% and females accounted for 63.6%.

Results: General treatment adherence was 45.6%. Females complied with treatment better than men ($p < 0.001$). In particular, compliance with antihypertensive drugs accounted for 59.0%; follow-up and blood pressure monitoring accounted for 48.8%; the diet accounted for 58.1%; no smoking accounted for 42.6%; alcohol restraint accounted for 78.1%; weight training and weight tracking accounted for 64.7%. Some of the factors related to non-adherence in women included not seeking information about hypertension, having a poor relationship with the doctor, being depressed according to the HAMD scale, self-paid for the treatment of hypertension. Male patients who did not use health insurance for medical examination and treatment, poor relationship with the doctor, aged 18-49, did not adhere to treatment higher than other patients.

Conclusion: Adherence to treatment for hypertension helps prevent hypertension complications, but patients' compliance is not high, only 45.6%.

Keywords: Hypertension, adherence, related factors.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đăng Thành Công (2017), *Nghiên cứu tình hình, lý do theo dõi và tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người dân mắc bệnh tăng huyết áp được quản lý tại trạm y tế ở Quận Cái Răng, TP. Cần Thơ, năm 2016*, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Khoa Y tế Công cộng.
2. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), *Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành và theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình*, Luận văn Tiến sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.
3. Lê Trương Phúc Thuận (2017), *Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp ở người cao tuổi tại xã Mỹ Khánh, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2016*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

4. Ngô Phạm Tuấn và Phạm Thị Tâm (2016), *Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan của người tăng huyết áp tại Thị trấn Mái Dầm và Ngã Sáu, huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2015*, Đề tài nghiên cứu khoa học công nghệ cấp trường năm 2016, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Nguyễn Lâm Việt (2017), *"Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016"*.
6. Phạm Thị Kim Yến (2014), *Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp tại huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2013*, Luận văn tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. CDC (2013), *Medication Adherence Primary care educators may use the following slides for their own teaching purposes, CDC's Noon Conference March 27, 2013.*
8. Morisky DE, G. L. v. L. D. (1986), *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence, Med Care, 24(1), pp. 67-74.*
9. Silver & M.A (2010), *"Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know", Cleve Clin J Med, 2010, 77(3).*
10. World Health Organization, (2013), *A global brief on Hypertension.*
11. Yanyan Li, Zhazhan Li, et al. (2015), *Prevalence of Depression in Patients With Hypertension, Medicine, pp. 1-6.*