

# NĂNG LỰC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC

Trần Quốc Cường<sup>1</sup>, Phạm Vĩnh Nghi<sup>2</sup>, Phùng Đức Nhật<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 11/2023 đến 7/2024 trên 400 người bệnh Đái tháo đường típ 2 từ 18 tuổi trở lên đến khám ngoại trú tại bệnh viện Thành phố Thủ Đức nhằm mô tả mức độ năng lực sức khỏe và một số yếu tố liên quan ở người bệnh. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ khảo sát văn hóa sức khỏe Châu Á DHLS của tác giả Lee Eun Hyun. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình năng lực sức khỏe là  $40,0 \pm 13,0$ . Trong đó, có 155 (38,8 %) người bệnh Đái tháo đường đầy đủ về năng lực sức khỏe và 245 (61,2 %) người bệnh gặp hạn chế về năng lực sức khỏe. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương và Fisher cho thấy có mối liên quan giữa mức độ năng lực sức khỏe với các yếu tố: nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ văn hóa, thu nhập trung bình/hộ gia đình, khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết ( $p < 0,05$ ). **Từ khóa:** Năng lực sức khỏe, Đái tháo đường típ 2, người bệnh ngoại trú, Bệnh viện thành phố Thủ Đức.

## SUMMARY

### HEALTH LITERACY OF PEOPLE TYPE 2 DIABETES AND SOME ASSOCIATED FACTORS AT THU DUC HOSPITAL

Cross-sectional descriptive study was conducted from November 2023 to July 2024 on 400 patients with type 2 diabetes, aged 18 years and older, outpatient at Thu Duc hospital to investigate the health literacy levels and associated factors among patients.. The study used the DHLS Asian health culture survey toolkit by author Lee Eun Hyun. Research results shown that the average health energy score is  $40.0 \pm 13.0$ . Among them, 155 (38.8%) patients with diabetes type 2 have excellent health literacy and 245 (61.2%) patients have limited health literacy. Using Chi-square and Fisher tests shows that there is a relationship between health literacy and the following factors: age group, marital status, educational level, average income, ability to pay for necessary medical services ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Health literacy, outpatients, diabetes type 2, Thu Duc hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật nói chung và kỹ thuật trong y học nói riêng,

bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ) hiện nay đã không còn là căn bệnh của sự "giàu có". Theo Tổ chức Y tế Thế giới [1], bệnh Đái tháo đường là nguyên nhân trực tiếp gây ra 1,5 triệu trường hợp tử vong vào năm 2019 và 48% trong tổng số trường hợp tử vong ấy đã mắc bệnh trước 70 tuổi. Tại Việt Nam [2], năm 2019 là 3,78 triệu người bệnh bệnh ĐTĐ và ước tính đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 6,3 triệu người. Để có thể giảm thiểu tỷ lệ mắc và giảm thiểu chi phí điều trị, việc người bệnh Đái tháo đường có năng lực sức khỏe để tự kiểm soát sức khỏe bản thân là một điều vô cùng cấp bách và cần thiết. Trong đó, năng lực sức khỏe [3] có thể được định nghĩa là khả năng tìm kiếm, hiểu, nhận định và sử dụng thông tin để đưa ra các quyết định cũng như có hành động liên quan đến sức khỏe cho chính họ và những người khác. Theo nghiên cứu của Dương Văn Tuyển [4] và cộng sự về năng lực sức khỏe tại 6 nước Châu Á năm 2019 cho thấy điểm trung bình năng lực sức khỏe giữa các nước lần lượt là:  $30,5 \pm 6,4$  ở Indonesia,  $31,6 \pm 9,5$  ở Kazakhstan,  $32,7 \pm 7,9$  ở Malaysia,  $29,2 \pm 9,3$  ở Myanmar,  $34,3 \pm 6,9$  ở Đài Loan và  $29,5 \pm 9,5$  ở Việt Nam. Điều này cho thấy năng lực sức khỏe ở Việt Nam còn hạn chế so với đa số các nước lân cận. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ người bệnh Đái tháo đường típ 2 có đủ năng lực sức khỏe và một số yếu tố liên quan đến năng lực sức khỏe của họ tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người dân mắc bệnh ĐTĐ típ 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức từ 18 tuổi trở lên thỏa tiêu chí chọn mẫu và có mặt trong thời gian nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Từ tháng 11/2023 đến tháng 07/2024 tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi.

**2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu**  
**2.4.1. Cỡ mẫu.** Công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang.

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

<sup>1</sup>Trường Đại học Cửu Long

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: tranquoccuong@mku.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

Trong đó: n: cỡ mẫu cần quan sát.  
 Độ tin cậy là 95% →  $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = Z(0,975) = 1,96$ .  $p = 0,5$  (Tác giả chưa tìm thấy nghiên cứu nào liên quan đến nội dung nghiên cứu). d: sai số cho phép là 0,05.

Dựa vào công thức trên, ta có được  $n = 384$ . Để dự phòng một số đối tượng nghiên cứu không trả lời hoặc phiếu trả lời câu hỏi không đạt yêu cầu, nghiên cứu sẽ dự trừ theo công thức:

$$n_1 = \frac{n}{1 - 10\%} = 427$$

Suy ra, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 427 người bệnh.

**2.4.2. Phương pháp chọn mẫu.** Thực hiện lấy mẫu thuận tiện dựa vào số lượng người bệnh mắc ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu.** Dữ liệu được thu thập thông qua bảng câu hỏi được in giấy và phỏng vấn trực tiếp. Bộ công cụ thu thập số liệu gồm 2 phần: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (7 câu) và năng lực sức khỏe của người bệnh Đái tháo đường (14 câu).

Mục năng lực sức khỏe được sử dụng từ bộ câu hỏi DHLS của Lee Eun Hyun [6] đã được Việt hóa. Quy chuẩn điểm về năng lực sức khỏe: Điểm cho mỗi câu trả lời: Rất khó = 1 điểm, tương đối khó = 2 điểm, bình thường = 3 điểm, tương đối dễ = 4 điểm, rất dễ = 5 điểm. Để thuận tiện cho tính toán và so sánh, số liệu được chuẩn hóa trên một thang đo từ 14 đến 70, với 14 là giá trị tối thiểu có thể có của tổng điểm các câu hỏi, 70 là giá trị tối đa của chỉ số. Dựa vào chỉ số này, năng lực sức khỏe chia làm 2 mức độ: 14 – 42: Hạn chế về năng lực sức khỏe và trên 42 – 70: Đầy đủ về năng lực sức khỏe.

**2.6. Phương pháp phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để mã hóa và phân tích số liệu. Sử dụng test Chi bình phương hoặc Fisher với mức ý nghĩa  $p = 0,05$  để kiểm định mối liên quan giữa biến số phụ thuộc năng lực sức khỏe với các biến số độc lập định tính. Dùng phép kiểm Fisher thay cho Chi bình phương nếu có > 20% các ô có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5. Ngoài ra, sử dụng PR (Prevalence Ratio) và KTC 95% để đánh giá mối liên quan. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi KTC 95% của PR không chứa 1, sử dụng bác bỏ  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo Quyết định số 1055/QĐ-TĐHYKPNT ngày 21 tháng 02 năm 2024.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm nền của người bệnh Đái

#### thảo đường típ 2

**Bảng 1. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n=400)**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi <sup>a</sup>	48 ± 11 (74 – 25)	
<b>Nhóm tuổi</b>		
Dưới 39 tuổi	66	16,5
Từ 40 tuổi đến 49 tuổi	159	39,7
Từ 50 tuổi đến 59 tuổi	129	32,3
Từ 60 tuổi trở lên	46	11,5
<b>Giới tính</b>		
Nam	207	51,8
Nữ	193	48,2
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	54	13,5
Đã kết hôn	288	72,0
Góa/Ly hôn/Ly thân	58	14,5
<b>Trình độ văn hóa</b>		
Không đi học	9	2,2
Tiểu học	27	6,7
Trung học cơ sở	49	12,3
Trung học phổ thông	63	15,8
Trung cấp, cao đẳng, dạy nghề	94	23,5
Đại học hoặc sau đại học	158	39,5
Thu nhập trung bình/hộ gia đình (triệu đồng) <sup>a</sup>	12,0 ± 5,0 (2,0 – 20,0)	
<b>Mức thu nhập trung bình/hộ gia đình</b>		
Dưới 12 triệu	186	46,5
Từ 12 triệu trở lên	214	53,5
<b>Khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết</b>		
Rất khó	24	6,0
Tương đối khó	74	18,5
Tương đối dễ	229	57,3
Rất dễ	73	18,2
<b>Địa vị xã hội</b>		
Thấp	10	2,5
Trung bình	388	97,0
Cao	2	0,5

(a): Trung bình ± Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất)

Về nhóm tuổi, người bệnh từ 40 đến 49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 39,7%. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế hơn nữ giới, với 51,8% nam và 48,2% nữ. Ngoài ra có 72,0% người bệnh đã lập gia đình. Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu ở mức tương đối cao, với 23,5% người bệnh ở nhóm trung cấp/cao đẳng/ngành và 39,5% ở bậc đại học.

Trung bình thu nhập hộ gia đình là 12 triệu đồng với mức thu nhập thấp nhất là 2 triệu đồng/tháng và cao nhất là 20 triệu đồng/tháng. Có 53,5% người bệnh có thu nhập trung bình từ 12 triệu trở lên. Về khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết, đa số người bệnh ở mức tương

đôi dễ chi trả (57,3%). Địa vị xã hội của người bệnh phần lớn ở mức trung bình, chiếm 97,0%.

### 3.2 Mức độ năng lực sức khỏe của người bệnh Đái tháo đường típ 2

**Bảng 2. Đánh giá mức độ năng lực sức khỏe ở người bệnh ĐTĐ típ 2 (n = 400)**

Nội dung	Điểm trung vị ± khoảng tứ phân vị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hạn chế về năng lực	40,0 ± 13,0	245	61,2

sức khỏe (14 – 42)			
Đầy đủ về năng lực sức khỏe (>42 – 70)		155	38,8

Trung vị về năng lực sức khỏe của đối tượng nghiên cứu là 40,0 với khoảng tứ phân vị là 13,0. Ngoài ra, tỷ lệ người bệnh có hạn chế về năng lực sức khỏe cao hơn nhóm còn lại, chiếm 61,2%.

### 3.3. Một số mối liên quan đến năng lực sức khỏe ở người bệnh Đái tháo đường típ 2

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến năng lực sức khỏe ở người bệnh ĐTĐ típ 2**

Đặc điểm	Năng lực sức khỏe		PR (95% KTC)	p	
	Hạn chế	Đầy đủ			
Nhóm tuổi	Dưới 39 tuổi	22(33,3)	44(66,7)	1,54 (1,20 – 1,97)	0,010
	Từ 40 đến 49 tuổi	90(56,6)	69(43,4)	1	
	Từ 50 đến 59 tuổi	92(71,3)	37(28,7)	0,66 (0,48 – 0,92)	0,010
	Từ 60 tuổi trở lên	41(89,1)	5(10,9)	0,25 (0,11 – 0,58)	<0,001
Giới tính	Nam	121(58,5)	86(41,5)	1,16 (0,91 – 1,49)	0,235
	Nữ	124(64,2)	69(35,8)		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	24(44,4)	30(55,6)	1,48 (1,12 – 1,96)	0,013
	Kết hôn	180(62,5)	108(37,5)	1	
	Góa/Ly hôn/Ly thân	41(70,7)	17(29,3)	0,78 (0,51 – 1,20)	0,236
Trình độ văn hóa	Không đi học	8(88,9)	1(11,1)	0,15 (0,02 – 0,94)	<0,001*
	Tiểu học	26(96,3)	1(3,7)	0,05 (0,01 – 0,34)	<0,001
	Trung học cơ sở	49(100,0)	0(0,0)	–	<0,001
	Trung học phổ thông	56(88,9)	7(11,1)	0,14 (0,07 – 0,30)	<0,001
	Trung cấp, cao đẳng, dạy nghề	67(71,3)	27(28,7)	0,38 (0,27 – 0,53)	<0,001
	Đại học hoặc sau đại học	39(24,7)	119(75,3)	1	
Thu nhập trung bình	Dưới 12 triệu	145(78,0)	41(22,0)	0,41 (0,30 – 0,56)	<0,001
	Từ 12 triệu trở lên	100(46,7)	114(53,3)		
Khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết	Rất khó	24(100,0)	0(0,0)	–	<0,001
	Tương đối khó	66(89,2)	8(10,8)	0,23 (0,12 – 0,46)	<0,001
	Tương đối dễ	123(53,7)	106(46,3)	1	
	Rất dễ	32(43,8)	41(56,2)	1,21 (0,95 – 1,55)	0,142
Địa vị xã hội	Thấp	10(100,0)	0(0,0)	–	0,008*
	Trung bình	235(60,6)	153(39,4)	1	
	Cao	0(0,0)	2(100,0)	2,54 (2,24 – 2,87)	0,080

(\*): Kiểm định Fisher

Kết quả cho thấy các yếu tố có liên quan với năng lực sức khỏe như nhóm tuổi; tình trạng độc thân; trình độ văn hóa; thu nhập trung bình; khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết và địa vị xã hội ( $p < 0,05$ ), còn giới tính chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Mức độ năng lực sức khỏe của người bệnh Đái tháo đường típ 2.** Trong nghiên cứu của chúng tôi chú trọng đánh giá mức độ năng lực sức khỏe ở người bệnh ĐTĐ típ 2, từ đó có thể đưa ra các biện pháp, kiến nghị phù hợp hơn cho người bệnh ĐTĐ típ 2 khám chữa bệnh tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức cũng như những người bệnh ĐTĐ típ 2 khác tại

Việt Nam. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Cúc [5] và cộng sự tại Huế đánh giá năng lực sức khỏe theo bộ công cụ HL – SF12 của Dương Văn Tuyền theo 4 mức độ: Không đầy đủ, Có vấn đề, Đầy đủ và Rất đầy đủ. Kết quả cho thấy, nhóm người bệnh có hạn chế về năng lực sức khỏe chiếm đa số với tỷ lệ 83% (61,5% ở nhóm Không đầy đủ và 21,5% ở nhóm Có vấn đề). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi kết quả của chúng tôi cho thấy 61,2% người bệnh ĐTĐ típ 2 hạn chế về năng lực sức khỏe và 38,8% đầy đủ về năng lực sức khỏe. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn có sự khác biệt về điểm trung bình năng lực sức khỏe 40,0 ± 13,0 khi so sánh nghiên cứu của tác giả

Vũ Thị Cúc [5] là  $22,4 \pm 8,8$ , nghiên cứu của Lê Thanh Chiến [7] là  $25,3 \pm 6,7$  và nghiên cứu cùng đề tài của tác giả Dương Văn Tuyển [8] tại Huế năm 2019 là  $24,2 \pm 9,0$ . Sự khác biệt này đến từ số lượng câu hỏi và phương pháp tính điểm của từng bộ công cụ. Ngoài ra, việc sử dụng bộ công cụ dành riêng cho đối tượng người bệnh ĐTĐ típ 2 giúp việc ghi nhận kết quả chính xác hơn, phản ánh đúng thực trạng về mức độ năng lực sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.

Các nghiên cứu trên thế giới cũng phản ánh thực trạng hạn chế năng lực sức khỏe trầm trọng. Nghiên cứu của Mahdi Moshki [9] và các cộng sự cho thấy, điểm trung bình năng lực sức khỏe là  $52,6 \pm 14,7$ , tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi là  $40,0 \pm 13,0$ . Nghiên cứu của Alireza Jafari [10] và cộng sự nghiên cứu tại Iran năm 2021 sử dụng bộ câu hỏi DHLS cho kết quả tương tự khi điểm trung bình năng lực sức khỏe ở người bệnh ĐTĐ típ 2 là  $43,2 \pm 8,9$ . Cả 3 nghiên cứu đều cho thấy vẫn còn một số người bệnh ĐTĐ típ 2 vẫn còn hạn chế năng lực sức khỏe. Tuy nhiên, điểm số trung bình về năng lực sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Mahdi và Alireza Jafari. Điều này cho thấy, năng lực sức khỏe của người bệnh ĐTĐ típ 2 tại Thủ Đức hạn chế hơn so với Iran, nguyên nhân dẫn đến có thể do văn hóa của người Việt Nam vốn ít quan tâm đến chăm sóc sức khỏe bản thân và còn nhiều sự chủ quan khi mắc bệnh.

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến năng lực sức khỏe của người bệnh Đái tháo đường típ 2.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận những người bệnh có độ tuổi càng cao cho thấy năng lực sức khỏe đầy đủ càng thấp. Tỷ lệ năng lực sức khỏe đầy đủ ở nhóm tuổi trên 60 là 10,9% trong khi ở nhóm dưới 49 tuổi là 43,4%. Tỷ lệ năng lực sức khỏe đầy đủ ở nhóm tuổi trên 60 bằng 0,25 lần so với nhóm còn lại, kết quả này có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận mối liên quan tương tự [5]. Tuy nhiên ở một số nghiên cứu khác không ghi nhận mối liên hệ này [7]. Sự khác biệt này có thể do thói quen khám sức khỏe định kỳ [5].

Trình độ văn hóa là một trong những yếu tố quan trọng giúp người bệnh có được mức độ năng lực sức khỏe đầy đủ hơn. Kết quả của chúng tôi có mối liên quan giữa trình độ văn hóa và năng lực sức khỏe. Phần lớn người bệnh ĐTĐ típ 2 có trình độ học vấn là đại học đều có năng lực sức khỏe đầy đủ, chiếm 75,3% trong khi nhóm người bệnh không đi học tỷ lệ này chỉ ở mức 11,1%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thanh Chiến [7] và nghiên cứu của

Vũ Thị Cúc [5] khi 2 nghiên cứu này đều kết luận những người có học vấn càng cao càng có năng lực sức khỏe tốt hơn.

Thu nhập trung bình/hộ gia đình cho thấy có mối liên hệ đến năng lực sức khỏe của người bệnh ĐTĐ típ 2. Theo ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, những người bệnh có thu nhập trung bình dưới 12 triệu/tháng cho thấy mức độ năng lực sức khỏe đầy đủ chỉ chiếm 22,0% – thấp hơn so với nhóm còn lại, cụ thể bằng 0,41 lần so với nhóm người bệnh có thu nhập trung bình từ 12 triệu trở lên. Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu của Lê Thanh Chiến [7] khi ghi nhận thu nhập của đối tượng tỷ lệ thuận với mức độ năng lực sức khỏe ( $p = 0,013$ ). Kết quả này có thể lý giải khi thu nhập trung bình/hộ gia đình của người bệnh càng cao, điều kiện tiếp cận thông tin và môi trường giáo dục càng tốt, từ đó năng lực sức khỏe của họ được đầy đủ hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt về năng lực sức khỏe giữa hai nhóm khả năng chi trả ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ người bệnh có năng lực sức khỏe đầy đủ ở nhóm tương đối khó chi trả chỉ đạt 10,8%, thấp hơn đáng kể so với nhóm tương đối dễ chi trả (46,3%), tương ứng mức bằng 0,23 lần. Điều này có thể do người bệnh có khả năng chi trả tốt hơn dễ dàng tiếp cận các dịch vụ tư vấn, thăm khám định kỳ và hỗ trợ chuyên môn, từ đó nâng cao kiến thức và kỹ năng quản lý bệnh. Ngược lại, nhóm khó chi trả thường hạn chế tái khám, dẫn đến năng lực tự quản lý bệnh thấp hơn. Do đó, việc triển khai các chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng và các hoạt động kiểm tra đường huyết miễn phí tại trạm y tế có thể góp phần cải thiện năng lực sức khỏe cho nhóm người bệnh này.

Bên cạnh tính mới và một số ưu điểm của đề tài, nghiên cứu vẫn còn tồn đọng một số hạn chế. Nghiên cứu cắt ngang không giúp kết luận nhân quả giữa các yếu tố liên quan đến năng lực sức khỏe. Ngoài ra, nghiên cứu không đánh giá được mức độ năng lực sức khỏe với độ nặng và hiệu quả điều trị bệnh hay phòng tiến triển biến chứng của bệnh ĐTĐ típ 2.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ năng lực sức khỏe đầy đủ ở người bệnh ĐTĐ típ 2 là 38,8%. Đồng thời điểm trung bình của năng lực sức khỏe của nghiên cứu chúng tôi là  $40,0 \pm 13,0$ . Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận một số yếu tố liên quan đến mức độ năng lực sức khỏe ở người bệnh Đái tháo đường típ 2 gồm: Nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ văn hóa, thu nhập

trung bình/hộ gia đình, khả năng chi trả các dịch vụ y tế cần thiết.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Diabetes. Truy cập ngày 18/11/2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. **Bộ Y tế.** Gánh nặng bệnh Đái tháo đường. Truy cập ngày 18/11/2023. <https://tapchinghiencuuhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/336/258>
3. **CDC.** What Is Health Literacy? Cập nhật ngày 7/11/2023. Truy cập ngày 12/11/2023. <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html#:~:text=Personal%20health%20literacy%20is%20the,actions%20for%20themselves%20and%20others.>
4. **Duong Van Tuyen, Aringazina A, Kayupova G, et al.** Development and validation of a new short-form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *HLRP: Health Literacy Research and Practice.* 2019; 3 (2): e91-e102.
5. **Vũ Thị Cúc, Hoàng Đình Tuyên.** Văn hóa sức khỏe và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại trạm y tế một số phường trực thuộc Thành phố Huế năm 2017. *Tạp chí Y học Dục phòng.* 2020; 30 (2): 33-41.
6. **Lee E-H, Lee YW, Lee K-W, Nam M, Kim SH.** A new comprehensive diabetes health literacy scale: Development and psychometric evaluation. *International journal of nursing studies.* 2018; 88: 1-8.
7. **Lê Thanh Chiên.** Khảo sát thực trạng văn hóa sức khỏe người bệnh tại Bệnh viện Trưng Vương năm 2016. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2016; 20 (5): 10-17.
8. **Duong Van Tuyen, Nguyen TT, Pham KM, et al.** Validation of the short-form health literacy questionnaire (HLS-SF12) and its determinants among people living in rural areas in Vietnam. *International journal of environmental research and public health.* 2019; 16 (18): 3346.
9. **Moshki M, Alami A, Zadehahmad Z, Ghelichi-Ghojogh M, Dogonchi M, Jafari A.** Psychometric properties of Persian version of diabetes health literacy scale (DHLS) in patients with type 2 diabetes. *Diabetology & metabolic syndrome.* 2022; 14 (1): 139.
10. **Jafari A, Moshki M, Ghelichi-Ghojogh M, Nejatian M.** Role of diabetes health literacy, psychological status, self-care behaviors, and life satisfaction in predicting quality of life in type 2 diabetes. *Scientific Reports.* 2024; 14 (1): 1635.

## TUÂN THỦ THUỐC CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Hoài Thu<sup>1</sup>, Dương Thị Nhài<sup>1</sup>,  
Vương Trương Trọng<sup>1</sup>, Vương Thị Thúy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tuân thủ thuốc của người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2025 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Người bệnh đến điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Hà Đông, được bác sĩ chuyên khoa thăm khám và chẩn đoán bệnh Parkinson trong năm 2025 điều trị liên tục trên 3 tháng tại phòng khám chuyên khoa Thần Kinh – Bệnh viện đa khoa Hà Đông. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết luận:** Qua nghiên cứu 80 người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hà Đông chúng tôi rút ra một số kết luận sau: - Người bệnh Parkinson có độ tuổi dưới 70 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 77.5%. - Tỷ lệ quản lý người bệnh Parkinson ngoại trú tốt đạt 73.75%. Tỷ lệ NB Parkinson được khai thác về tiền sử dùng thuốc đạt 98.1%, tiền sử bệnh đạt 99,4%. Tỷ lệ NB Parkinson được giải thích về tác dụng của thuốc sắp uống là 78.8%. Trong đó có 55.6% NB đánh giá là mức độ giải thích đầy đủ và 92.1% NB đánh giá là dễ hiểu và có thể thực hiện được. - Tỷ lệ tuân thủ

thuốc đúng đạt 35%. Tỷ lệ NB parkinson bỏ bớt thuốc, không uống đủ lượng thuốc được chỉ định là 20%. Tỷ lệ NB parkinson có xảy ra tình trạng quên thuốc là 65%. - Có 6 yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc tuân thủ thuốc của người bệnh Parkinson bao gồm: Nhóm tuổi càng cao, tỷ lệ tuân thủ thuốc càng giảm. Người bệnh Parkinson tự sinh hoạt độc lập được có tỷ lệ tuân thủ thuốc cao gấp 3.071 lần so với NB cần sự chăm sóc. Người bệnh Parkinson có kiến thức đúng về bệnh và vấn đề uống thuốc có tỷ lệ tuân thủ thuốc cao gấp 2.214 lần so với NB không có kiến thức đúng. Người bệnh Parkinson có đơn thuốc điều trị dùng từ 1-2 loại thuốc có tỷ lệ tuân thủ thuốc cao hơn 2.409 lần so với NB dùng trên 2 loại thuốc. Người bệnh Parkinson có tuân thủ thuốc tốt sẽ có khả năng vận động hiệu quả gấp 3.388 lần so với NB chưa tuân thủ thuốc. Các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** Parkinson, mối liên quan

### SUMMARY

#### MEDICATION COMPLIANCE IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS OUTPATIENTS AT HA DONG GENERAL HOSPITAL AND SOME RELATED FACTORS

**Objective:** Describe medication adherence of Parkinson's patients treated as outpatients at Ha Dong General Hospital in 2025 and some related factors. **Subjects and methods:** Patients coming for

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: thuongvu1602@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025