SỞ Y TẾ BẮC NINH

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN

NGUYỄN ĐỨC TÙNG

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

BẮC NINH, 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN

NGUYỄN ĐỨC TÙNG

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

NGƯỜI THỰC HIỆN: BS. NGUYỄN ĐỨC TÙNG

BẮC NINH, 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1 4
TỔNG QUAN TÀI LIỆU 4
1.1. Khái quát về suy thận mạn và lọc máu chu kỳ 4
1.2. Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ 6
1.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị 10
1.4. Một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ 11
1.5. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu 12
1.6. Khung lý thuyết của nghiên cứu 13
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 15
2.1. Đối tượng nghiên cứu 15
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 15
2.3. Thiết kế nghiên cứu 15
2.4. Mẫu nghiên cứu 16
2.5. Phương pháp chọn mẫu 16
2.6. Phương pháp thu thập số liệu 16
2.7. Biến số và chủ đề nghiên cứu 17
2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá 21
2.9. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu 22
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu 22
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số 22
Chương 3 24
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 24
3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu 24
3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026 26

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026 30
Chương 4 39
DỰ KIẾN BÀN LUẬN 39
DỰ KIẾN KẾT LUẬN 40
DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ 40
TÀI LIỆU THAM KHẢO 41
PHỤ LỤC 44

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACEi	Thuốc ức chế men chuyển angiotensin
ARB	Thuốc ức chế thụ thể angiotensin II
BHYT	Bảo hiểm y tế
CGA	Phân loại theo Nguyên nhân – Mức lọc cầu thận – Albumin niệu
DHIs	Can thiệp sức khỏe kỹ thuật số
ESRD-AQ	Bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị bệnh thận giai đoạn cuối
ESA	Tác nhân kích thích tạo hồng cầu
FAV	Cầu nối động – tĩnh mạch
GFR	Mức lọc cầu thận
HD	Lọc máu chu kỳ
HDF	Lọc máu thẩm tách kết hợp siêu lọc trực tuyến
HIS	Hệ thống thông tin bệnh viện
IDWG	Mức tăng cân giữa hai kỳ lọc
KFRT	Điều trị thay thế thận
KDIGO	Hiệp hội Cải thiện Kết quả Toàn cầu về Bệnh thận
KRT	Điều trị thay thế thận
RAAS	Hệ thống renin – angiotensin – aldosterone
RO	Hệ thống nước tinh khiết dùng cho lọc máu
RR	Nguy cơ tương đối
HR	Tỷ số nguy cơ

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh 24

Bảng 3.2. Đặc điểm kinh tế – xã hội 25

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng 25

Bảng 3.4. Đặc điểm tâm lý – xã hội 26

Bảng 3.5. Kết quả điểm tuân thủ điều trị theo ESRD-AQ 26

Bảng 3.6. Tuân thủ điều trị 27

Bảng 3.7. Tăng cân giữa 2 kỳ lọc (IDWG) 28

Bảng 3.8 Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị 28

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị lọc máu 30

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị thuốc 31

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị chế độ ăn 32

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ hạn chế dịch 32

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa kiến thức bệnh và tuân thủ điều trị 33

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa gánh nặng chi phí và tuân thủ điều trị 34

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa Trầm cảm/Lo âu và tuân thủ điều trị 35

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa khoảng cách đến viện và tuân thủ điều trị lọc máu 36

Bảng 3.17. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ lọc máu 36
Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc 37
Bảng 3.19. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ chế độ ăn 37
Bảng 3.20. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ hạn chế dịch 38

DANH MỤC BIỂU ĐỒ, HÌNH

Hình 1.1: Khung lý thuyết nghiên cứu 13

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài > 3 tháng và có ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân [1]. Theo báo cáo Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu năm 2023, ước tính có 788 triệu người trưởng thành đang sống chung với bệnh thận mạn, tăng mạnh so với năm 1990 [10]. Tỷ lệ hiện mắc toàn cầu dao động khoảng 9–10%, trong khi tại Việt Nam ước tính khoảng 7–10% và có > 10 triệu trường hợp hiện mắc ở tất cả các giai đoạn [1]. Khi bệnh tiến triển đến giai đoạn G5 (GFR < 15 mL/min/1,73 m^2), bệnh nhân cần điều trị thay thế thận, trong đó lọc máu chu kỳ là phương pháp phổ biến nhất. Hiệu quả của lọc máu chu kỳ không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật chuyên môn mà còn phụ thuộc chặt chẽ vào mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân [10].

Tuân thủ điều trị trong lọc máu chu kỳ là hành vi đa thành phần, bao gồm tham dự đầy đủ các buổi lọc, sử dụng thuốc đúng chỉ định, tuân thủ chế độ ăn và hạn chế dịch, cũng như tái khám và theo dõi định kỳ . Tuy nhiên, bằng chứng quốc tế cho thấy tỷ lệ không tuân thủ vẫn ở mức cao, đặc biệt đối với chế độ ăn và hạn chế dịch, với tỷ lệ dao động 47,3%–72,5% và 50%–70,7% [10]. Tại Việt Nam, thực trạng tuân thủ điều trị có sự khác biệt giữa các cơ sở. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc đạt 99,24% và tuân thủ lịch lọc 90,91% [6]. trong khi tỷ lệ tuân thủ chế độ dinh dưỡng tại một số đơn vị chỉ đạt 53,5% [4]. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ được xác định bao gồm đặc điểm cá nhân, hỗ trợ gia đình, chất lượng giao tiếp nhân viên y tế, cũng như các yếu tố quản lý tại cơ sở điều trị như tổ chức ca lọc, môi trường điều trị, cơ chế nhắc nhở và giám sát [10]. Điều này cho thấy tuân thủ không chỉ là hành vi cá nhân mà còn chịu tác động mạnh mẽ từ hệ thống quản lý và tổ chức dịch vụ y tế.

Tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn, đơn vị Thận nhân tạo hoạt động trong bối cảnh áp lực quá tải, nguồn lực nhân lực hữu hạn, yêu cầu tuân thủ nghiêm ngặt Quyết định 2482/QĐ-BYT, đồng thời chịu tác động của cơ chế tự chủ tài

chính toàn diện năm 2026. Số lượng bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn tính đến hết năm 2025 là 60 bệnh nhân [8]. Mặc dù các nghiên cứu trong nước đã đề cập đến thực trạng và yếu tố liên quan đến tuân thủ, song còn thiếu các bằng chứng thực chứng tại tuyến cơ sở. Do đó, nghiên cứu **"*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026*"** được thực hiện nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng các giải pháp phù hợp , nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026.

2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026.

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái quát về suy thận mạn và lọc máu chu kỳ

1.1.1. Định nghĩa và phân loại suy thận mạn

Bệnh thận mạn được định nghĩa theo hướng dẫn lâm sàng cập nhật của Kidney Disease: Improving Global Outcomes năm 2024 là tình trạng bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, tồn tại kéo dài > 3 tháng và có ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân [10]. Chẩn đoán được xác lập khi bệnh nhân đáp ứng ≥ 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: mức lọc cầu thận (GFR) < 60 mL/min/1.73 m^2 hoặc có bằng chứng tổn thương thận, thường gặp nhất là albumin niệu [10]. Các biểu hiện tổn thương thận khác bao gồm bất thường cặn nước tiểu, rối loạn điện giải do bệnh lý ống thận, bất thường mô bệnh học, hoặc bất thường trên chẩn đoán hình ảnh như thận teo nhỏ hoặc thận đa nang [1].

1.1.2. Dịch tễ học suy thận mạn trên thế giới và tại Việt Nam

Bệnh thận mạn hiện được xem là một thách thức y tế toàn cầu với xu hướng gia tăng liên tục. Theo báo cáo Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (2023), ước tính có 788 triệu người trưởng thành đang sống chung với bệnh thận mạn, tăng so với 378 triệu người vào năm 1990 [18].

Tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn ở người trưởng thành trên toàn cầu ước tính khoảng 9–10%, tương đương 670–700 triệu người [10]. Một phân tích gộp từ các nghiên cứu quần thể ghi nhận tỷ lệ hiện mắc chung 13,0% cho các giai đoạn 1–5 và 6,6% cho các giai đoạn 3–5. Trên phạm vi 161 quốc gia, tỷ lệ hiện mắc trung vị ở cấp quốc gia là 9,5% (IQR 5,9–11,7) [17].

Sự phân bố bệnh thận mạn có khác biệt rõ rệt theo mức thu nhập và khu vực địa lý. Tại các quốc gia thu nhập cao, tỷ lệ hiện mắc chung khoảng 10–11%, trong đó giai đoạn 3–5 chiếm 6,8% [10]. Ngược lại, tại các quốc gia thu nhập thấp, tỷ lệ này dao động 11–15%, đồng thời đi kèm với kết cục lâm sàng kém hơn [10].

Tại Việt Nam, các bằng chứng gần đây cho thấy tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3–5 ở mức trung bình so với khu vực. Dữ liệu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu năm 2017 xếp Việt Nam vào nhóm quốc gia có > 10 triệu trường hợp hiện mắc bệnh thận mạn ở tất cả các giai đoạn, phù hợp với quy mô dân số và khoảng tỷ lệ hiện mắc 7–10% [10].

1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân của bệnh thận mạn có sự khác biệt theo khu vực địa lý và mức độ phát triển kinh tế. Trên phạm vi toàn cầu, đái tháo đường, đặc biệt type 2, và tăng huyết áp là 2 nguyên nhân hàng đầu dẫn đến suy thận giai đoạn cuối. Tại các quốc gia đang phát triển, viêm cầu thận vẫn chiếm tỷ trọng đáng kể trong cơ cấu nguyên nhân [10].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện E và Bệnh viện Quân y 175 ghi nhận viêm cầu thận là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm 54,7%–57,4%, tiếp theo là đái tháo đường (22,3%–23,8%) và tăng huyết áp (13,9%) [5], [6]. Những số liệu này phản ánh đặc điểm dịch tễ học đặc thù của bệnh thận mạn tại Việt Nam, trong đó bệnh lý cầu thận vẫn đóng vai trò chủ đạo.

1.1.4. Nguyên tắc điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối

Việc quản lý giai đoạn này dựa trên các nguyên tắc điều trị toàn diện, nhằm kiểm soát yếu tố nguy cơ, hạn chế biến chứng và tối ưu hóa tiên lượng.

Thứ nhất, kiểm soát huyết áp giữ vai trò nền tảng.

Thứ hai, quản lý các biến chứng thường gặp ở giai đoạn cuối.

Thứ ba, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng là thành tố quan trọng trong điều trị.

Thứ tư, lựa chọn phương pháp KRT cần được cá thể hóa dựa trên tình trạng lâm sàng, điều kiện kinh tế và nguyện vọng của bệnh nhân, bao gồm lọc máu chu kỳ, lọc màng bụng hoặc ghép thận.

1.1.5. Lọc máu chu kỳ

Phác đồ lọc máu tiêu chuẩn thường được thực hiện 3 ca/ tuần, mỗi ca 4 giờ [1]. Tại Việt Nam, quy trình chuyên môn được quy định chặt chẽ bởi Bộ Y tế theo Quyết định 2482/QĐ-BYT, bao gồm các bước cơ bản sau [1]:

- **Chuẩn bị:** Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đánh giá dấu hiệu sinh tồn và cân nặng nhằm xác định lượng dịch cần rút, dựa trên khái niệm cân khô.
- **Kết nối:** Thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể thông qua cầu nối động–tĩnh mạch (FAV) hoặc catheter tĩnh mạch trung tâm.
- **Vận hành:** Kiểm soát tốc độ bơm máu, thường 200–300 mL/phút, đồng thời sử dụng thuốc chống đông (heparin) để phòng ngừa đông máu trong hệ thống lọc.
- **Kết thúc:** Hoàn trả máu về cơ thể bệnh nhân, rút kim và theo dõi huyết động sau lọc nhằm phát hiện sớm các biến chứng tức thời.

Lọc máu chu kỳ giữ vai trò trung tâm trong điều trị suy thận giai đoạn cuối, giúp kiểm soát hội chứng urê huyết cao, điều chỉnh rối loạn điện giải và duy trì cân bằng dịch. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc chặt chẽ vào mức độ tuân thủ phác đồ lọc máu và hướng dẫn chuyên môn của bệnh nhân.

1.2. Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

1.2.1. Khái niệm tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị được định nghĩa là mức độ mà hành vi của bệnh nhân phù hợp với các khuyến nghị đã được thống nhất cùng nhân viên y tế. Trong lọc máu chu kỳ, tuân thủ điều trị là một quá trình tự quản lý đa thành phần và có tính liên tục, không chỉ giới hạn ở việc sử dụng thuốc mà còn bao gồm việc tham gia đầy đủ các buổi lọc máu và duy trì điều chỉnh lối sống một cách bền bỉ. Tính phức tạp của quá trình này phản ánh yêu cầu phối hợp đồng thời giữa điều trị nội khoa, kiểm soát dịch và dinh dưỡng, cũng như theo dõi định kỳ lâu dài.

1.2.2. Nội dung tuân thủ điều trị trong lọc máu chu kỳ

Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ bao gồm 4 khía cạnh chính, có tính bổ trợ và tác động qua lại lẫn nhau.

Thứ nhất, tuân thủ lịch lọc máu.

Thứ hai, tuân thủ sử dụng thuốc.

Thứ ba, tuân thủ chế độ ăn và hạn chế dịch.

Thứ tư, tuân thủ tái khám và theo dõi định kỳ.

1.2.3. Phương pháp đánh giá tuân thủ điều trị

Công cụ tự báo cáo

Nhóm công cụ này cho phép đánh giá đồng thời nhiều lĩnh vực tuân thủ, bao gồm tham dự lọc máu, sử dụng thuốc, chế độ ăn và hạn chế dịch. ESRD-AQ (End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire) là thang đo được sử dụng rộng rãi, gồm 46 mục, đánh giá mức độ tham dự lọc máu, dùng thuốc, kiểm soát dịch, chế độ ăn và kiến thức bệnh nhân. Công cụ này đã được kiểm định độ tin cậy và giá trị sử dụng trên nhiều ngôn ngữ khác nhau [12].

Dialysis Diet and Fluid Non-Adherence Questionnaire (DDFQ) tập trung vào tuân thủ chế độ ăn và hạn chế dịch. Thang đo này cho thấy mối tương quan mức trung bình đến lớn với mức tăng cân giữa hai kỳ lọc và nồng độ phospho, kali huyết thanh [18].

Ngoài ra, một số công cụ sàng lọc ngắn gọn tại địa phương như bài kiểm tra tuân thủ 6 câu hỏi dạng có/không được sử dụng để đánh giá nhanh tuân thủ dùng thuốc. Tuy nhiên, các công cụ này có phạm vi hạn chế và ít toàn diện hơn . Các nghiên cứu cho thấy công cụ tự báo cáo có giá trị tiêu chuẩn mức trung bình đến lớn khi so sánh với các chỉ số khách quan như mức tăng cân giữa hai kỳ lọc và nồng độ phospho, kali huyết thanh [10].

Chỉ số lâm sàng và sinh hóa khách quan

Các chỉ số khách quan thường được xem là thước đo “trực tiếp” của tuân thủ điều trị.

Mức tăng cân giữa hai kỳ lọc (IDWG) phản ánh mức độ tuân thủ hạn chế dịch và được sử dụng như tiêu chí chính trong nhiều thử nghiệm can thiệp (36).

Nồng độ phospho và kali huyết thanh phản ánh mức độ tuân thủ chế độ ăn và sử dụng thuốc gắn phospho; các chỉ số này có liên quan chặt chẽ với điểm số ESRD-AQ và DDFQ [18].

Tần suất lọc máu và số buổi lọc bị rút ngắn thời gian được ghi nhận từ hồ sơ đơn vị lọc máu cũng là chỉ số quan trọng đánh giá tuân thủ lịch điều trị [11].

1.2.4. Hậu quả của không tuân thủ điều trị

Không tuân thủ điều trị trong bệnh thận mạn, đặc biệt ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ, có thể ảnh hưởng đến: Nguy cơ tử vong, nhập viện, tiến triển bệnh, kết cục sau ghép thận.

Nguy cơ tử vong, nhập viện

Trong phân tích DOPPS, việc bỏ ≥ 1 buổi lọc trong 4 tháng làm tăng 68% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân (HR 1,68), đồng thời liên quan đến tăng nhập viện và các chỉ số xét nghiệm cũng như kết quả do bệnh nhân tự báo cáo kém hơn [19]. Những dữ liệu này cho thấy hành vi không tuân thủ lọc máu có tác động tức thời và lâu dài đến tiên lượng sống còn.

Tiến triển bệnh

Ở bệnh nhân lọc máu, tỷ lệ không tuân thủ ít nhất một loại thuốc dao động 12,5–98,6% tùy theo phương pháp đo lường . Trong một nghiên cứu trên 32.348 cựu chiến binh Hoa Kỳ chuyển sang lọc máu, mức độ tuân thủ thấp với thuốc tim mạch (PDC ≤ 60%) liên quan đến tăng 21% nguy cơ tử vong sau khi bắt đầu lọc máu (HR 1,21) so với nhóm tuân thủ cao.

Ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa lọc máu (nghiên cứu CRIC, 3.305 bệnh nhân), tuân thủ thuốc thấp liên quan đến tăng 27% nguy cơ tiến triển bệnh (HR 1,27). Điều này cho thấy không tuân thủ không chỉ ảnh hưởng đến kết cục ngắn hạn mà còn thúc đẩy tiến triển bệnh thận mạn theo thời gian [19].

1.2.5. Thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ

Thực trạng trên thế giới

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ trên phạm vi toàn cầu vẫn ở mức thấp, đặc biệt đối với chế độ ăn và hạn chế dịch. Các tổng quan hệ thống ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ chế độ ăn dao động 47,3%–72,5%, trong khi không tuân thủ hạn chế dịch dao động 50%–70,7% [18].

Một khảo sát lớn tại Hoa Kỳ ghi nhận 18% bệnh nhân bỏ buổi lọc, 36% kết thúc buổi lọc sớm và > 50% không tuân thủ chế độ ăn và hạn chế dịch [10]. Những số liệu này phản ánh mức độ đáng kể của không tuân thủ trong các hành vi điều trị cốt lõi.

Tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp, tình trạng bỏ ca lọc diễn ra phổ biến hơn do khó khăn tài chính và vận chuyển, với tỷ lệ 11,7%–gần 20% (49). Một nghiên cứu khác cho thấy 42% bệnh nhân từng bỏ ≥ 1 buổi lọc trong tháng [19].

Nhìn chung, thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ trên thế giới cho thấy tỷ lệ không tuân thủ dao động rộng, phụ thuộc vào lĩnh vực đánh giá (thuốc, chế độ ăn, hạn chế dịch, tham dự lọc máu) và bối cảnh hệ thống y tế. Những bằng chứng này nhấn mạnh tính phổ biến và đa chiều của vấn đề, đồng thời khẳng định nhu cầu triển khai các can thiệp có hệ thống nhằm cải thiện tuân thủ trong quản lý bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Thực trạng tại Việt Nam

Tại Việt Nam, mức độ tuân thủ điều trị có sự khác biệt giữa các cơ sở y tế và giữa các nội dung điều trị cụ thể.

Nghiên cứu năm 2024 tại Bệnh viện E ghi nhận 78,2% bệnh nhân có mức tự quản chăm sóc chưa tốt, điểm trung bình đạt 75,80/120; tỷ lệ đạt mức tốt chỉ 21,8% [5]. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, 42,4% bệnh nhân có khả năng tự quản lý ở mức thấp; 57,6% đạt mức cao [7].

Đối với từng thành phần cụ thể, tại Bệnh viện Quân y 175, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc đạt 99,24%; tuân thủ lịch lọc 90,91%; tuân thủ hạn chế chất lỏng 93,18%–95,45% [5]. Trong khi đó, tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất, tỷ lệ tuân thủ chế độ dinh dưỡng đầy đủ chỉ đạt 53,5% [4].

Bảng 1.1. Thực trạng tuân thủ điều trị tại một số cơ sở y tế Việt Nam

Cơ sở nghiên cứu (2024–2025)	**Tuân thủ chung/Tự quản tốt**	**Tuân thủ dùng thuốc**	**Tuân thủ ăn/dịch**
Bệnh viện E	21,8% (Tốt)	-	Điểm thấp nhất
Bệnh viện Quân y 175	90,91%	99,24%	93,18%–95,45%
Bệnh viện Chợ Rẫy	57,6% (Cao)	-	-
BV ĐK Thống Nhất	-	-	53,5%

Nhìn chung, tuân thủ dùng thuốc và lịch lọc có xu hướng cao hơn so với tuân thủ chế độ dinh dưỡng và hạn chế dịch, phản ánh tính phức tạp và khó duy trì của các hành vi liên quan đến lối sống.

1.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị

1.3.1. Yếu tố thuộc về bệnh nhân:

Nhân khẩu học: Bệnh nhân trẻ thường kém tuân thủ hơn do áp lực xã hội và khó chấp nhận bệnh mạn, trong khi người lớn tuổi ổn định hơn nhưng hạn chế thể chất; nam có tỷ lệ bỏ lọc cao hơn nữ [6].

Học vấn & kiến thức sức khỏe: Trình độ thấp làm giảm khả năng hiểu và thực hiện hướng dẫn; có nghiên cứu ghi nhận 52,8% bệnh nhân mù chữ hoặc học vấn thấp [10], dẫn đến khó tuân thủ chế độ dịch, ăn uống, thuốc và theo dõi cân nặng.

Tâm lý: Trầm cảm, lo âu, kỳ thị và mệt mỏi sau lọc làm giảm động lực tuân thủ và gián đoạn tự quản lý bệnh [10].

Thời gian điều trị: Bệnh nhân mới lọc (<3 tháng) thường tuân thủ tốt hơn [12], nhưng điều trị kéo dài có thể gây "kiệt sức điều trị" và lơ là phác đồ.

Các yếu tố bệnh nhân tương tác đa chiều, biến thiên theo thời gian và trải nghiệm bệnh; nhận diện đầy đủ chúng là cơ sở để xây dựng can thiệp cá thể hóa và bền vững.

1.3.2. Yếu tố gia đình và xã hội

Hỗ trợ gia đình: Là yếu tố bảo vệ quan trọng nhất; 89,3% bệnh nhân nhận được hỗ trợ tốt từ gia đình . Hỗ trợ gồm chăm sóc, động viên, nhắc lịch, chuẩn bị ăn uống và quản lý thuốc; thiếu hỗ trợ liên quan giảm kiểm soát bệnh và tăng tử vong [17].

Kinh tế: Là rào cản cấu trúc; chi phí điều trị và sinh hoạt tạo gánh nặng. Có nghiên cứu ghi nhận 88,6% bệnh nhân thu nhập thấp hoặc thất nghiệp, nhóm này kém tuân thủ rõ rệt [17].

Địa lý & tiếp cận dịch vụ: Khoảng cách xa trung tâm lọc làm tăng nguy cơ bỏ hoặc trễ ca, nhất là khi hạ tầng hạn chế [17].

1.4. Một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

1.4.1. Nghiên cứu trên thế giới

Nghiên cứu về chuyển đổi số năm 2024 xác nhận vai trò nổi bật của các can thiệp sức khỏe kỹ thuật số (DHIs), với mức cải thiện tuân thủ thuốc đạt SMD 1,45 và tuân thủ tham gia lọc máu đạt SMD 1,88 [9]. Các chỉ số này phản ánh tác động mạnh mẽ của công nghệ trong hỗ trợ nhắc nhở, theo dõi và phản hồi thời gian thực.

Tại Saudi Arabia và Iraq (2023–2024), các nghiên cứu quan sát đã xác định những yếu tố dự báo quan trọng của tuân thủ, bao gồm niềm tin vào bác sĩ, phương tiện di chuyển cá nhân và tình trạng mệt mỏi sau lọc [9]. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của yếu tố niềm tin và điều kiện xã hội trong duy trì hành vi điều trị.

1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam

Các nghiên cứu trong nước giai đoạn gần đây phản ánh nỗ lực nâng cao khả năng tự quản lý và cải thiện tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Nghiên cứu năm 2024 tại Bệnh viện Quân y 175 ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị chung đạt 90,91%, trong đó tuân thủ dùng thuốc cao nhất với 99,24% [5]. Đồng thời, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng bệnh nhân sử dụng phương tiện công cộng có mức tuân thủ thấp hơn, gợi ý vai trò của yếu tố tiếp cận dịch vụ trong hành vi điều trị.

Tại Bệnh viện E (2024), 78,2% bệnh nhân có mức tự quản chăm sóc chưa tốt; viêm cầu thận được xác định là nguyên nhân chính dẫn đến suy thận giai đoạn cuối (30). Kết quả này cho thấy mặc dù một số nội dung tuân thủ đạt mức cao, năng lực tự quản tổng thể vẫn còn hạn chế [6].

Nghiên cứu năm 2025 tại Bệnh viện Chợ Rẫy ghi nhận 57,6% bệnh nhân có khả năng tự quản lý cao, tuy nhiên các lĩnh vực Hợp tác và Quản lý cảm xúc vẫn là điểm yếu cần được cải thiện [7]. Điều này phản ánh tính phức tạp của tự quản lý trong bệnh mạn tính, nơi yếu tố cảm xúc và tương tác xã hội đóng vai trò quan trọng không kém yếu tố kỹ thuật điều trị.

Tổng hợp các bằng chứng trong và ngoài nước cho thấy tuân thủ điều trị ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là hiện tượng đa yếu tố, chịu ảnh hưởng của can thiệp giáo dục, hỗ trợ tâm lý, công nghệ số và bối cảnh xã hội – tổ chức cụ thể.

1.5. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu

Mô hình tổ chức quản lý lọc máu tại TTYT Từ Sơn

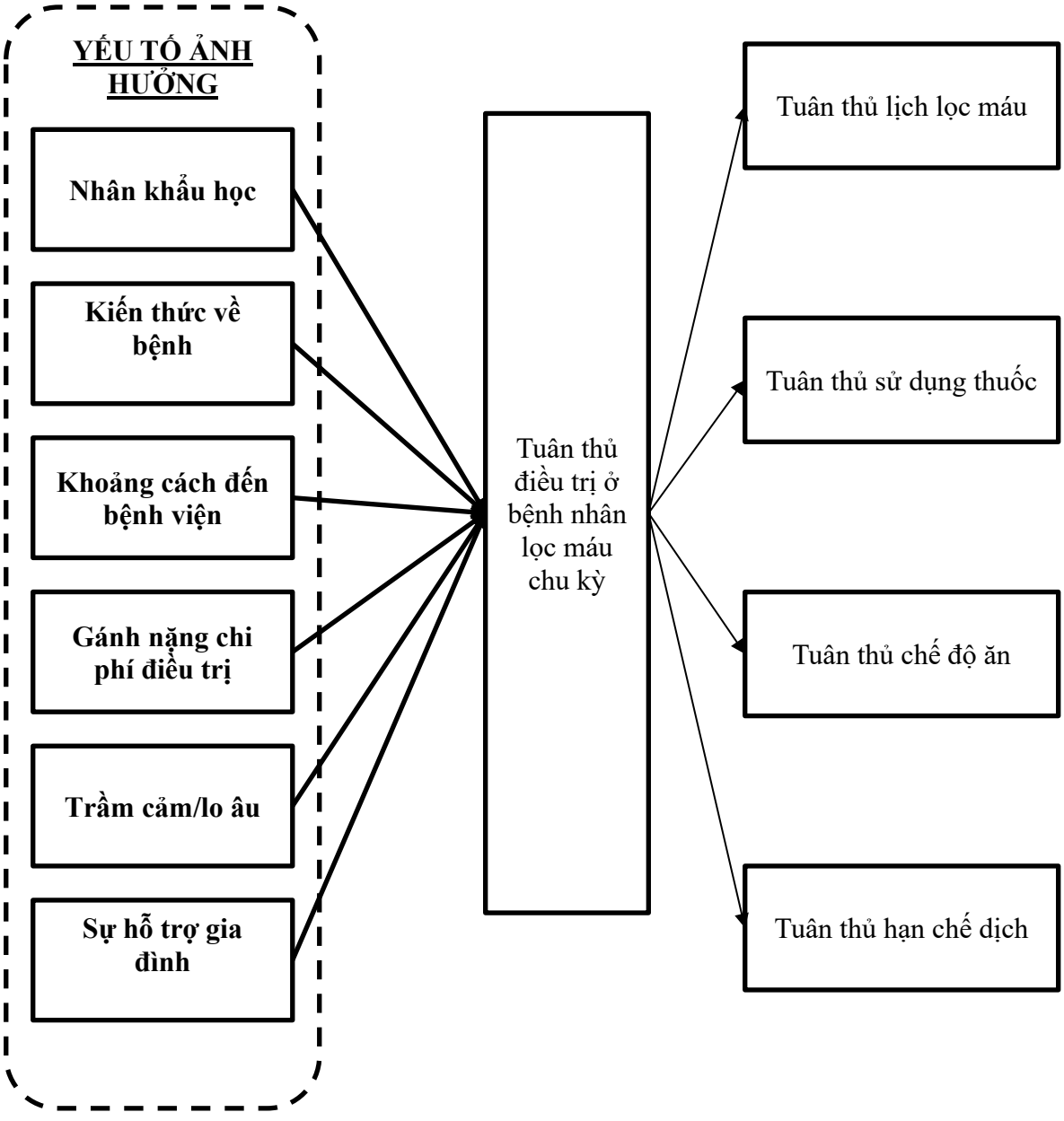
Bệnh viện đa khoa Từ Sơn Gồm Ban giám đốc (01 giám đốc, 02 phó giám đốc), 21 khoa/phòng với 358 cán bộ, viên chức và người lao động.

Cơ cấu tổ chức: Đơn nguyên Thận nhân tạo thuộc Khoa Hồi sức cấp cứu - Gây mê phẫu thuật - Thận lọc máu: 3 bác sỹ, 6 điều dưỡng, 1 hộ lý, 1 nhân viên môi trường.

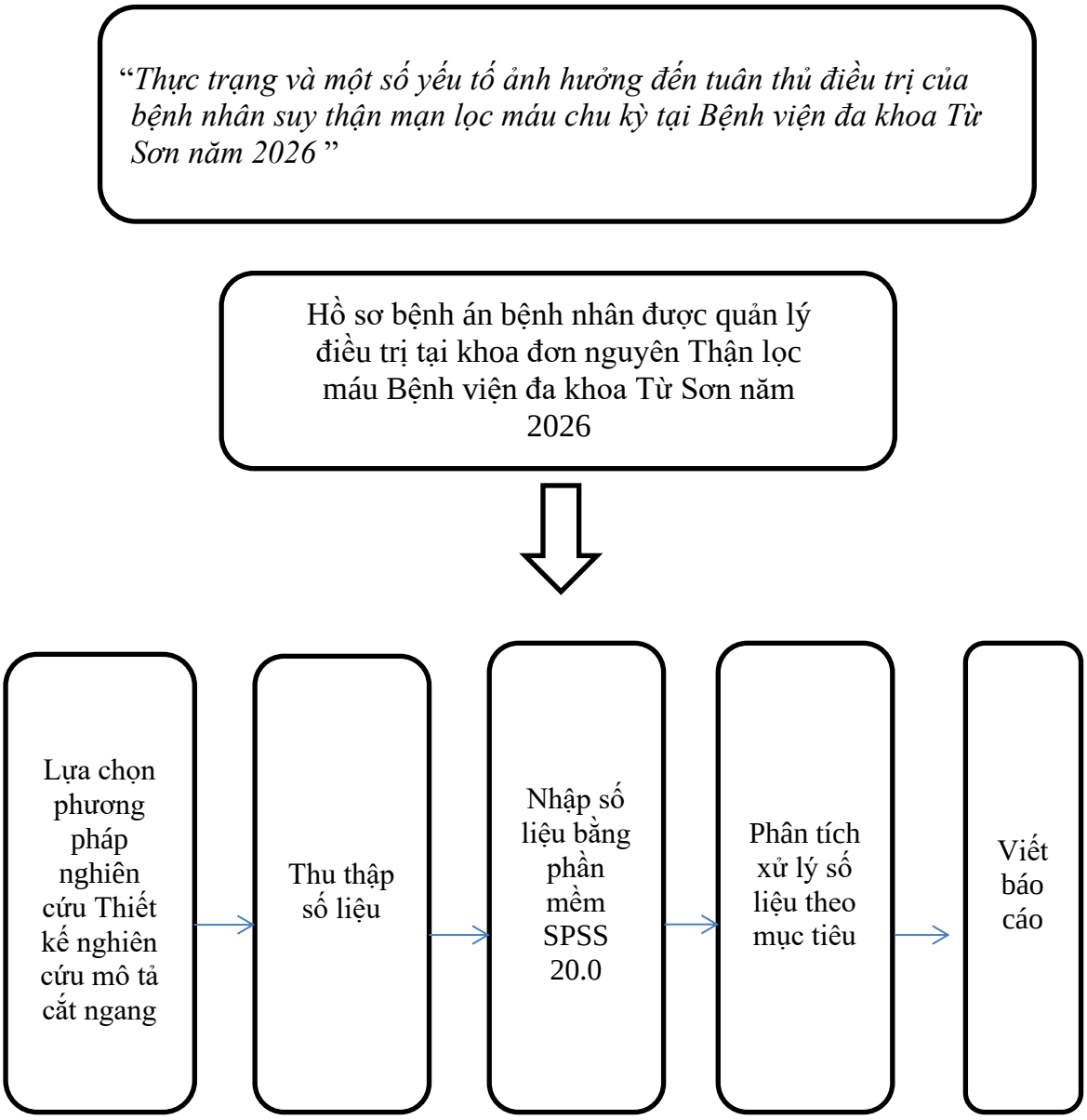
Trang thiết bị: 14 máy thận nhân tạo (13 máy HD và 1 máy HDF online). Hệ thống nước RO trung tâm.

Hiện tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn đang khám và điều trị cho 60 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ [8].

1.6. Khung lý thuyết của nghiên cứu



Hình 1.1: Khung lý thuyết nghiên cứu



Hình 1.2: sơ đồ nghiên cứu

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu chu kỳ định kỳ tại Đơn nguyên Thận nhân tạo, Bệnh viện đa khoa Từ Sơn trong năm 2026 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:

c) Tiêu chí lựa chọn

– Được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối và đang điều trị lọc máu chu kỳ tại bệnh viện thời gian ≥ 3 tháng, lọc 3 buổi/ tuần.

– Có khả năng giao tiếp, trả lời phỏng vấn.

– Đồng ý tham gia nghiên cứu.

d) Tiêu chí loại trừ

– Bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu hoặc diễn biến lâm sàng không ổn định tại thời điểm khảo sát.

– Bệnh nhân có rối loạn nhận thức ảnh hưởng đến khả năng trả lời.

– Không đồng ý tham gia hoặc rút lui khỏi nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Đơn nguyên Thận nhân tạo thuộc Khoa Hồi sức cấp cứu – Gây mê phẫu thuật – Thận lọc máu, Bệnh viện đa khoa Từ Sơn.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ ngày 01/03/2026 đến 30/09/2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế theo nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.4. Mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức lấy mẫu toàn bộ.

Dự kiến kết quả : cỡ mẫu ~ 60 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu dự kiến áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chí lựa chọn và loại trừ trong thời gian thu thập số liệu.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Chuẩn bị và tiếp cận đối tượng

Lập danh sách: Rà soát hồ sơ tại Đơn nguyên Thận nhân tạo để chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn (lọc máu ≥ 3 tháng, 3 buổi/tuần).

Tiếp xúc đạo đức: Giải thích mục tiêu nghiên cứu, đảm bảo quyền tự nguyện và ký văn bản đồng ý tham gia.

Tập huấn điều tra viên: Thống nhất cách hỏi và chấm điểm bộ câu hỏi ESRD-AQ để tránh sai số thông tin.

Bước 2: Thu thập số liệu phục vụ Mục tiêu 1 (Thực trạng tuân thủ)

Trích lục hồ sơ bệnh án: * Ghi nhận số buổi bỏ lọc hoặc rút ngắn thời gian lọc trong tháng gần nhất.

Thu thập nồng độ Kali máu từ kết quả xét nghiệm định kỳ (ngưỡng không tuân thủ > 6,0 mmol/L).

Tính toán mức tăng cân giữa hai kỳ lọc (IDWG) so với cân khô (ngưỡng không tuân thủ > 5,7% trọng lượng cơ thể).

Bỏ hoặc rút ngắn ca lọc > 1 lần/tháng

Phỏng vấn trực tiếp (Số liệu tự báo cáo): Sử dụng tiểu thang hành vi của bộ câu hỏi ESRD-AQ để đánh giá mức độ tuân thủ trong tuần/tháng qua.

Phân loại mức độ tuân thủ (Tốt, Trung bình, Kém) dựa trên điểm số đạt được ở các lĩnh vực: lịch lọc, dùng thuốc, chế độ ăn và hạn chế dịch.

Bước 3: Thu thập số liệu phục vụ Mục tiêu 2 (Các yếu tố ảnh hưởng)

Thu thập đặc điểm nhân khẩu học & lâm sàng: Phỏng vấn và tra cứu bệnh án về tuổi, giới, trình độ học vấn, thu nhập, khoảng cách đến viện, thời gian lọc máu và bệnh đồng mắc.

Đánh giá nhận thức & thái độ: Sử dụng 8 câu hỏi về thái độ/nhận thức trong ESRD-AQ để tìm hiểu lý do bệnh nhân tuân thủ hoặc không tuân thủ.

Khảo sát các yếu tố tâm lý - xã hội:

* Đánh giá mức độ hỗ trợ từ gia đình bằng thang Likert 5 mức.

Ghi nhận tình trạng mệt mỏi sau lọc và các biểu hiện trầm cảm/lo âu qua phỏng vấn trực tiếp.

Đánh giá yếu tố quản lý: Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá về tổ chức quy trình, giáo dục sức khỏe và nhắc nhở của nhân viên y tế theo thang Likert.

2.7. Biến số và chủ đề nghiên cứu

Bảng 2.1: Biến số nghiên cứu

STT	Tên biến	Định nghĩa hoạt động	Loại biến	Cách thu thập
1.	Tuổi	Tuổi tại thời điểm nghiên cứu (năm)	Định lượng liên tục	Hồ sơ bệnh án
2.	Giới	Nam/Nữ	Nhị phân	Hồ sơ bệnh án
3.	Nghề nghiệp	Công nhân, lao động tự do, nông nghiệp, hưu trí, khác	Danh định	Hồ sơ bệnh án

STT	Tên biến	Định nghĩa hoạt động	Loại biến	Cách thu thập
4.	Trình độ học vấn	Không biết chữ, tiểu học, THCS, THPT, cao đẳng/đại học trở lên	Thứ bậc	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
5.	Hỗ trợ gia đình	Mức độ hỗ trợ từ gia đình trong điều trị (Likert 1–5)	Thứ bậc	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
6.	Thu nhập	Thu nhập bình quân hàng tháng của người bệnh hoặc hộ gia đình	Thứ bậc hoặc Định lượng	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
7.	Phương tiện di chuyển	Xe cá nhân, xe công cộng, người thân đưa đón	Danh định	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
8.	Khoảng cách đến bệnh viện	Khoảng cách từ nơi ở đến bệnh viện (km)	Định lượng liên tục	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
9.	Thời gian lọc máu	Số tháng hoặc năm đã điều trị lọc máu chu kỳ	Định lượng liên tục	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân

STT	Tên biến	Định nghĩa hoạt động	Loại biến	Cách thu thập
10.	Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận, đái tháo đường, tăng huyết áp, nguyên nhân khác	Danh định	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
11.	Số bệnh đồng mắc	Tổng số bệnh kèm theo được chẩn đoán	Định lượng rời rạc	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
12.	Mệt mỏi sau lọc	Mức độ mệt mỏi sau mỗi ca lọc (Likert 1–5)	Thứ bậc	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
13.	Tuân thủ lọc máu	Điểm tổng hợp phần Hemodialysis Treatment của ESRD-AQ	Định lượng liên tục	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
14.	Tuân thủ dùng thuốc	Điểm tổng hợp phần Medication của ESRD-AQ	Định lượng liên tục	Phỏng vấn bằng bảng hỏi
15.	Tuân thủ hạn chế dịch	Điểm tổng hợp phần Fluid của ESRD-AQ	Định lượng liên tục	Phỏng vấn trực tiếp
16.	Tuân thủ chế độ ăn	Điểm tổng hợp phần Diet của ESRD-AQ	Định lượng liên tục	Phỏng vấn trực tiếp

STT	Tên biến	Định nghĩa hoạt động	Loại biến	Cách thu thập
17.	Tuân thủ điều trị tổng thể (tự báo cáo)	Tổng điểm 4 nhóm tuân thủ theo ESRD-AQ	Định lượng liên tục	Sử dụng thang đo chuẩn hóa
18.	Không tuân thủ điều trị theo tiêu chí lâm sàng	Người bệnh được phân loại không tuân thủ nếu có ≥ 1 trong các tiêu chí sau: (1) Bỏ hoặc rút ngắn thời gian lọc > 1 lần/tháng; (2) IDWG > 5,7% so với cân nặng trước đó > 1 lần/tuần; (3) Kali huyết thanh > 6,0 mmol/L trong xét nghiệm hàng tháng	Nhị phân (Có/Không)	Hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân
19.	Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân bao gồm: Nhân khẩu học, khoảng cách đến viện, kiến thức về bệnh, hỗ trợ từ gia đình, trầm cảm lo âu,…			

Mô hình hồi quy logistic đa biến

Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập đến tuân thủ điều trị chung. Các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến (Giá trị OR và khoảng tin cậy 95%).

Biến phụ thuộc: Tuân thủ chung (1 = Tuân thủ tốt 0 = Không tuân thủ (trung bình +kém))

Biến độc lập: tuổi, học vấn, thu nhập, khoảng cách, kiến thức, trầm cảm, hỗ trợ gia đình

Biến	**Loại biến**	**Nhập liệu**
Tuổi	Liên tục	số
Học vấn	Thứ bậc	(THPT trở lên =1; thấp hơn=0)
Thu nhập	Phân nhóm	≥5 triệu =1; <5 triệu =0
Khoảng cách	Phân nhóm	≥10km =1; <10km =0
Kiến thức	Nhị phân	Tốt =1; Không tốt=0
Trầm cảm	Nhị phân	Có =1; Không=0
Hỗ trợ gia đình	Nhị phân	Có =1; Không=

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.8.1. Phương pháp đo lường

Việc đo lường trong nghiên cứu được triển khai theo hướng kết hợp giữa chỉ số tự báo cáo và chỉ số khách quan nhằm phản ánh đầy đủ tính đa chiều của hành vi tuân thủ điều trị ở người bệnh lọc máu chu kỳ. Cách tiếp cận này cho phép đánh giá không chỉ nhận thức và thái độ của người bệnh mà còn đối chiếu với các bằng chứng sinh hóa và dữ liệu hồ sơ điều trị thực tế.

2.8.2. Tiêu chí và tiêu chuẩn đánh giá

a. Tiêu chí đánh giá tuân thủ điều trị

Người bệnh được xác định là không tuân thủ khi có ≥ 1 tiêu chí sau:

- Bỏ hoặc rút ngắn thời gian lọc máu > 1 lần/tháng.
- IDWG > 5,7% trọng lượng cơ thể và xảy ra > 1 lần/tuần.
- Kali máu > 6,0 mmol/L.

Trường hợp không có tiêu chí nào nêu trên được phân loại là tuân thủ điều trị.

b. Tiêu chí đánh giá mức độ tuân thủ theo :

ESRD-AQ, Thang điểm Morisky Medication Adherence Scale, Likert 5 *(phụ lục 3)*

2.9. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu bằng phần mềm chuyên dụng với quy trình nhập kép nhằm kiểm soát sai sót.

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm Stata/SPSS.

Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm dân số nghiên cứu và mức độ tuân thủ điều trị, bao gồm tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định χ^2 hoặc Fisher đối với biến định tính; kiểm định t-test.

2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Người tham gia được cung cấp thông tin đầy đủ về mục tiêu, nội dung, lợi ích và nguy cơ có thể có của nghiên cứu.

Việc tham gia hoàn toàn tự nguyện và được xác nhận bằng văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị. Thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ triển khai khi có văn bản chấp thuận chính thức từ cơ quan có thẩm quyền , Hội đồng khoa học Sở Y tế và Ban Giám đốc bệnh viện.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

Do nghiên cứu thực hiện tại tuyến cơ sở nên cỡ mẫu còn nhỏ, có thể chưa phản ánh đầy đủ thực trạng mục tiêu nghiên cứu.

Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn chưa triển khai được các xét nghiệm chuyên sâu như Phospho máu và hormone tuyến cận giáp (PTH). Do đó, nghiên cứu chưa đánh giá được đầy đủ tình trạng rối loạn chuyển hóa khoáng – xương ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

Nghiên cứu có thể sai số như:

Sai số chọn mẫu do thiết kế cắt ngang tại một cơ sở duy nhất;

Sai số thông tin do bệnh nhân tự khai báo mức độ tuân thủ; và sai số nhiễu từ các yếu tố tâm lý – xã hội.

Để hạn chế, nghiên cứu đã áp dụng tiêu chuẩn chọn mẫu rõ ràng, chuẩn hóa quy trình thu thập số liệu, đảm bảo tính ẩn danh khi phỏng vấn và sử dụng phân tích hồi quy đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu. Tuy nhiên, do bản chất thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chỉ xác định được mối liên quan mà chưa thể kết luận quan hệ nhân quả.

Chương 3
DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Đặc điểm	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 40		
	40–49		
	50–59		
	≥ 60		
Giới	Nam		
	Nữ		
Nghề nghiệp	Công nhân		
	Lao động tự do		
	Nông nghiệp		
	Hưu trí		
	Khác		
Trình độ học vấn	Không biết chữ		
	Tiểu học		
	THCS		
	THPT		
	Cao đẳng/Đại học trở lên		
Tình trạng hôn nhân			

Bảng 3.2. Đặc điểm kinh tế – xã hội

Đặc điểm	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thu nhập (triệu đồng/tháng)	< 5		
	5–<10		
	≥ 10		
Phương tiện di chuyển	Xe cá nhân		
	Xe công cộng		
	Người thân đưa đón		
Khoảng cách đến bệnh viện (km)	< 5		
	5–<10		
	≥ 10		

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian lọc máu	< 12 tháng		
	12–<36 tháng		
	≥ 36 tháng		
Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận		
	Đái tháo đường		
	Tăng huyết áp		
	Nguyên nhân khác		
Số bệnh đồng mắc	0–1 bệnh		
	2–3 bệnh		
	≥ 4 bệnh		

Bảng 3.4. Đặc điểm tâm lý – xã hội

Đặc điểm	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ mệt mỏi sau lọc (Likert 1–5)	Nhẹ (1–2)		
	Trung bình (3)		
	Nặng (4–5)		
Mức độ hỗ trợ gia đình (Likert 1–5)	Thấp (1–2)		
	Trung bình (3)		
	Cao (4–5)		

3.2. Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026

Bảng 3.5. Kết quả điểm tuân thủ điều trị theo ESRD-AQ

Mức độ tuân thủ	**n**	**%**
Tốt		
Trung bình		
Kém		
Tổng		

Bảng 3.6. Tuân thủ điều trị

Tuân thủ lịch lọc máu	***n***	***%***
Tuân thủ		
Không tuân thủ		
Tổng		
Số buổi bỏ lọc/tháng		
0 buổi		
1 buổi		
≥2 buổi		
Tổng		
Mức độ tuân thủ thuốc		
Tốt		
Trung bình		
Kém		
Tổng		
Tuân thủ hạn chế muối		
Có		
Không		
Tổng		
Tuân thủ hạn chế nước		
Tuân thủ		
Không		
Tổng		
Tuân thủ tái khám		
Có		
Không		
Tổng		

Mức độ tuân thủ chung		
Tốt		
Trung bình		
Kém		
Tổng		

Bảng 3.7. Tăng cân giữa 2 kỳ lọc (IDWG)

IDWG	***n***	***%***	***Trung bình± SD***
≤ 2,5 kg (Tuân thủ)			
> 2,5 kg (Không tuân thủ)			
Tổng			

Bảng 3.8 Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị

Mức độ kiến thức	**n**	**%**
Tốt		
Trung bình		
Kém		
Tổng		
Hỗ trợ gia đình		
Có		

Không		
Tổng		
Khoảng cách		
< 10 km		
10 – 20 km		
> 20 km		
Tổng		
Gánh nặng chi phí		
Nhẹ		
Vừa		
Nặng		
Tổng		
Trầm cảm / Lo âu		
Không		
Có		
Tổng		

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị lọc máu

Đặc điểm	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Tuổi			
≥60			
<60			
Giới			
Nam			
Nữ			
Trình độ học vấn			
≤ THCS			
≥ THPT			
Khoảng cách BV			
<10km			
10–20km			
>20km			

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị thuốc

Đặc điểm	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Tuổi			
≥60			
<60			
Giới			
Nam			
Nữ			
Trình độ học vấn			
≤ THCS			
≥ THPT			
Khoảng cách BV			
<10km			
10–20km			
>20km			

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ điều trị chế độ ăn

Đặc điểm	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Tuổi			
≥60			
<60			
Giới			
Nam			
Nữ			
Trình độ học vấn			
≤ THCS			
≥ THPT			
Khoảng cách BV			
<10km			
10–20km			
>20km			

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa nhóm nhân khẩu học và mức độ tuân thủ hạn chế dịch

Đặc điểm	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Tuổi			
≥60			
<60			
Giới			
Nam			
Nữ			
Trình độ học vấn			

≤ THCS			
≥ THPT			
Khoảng cách BV			
<10km			
10–20km			
>20km			

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa kiến thức bệnh và tuân thủ điều trị

Kiến thức bệnh	**Tuân thủ lọc máu n (%)**	**Không tuân thủ lọc máu n (%)**	**p**
Tốt			
Trung bình			
Kém			
Kiến thức bệnh	Tuân thủ thuốc n (%)	Không tuân thủ thuốc n (%)	p
Tốt			
Trung bình			
Kém			
Kiến thức bệnh	Tuân thủ chế độ ăn n (%)	Không tuân thủ chế độ ăn n (%)	p
Tốt			
Trung bình			
Kém			
Kiến thức bệnh	Tuân thủ hạn chế dịch n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Tốt			
Trung bình			
Kém			

Kiến thức bệnh	Tuân thủ tổng thể n (%)	Không tuân thủ tổng thể n (%)	p
Tốt			
Trung bình			
Kém			

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa gánh nặng chi phí và tuân thủ điều trị

Gánh nặng chi phí	**Tuân thủ lọc máu n (%)**	**Không tuân thủ lọc máu n (%)**	**p**
Nhẹ			
Vừa			
Nặng			
Gánh nặng chi phí	Tuân thủ thuốc n (%)	Không tuân thủ thuốc n (%)	p
Nhẹ			
Vừa			
Nặng			
Gánh nặng chi phí	Tuân thủ chế độ ăn n (%)	Không tuân thủ chế độ ăn n (%)	p
Nhẹ			
Vừa			
Nặng			
Gánh nặng chi phí	Tuân thủ hạn chế dịch n (%)	Không tuân thủ hạn chế dịch n (%)	p
Nhẹ			

Vừa			
Nặng			
Gánh nặng chi phí	Tuân thủ tổng thể n (%)	Không tuân thủ tổng thể n (%)	p
Nhẹ			
Vừa			
Nặng			

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa Trầm cảm/Lo âu và tuân thủ điều trị

Trầm cảm/Lo âu	**Tuân thủ lọc máu n (%)**	**Không tuân thủ lọc máu n (%)**	**p**
Không			
Có			
Trầm cảm/Lo âu	Tuân thủ thuốc n (%)	Không tuân thủ thuốc n (%)	p
Không			
Có			
Trầm cảm/Lo âu	Tuân thủ chế độ ăn n (%)	Không tuân thủ chế độ ăn n (%)	p
Không			
Có			
Trầm cảm/Lo âu	Tuân thủ hạn chế dịch n (%)	Không tuân thủ hạn chế dịch n (%)	p
Không			
Có			

Trầm cảm/Lo âu	Tuân thủ tổng thể n (%)	Không tuân thủ tổng thể n (%)	p
Không			
Có			

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa khoảng cách đến viện và tuân thủ điều trị lọc máu

Đặc điểm	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	p
Khoảng cách BV			
<10km			
10–20km			
>20km			

Bảng 3.17. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ lọc máu

Yếu tố	OR	95% CI	p
Tuổi ≥60			
Giới			
Nghề nghiệp			
Trình độ học vấn			
Kiến thức tốt			
Chi phí nặng			
Trầm cảm			
Hỗ trợ gia đình			

Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc

Yếu tố	**OR**	**95% CI**	**p**
Tuổi ≥60			
Giới			
Nghề nghiệp			
Trình độ học vấn			
Kiến thức tốt			
Chi phí nặng			
Trầm cảm			
Hỗ trợ gia đình			

Bảng 3.19. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ chế độ ăn

Yếu tố	**OR**	**95% CI**	**p**
Tuổi ≥60			
Giới			
Nghề nghiệp			
Trình độ học vấn			
Kiến thức tốt			
Chi phí nặng			
Trầm cảm			
Hỗ trợ gia đình			

Bảng 3.20. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tuân thủ hạn chế dịch

Yếu tố	**OR**	**95% CI**	**p**
Tuổi ≥60			
Giới			
Nghề nghiệp			
Trình độ học vấn			
Kiến thức tốt			
Chi phí nặng			
Trầm cảm			
Hỗ trợ gia đình			

Chương 4

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo mục tiêu nghiên cứu

DỰ KIẾN KẾT LUẬN

Theo mục tiêu nghiên cứu

DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ

Theo mục tiêu nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

I. Tài liệu tiếng Việt

1. Bộ Y Tế (2024), QĐ 2388 về "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận".

2. Bộ Y tế (2018), Quyết định 2482/QĐ-BYT về việc ban hành Tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật thận nhân tạo".

3. Bộ Y tế (2024), Thông tư 35/2024/TT-BYT quy định về "Tiêu chuẩn chất lượng cơ bản đối với bệnh viện".

4. Lê Thị Hương, Lương Thị Kim Cúc (2025), "Thực trạng tuân thủ chế độ dinh dưỡng của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh Viện Đa Khoa Thống Nhất Tỉnh Đồng Nai", *Tạp Chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*, số đặc biệt - 2 (12/2025).

5. Nguyễn Thị Nguyệt, Phạm Thị Phượng, Đỗ Thị Diệu Linh (2024), "Thực trạng người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại khoa thận tiết niệu và lọc máu, bệnh viện E năm 2024", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 552(1).

6. Phạm Thị Thúy và cộng sự (2024), "Tuân thủ điều trị lọc máu của người bệnh suy thận mạn tại Khoa Thận - Lọc Máu, Bệnh Viện Quân Y 175 năm 2024", *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 65(CĐ 12 - Bệnh viện Thủ Đức).

7. Trần Đức Huy và cộng sự (2025), "Khả năng tự quản lý ở người bệnh lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 28:46.

8. Bệnh viện đa khoa Từ Sơn (2025), "Báo cáo tổng hợp tình hình khám chữa bệnh năm 2025".

II. Tài liệu tiếng Anh

9. Alroshodi A, et al. (2025), Factors impacting hemodialysis treatment adherence in end-stage renal disease patients receiving in-center hemodialysis in qassim region, *Georgian Medical News*, 180-7.

10. KDIGO (2024), "KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Volume 105, Issue 4S.

11. Harmak K (2025), "Assessment and analysis of knowledge on hemodialysis in patients with stage 5 chronic kidney disease", *Nephrology Dialysis Transplantation*.

12. Lasanthika C, et al. (2023), "Psychometric properties of End Stage Renal Disease-Adherence Questionnaire-Sinhalese version among patients receiving haemodialysis", *PLOS ONE*, 18.

13. Youngmee Kim, Linda R. Phillips (2011), "The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRDAQ): Testing The Psychometric Properties in Patients Receiving In-Center Hemodialysis", *Nephrol Nurs J*.

14. Maria Tsironi, Paraskevi Theofilou (2017), "A Modified Version of the Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for Hemodialysis Patients", *Health Psychology Research*, 5:6647.

15. Shameni Sundram, Mohamed Hassali (2016), "The Morisky 8-Item Medication Adherence Scale", *J Clin Hypertens*, 10(5):348-354.

16. Stafford LK, et al. (2025), Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990–2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023, *The Lancet*, 406(10518):2461-82.

17. SYe F, et al. (2024), An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions, *The Lancet Global health*, 12(3).

18. Sousa H, et al. (2022), Establishing the criterion validity of self-report measures of adherence in hemodialysis through associations with clinical biomarkers: A systematic review and meta-analysis, *PLoS ONE*, 17.
19. Salmi A, et al. (2018), Missed Hemodialysis Treatments: International Variation, Predictors, and Outcomes in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS), *American journal of kidney diseases*, 72(5):634-43.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: PHIẾU KHẢO SÁT BỆNH NHÂN

Hướng dẫn:

- Phiếu khảo sát này nhằm thu thập thông tin phục vụ nghiên cứu khoa học.
- Thông tin được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.
- Người bệnh vui lòng đánh dấu (✓) vào ô phù hợp hoặc điền thông tin theo yêu cầu.

PHẦN A. THÔNG TIN CHUNG

STT	Nội dung	Đáp án
1	Tuổi của Anh/Chị tại thời điểm nghiên cứu (năm)	…… tuổi
2	Giới tính	□ Nam □ Nữ
3	Nghề nghiệp hiện tại	□ Công nhân □ Lao động tự do □ Nông nghiệp □ Hưu trí □ Khác: ……
4	Trình độ học vấn cao nhất	□ Không biết chữ □ Tiểu học □ THCS □ THPT □ Cao đẳng/Đại học trở lên
5	Thu nhập bình quân hàng tháng của Anh/Chị hoặc hộ gia đình	□ < 5 triệu đồng □ 5–10 triệu đồng □ > 10 triệu đồng □ Khác: ……

6	Phương tiện chính để đến bệnh viện lọc máu	□ Xe cá nhân □ Xe công cộng □ Người thân đưa đón
7	Khoảng cách từ nơi ở đến bệnh viện (km)	…… km
8	Thời gian đã điều trị lọc máu chu kỳ	…… tháng/năm
9	Nguyên nhân suy thận mạn	□ Viêm cầu thận □ Đái tháo đường □ Tăng huyết áp □ Nguyên nhân khác: ……
10	Số bệnh đồng mắc đã được chẩn đoán	…… bệnh
11	Mức độ mệt mỏi sau mỗi ca lọc máu	□ 1 – Không mệt □ 2 – Mệt nhẹ □ 3 – Mệt vừa □ 4 – Mệt nhiều □ 5 – Rất mệt
12	Mức độ hỗ trợ từ gia đình trong quá trình điều trị	□ 1 – Không được hỗ trợ □ 2 – Ít hỗ trợ □ 3 – Hỗ trợ ở mức trung bình □ 4 – Hỗ trợ tốt □ 5 – Hỗ trợ rất tốt

PHẦN B. TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ (THEO ESRD-AQ)

I. LỌC MÁU CHU KỲ (HEMODIALYSIS)

STT	Nội dung	Đáp án
6	Số ngày/tuần Anh/Chị lọc máu	□ ≤ 2 ngày (1) □ 3 ngày (2) □ 4 ngày (3) □ > 4 ngày (4) □ > 5 ngày (5)
7	Số giờ mỗi lần lọc máu	□ < 3 giờ (1) □ 3 giờ (2) □ 3 giờ 15 phút (3) □ 3 giờ 30 phút (4) □ 3 giờ 45 phút (5) □ 4 giờ (6) □ > 4 giờ (7) □ Khác: …… (8)
8	Lịch lọc máu có thuận tiện không	□ Có (1) □ Không – quá sớm (2) □ Không – quá muộn (3) □ Không – do công việc (4) □ Không – trùng giờ ăn (5) □ Không – trùng giờ thuốc (6) □ Khác: …… (7)
9	Lần gần nhất được tư vấn về việc không bỏ buổi lọc	□ Tuần này (1) □ Tuần trước (2) □ 1 tháng trước (3) □ > 1 tháng (4) □ Khi bắt đầu điều trị (5) □ Chưa bao giờ (6) □ Khác (7)
10	Tần suất được nhắc ở lại đủ thời gian lọc	□ Mỗi buổi (1) □ Hàng tuần (2) □ Hàng tháng (3) □ 2–3 tháng (4) □ 4–6 tháng (5) □ Khi bất thường xét nghiệm (6) □ Hiếm khi (7) □ Không đều (8) □ Không bao giờ (9) □ Khác (10)
11	Mức độ quan trọng của việc tuân thủ lịch lọc	□ Rất quan trọng (1) □ Quan trọng (2) □ Trung bình (3) □ Ít quan trọng (4) □ Không quan trọng (5)
12	Lý do tuân thủ lịch lọc	□ Hiểu rõ bệnh cần lọc đúng lịch (1) □ Để giữ sức khỏe (2) □ Theo lời nhân viên y tế (3) □ Từng bị

		bệnh khi bỏ lọc (4) □ Từng nhập viện khi bỏ lọc (5) □ Không thấy quan trọng (6) □ Khác (7)
13	Mức độ khó khăn khi ở lại đủ thời gian lọc	□ Không khó (1) □ Ít (2) □ Trung bình (3) □ Nhiều (4) □ Rất nhiều (5)
14	Số buổi lọc bỏ trong tháng qua	□ Không bỏ (1) □ 1 buổi (2) □ 2 buổi (3) □ 3 buổi (4) □ ≥ 4 buổi (5)
15	Lý do bỏ buổi lọc	□ Không áp dụng (1) □ Phương tiện đi lại (2) □ Việc riêng (3) □ Tắc đường vào mạch máu (4) □ Hẹn khám khác (5) □ Cấp cứu (6) □ Nhập viện (7) □ Quên (8) □ Không muốn đi (9) □ Khác (10)
16	Nếu không muốn đi lọc, lý do	□ Lo âu (1) □ Nôn/tiêu chảy (2) □ Chuột rút (3) □ Đói (4) □ Khó chịu thể chất (5) □ Bệnh khác (6) □ Trầm buồn (7) □ Khác (8)
17	Số lần rút ngắn thời gian lọc tháng qua	□ Không (1) □ 1 lần (2) □ 2 lần (3) □ 3 lần (4) □ 4–5 lần (5) □ Khác (6)
18	Thời gian rút ngắn trung bình	□ Không áp dụng (1) □ ≤ 10 phút (2) □ 11–20 phút (3) □ 21–30 phút (4) □ > 31 phút (5) □ Khác (6)
19	Lý do rút ngắn thời gian lọc	□ Không áp dụng (1) □ Chuột rút (2) □ Đi vệ sinh (3)

		□ Bồn chồn (4) □ Hạ huyết áp (5) □ Tắc đường vào mạch máu (6) □ Hẹn khám (7) □ Việc riêng (8) □ Công việc (9) □ Phương tiện đi lại (10) □ Quyết định nhân viên (11) □ Không muốn ở lại (12) □ Khác (13)

II. DÙNG THUỐC

STT	Nội dung	Đáp án
20	Lần gần nhất được tư vấn về thuốc	□ Tuần này (1) □ Tuần trước (2) □ 1 tháng trước (3) □ > 1 tháng (4) □ Khi bắt đầu điều trị (5) □ Chưa bao giờ (6) □ Khác (7)
21	Tần suất được nhắc dùng thuốc	□ Mỗi buổi lọc (1) □ Hàng tuần (2) □ Hàng tháng (3) □ 2–3 tháng (4) □ 4–6 tháng (5) □ Khi xét nghiệm bất thường (6) □ Hiếm khi (7) □ Không đều (8) □ Không bao giờ (9) □ Khác (10)
22	Mức độ quan trọng của việc dùng thuốc	□ Rất quan trọng (1) □ Quan trọng (2) □ Trung bình (3) □ Ít quan trọng (4) □ Không quan trọng (5)
23	Lý do cần dùng thuốc đúng lịch	□ Hiểu rõ bệnh (1) □ Giữ sức khỏe (2) □ Theo lời nhân viên y tế (3) □ Từng bị bệnh khi bỏ thuốc (4) □ Từng nhập viện (5) □ Không thấy quan trọng (6)

		□ Khác (7)
24	Có gặp khó khăn khi dùng thuốc	□ Không (1) □ Có (2)
25	Mức độ khó khăn	□ Không (1) □ Ít (2) □ Trung bình (3) □ Nhiều (4) □ Rất nhiều (5)
26	Tần suất bỏ thuốc tuần qua	□ Không lần nào (1) □ Rất hiếm (2) □ Khoảng một nửa (3) □ Phần lớn (4) □ Luôn luôn (5)
27	Lý do không dùng thuốc	□ Không áp dụng (1) □ Quên (2) □ Quên mua (3) □ Chi phí (4) □ Bất tiện (5) □ Nhập viện (6) □ Tác dụng phụ (7) □ Khác (8)
28	Tác dụng phụ gặp phải	□ Chán ăn (1) □ Buồn nôn/tiêu chảy/táo bón (2) □ Đau bụng (3) □ Chóng mặt (4) □ Đau đầu (5) □ Ngứa/da (6) □ Khác (7)

III. HẠN CHẾ DỊCH

STT	Nội dung	Đáp án
29	Lần gần nhất nhân viên y tế tư vấn về hạn chế dịch	□ Tuần này (1) □ Tuần trước (2) □ 1 tháng trước (3) □ > 1 tháng (4) □ Khi bắt đầu lọc máu (5) □ Chưa bao giờ (6) □ Khác (7): ……
30	Tần suất nhân viên y tế nhắc về tầm quan trọng của hạn chế dịch	□ Mỗi buổi lọc (1) □ Hàng tuần (2) □ Hàng tháng (3) □ 2–3 tháng (4) □ 4–6 tháng (5) □ Khi xét nghiệm bất thường (6) □ Hiếm khi (7) □ Không đều (8) □ Không bao giờ (9) □ Khác (10): ……
31	Trong tuần qua, Anh/Chị tuân thủ	□ Luôn luôn (1) □ Hầu hết thời gian (2) □ Khoảng một nửa (3) □ Rất ít (4) □ Không bao giờ (5)

	hạn chế dịch ở mức độ nào	
32	Mức độ quan trọng của việc hạn chế dịch	□ Rất quan trọng (1) □ Quan trọng (2) □ Trung bình (3) □ Ít quan trọng (4) □ Không quan trọng (5)
33	Lý do Anh/Chị cho rằng cần hạn chế dịch	□ Hiểu rõ bệnh cần hạn chế dịch (1) □ Để giữ sức khỏe (2) □ Theo lời nhân viên y tế (3) □ Từng bị bệnh khi uống nhiều nước (4) □ Từng nhập viện vì uống nhiều nước (5) □ Không thấy quan trọng (6) □ Khác (7): ……
34	Có gặp khó khăn khi hạn chế dịch không	□ Không (1) □ Có (2)
35	Mức độ khó khăn khi hạn chế dịch	□ Không khó khăn (1) □ Ít (2) □ Trung bình (3) □ Nhiều (4) □ Không thể tuân thủ (5)
36	Loại khó khăn gặp phải	□ Không khó khăn (1) □ Không quan tâm (2) □ Không kiểm soát được lượng nước uống (3) □ Không hiểu cách hạn chế dịch (4) □ Khác (5): ……
37	Trong tuần qua, Anh/Chị cân nặng tại nhà bao nhiêu lần	□ > 3 lần (1) □ 3 lần (2) □ 2 lần (3) □ 1 lần (4) □ Không lần nào (5) □ Khác (6): ……
38	Mức độ quan trọng của việc tự cân hàng ngày	□ Rất quan trọng (1) □ Quan trọng (2) □ Trung bình (3) □ Ít quan trọng (4) □ Không quan trọng (5)

IV. CHẾ ĐỘ ĂN

STT	Nội dung	Đáp án
39	Lần gần nhất nhân viên y tế tư vấn về chế độ ăn	□ Tuần này (1) □ Tuần trước (2) □ 1 tháng trước (3) □ > 1 tháng (4) □ Khi bắt đầu lọc máu (5) □ Chưa bao giờ (6) □ Khác (7): ……
40	Tần suất được nhắc về tầm quan trọng của chế độ ăn	□ Mỗi buổi lọc (1) □ Hàng tuần (2) □ Hàng tháng (3) □ 2–3 tháng (4) □ 4–6 tháng (5) □ Khi xét nghiệm bất thường (6) □ Hiếm khi (7) □ Không đều (8) □ Không bao giờ (9) □ Khác (10): ……
41	Mức độ quan trọng của việc kiểm soát chế độ ăn	□ Rất quan trọng (1) □ Quan trọng (2) □ Trung bình (3) □ Ít quan trọng (4) □ Không quan trọng (5)
42	Lý do cần tuân thủ chế độ ăn	□ Hiểu rõ bệnh cần kiểm soát ăn uống (1) □ Để giữ sức khỏe (2) □ Theo lời nhân viên y tế (3) □ Từng bị bệnh do ăn không phù hợp (4) □ Từng nhập viện do ăn không phù hợp (5) □ Không thấy quan trọng (6) □ Khác (7): ……
43	Có gặp khó khăn khi tuân thủ chế độ ăn không	□ Không (1) □ Có (2)
44	Mức độ khó khăn	□ Không khó khăn (1) □ Ít (2) □ Trung bình (3) □ Nhiều (4) □ Không thể tuân thủ (5)
45	Loại khó khăn	□ Không áp dụng (1) □ Không kiểm soát được món ăn ưa thích (2) □ Không tránh được thực phẩm không

		khuyến cáo (3) □ Không hiểu chế độ ăn phù hợp (4) □ Khác (5): ……
46	Trong tuần qua, mức độ tuân thủ chế độ ăn	□ Luôn luôn (1) □ Hầu hết thời gian (2) □ Khoảng một nửa (3) □ Rất ít (4) □ Không bao giờ (5)

PHỤ LỤC 3

1-Thang đo ESRD-AQ

ESRD-AQ là bộ công cụ gồm 46 câu hỏi nhằm đo lường hành vi tuân thủ điều trị tự báo cáo của người bệnh lọc máu chu kỳ theo bốn lĩnh vực: tuân thủ tham dự lọc máu (14 câu), tuân thủ sử dụng thuốc (9 câu), tuân thủ hạn chế dịch (10 câu) và tuân thủ chế độ ăn (8 câu). Năm câu hỏi còn lại thu thập thông tin về tiền sử lâm sàng của người bệnh. Hình thức trả lời bao gồm thang Likert, câu hỏi trắc nghiệm nhiều lựa chọn và câu hỏi nhị phân (có/không).

Thang đo gồm hai tiểu thang chính. Tiểu thang hành vi tuân thủ trực tiếp gồm 6 câu (câu 14, 17, 18, 26, 31 và 46), được chấm điểm theo hệ thống điểm của nghiên cứu gốc; tổng điểm tối đa là 1200, trong đó điểm cao hơn phản ánh mức độ tuân thủ tốt hơn. Tiểu thang thái độ và nhận thức gồm 8 câu (câu 11, 12, 22, 23, 32, 33, 41 và 42), được chấm theo thang số từ 1 (rất tốt) đến 5 (kém); tổng điểm tối đa của mỗi cấu phần là 20, trong đó điểm cao hơn phản ánh thái độ hoặc nhận thức kém hơn đối với điều trị. Căn cứ vào các câu hỏi thuộc tiểu thang hành vi tuân thủ trực tiếp, mức độ tuân thủ theo từng lĩnh vực được phân loại như sau:

– Tuân thủ lịch lọc máu: Người bệnh không bỏ quá 1 buổi lọc trong tháng gần nhất được xếp loại tuân thủ tốt; bỏ 2 buổi được xếp loại tuân thủ trung bình; bỏ > 2 buổi không có lý do y khoa được xếp loại tuân thủ kém.

– Tuân thủ dùng thuốc: Không bao giờ hoặc rất hiếm khi quên thuốc trong tuần gần nhất được xếp loại tuân thủ tốt; bỏ thuốc khoảng một nửa số lần được xếp loại trung bình; bỏ thuốc hầu hết thời gian hoặc mọi lần được xếp loại kém.

– Tuân thủ hạn chế dịch và chế độ ăn: Thực hiện theo khuyến cáo y tế mọi lần hoặc hầu hết các lần được xếp loại tuân thủ tốt; thực hiện khoảng một nửa số lần được xếp loại trung bình; rất hiếm khi hoặc không bao giờ thực hiện được xếp loại tuân thủ kém.

Việc phân loại theo từng lĩnh vực cho phép nhận diện cụ thể thành phần tuân thủ còn hạn chế, làm cơ sở phân tích mối liên quan giữa các yếu tố quản lý và hành vi tuân thủ điều trị của người bệnh lọc máu chu kỳ.

d. Cách tính các chỉ số chính

– Tỷ lệ tuân thủ điều trị (%): Tỷ lệ tuân thủ = (Số người bệnh được phân loại tuân thủ / Tổng số người bệnh nghiên cứu) × 100

– Tăng cân giữa hai kỳ lọc (IDWG%): IDWG (%) = [(Cân nặng trước lọc hiện tại − Cân nặng khô) / Cân nặng khô] × 100

– Tỷ lệ bỏ hoặc rút ngắn ca lọc (%): Tỷ lệ = (Số người bệnh bỏ hoặc rút ngắn > 1 lần/tháng / Tổng số người bệnh) × 100

Ưu điểm:

Đánh giá cả 4 khía cạnh: chạy thận, dùng thuốc, hạn chế dịch và chế độ ăn.

Không chỉ đo lường hành vi mà còn tìm hiểu lý do tại sao bệnh nhân không tuân thủ.

Cách tính điểm rõ ràng, dễ dàng phân loại mức độ tuân thủ từ thấp đến cao.

Nhược điểm:

Dài và phức tạp: Gồm khoảng 46 câu hỏi, có thể gây mệt mỏi cho bệnh nhân già yếu hoặc đang trong ca lọc máu.

Yêu cầu kỹ năng: Nghiên cứu viên cần nắm vững cách chấm điểm các phần trọng số khác nhau [14].

2- GR-SMAQ-HD (Greek Simplified Medication Adherence Questionnaire for Hemodialysis patients)

Là thang điểm gồm 8 câu hỏi, đánh giá 3 khía cạnh: tuân thủ thuốc, tham gia buổi lọc máu và chế độ ăn/uống chất lỏng. Điểm số từ 0-8, với điểm cao hơn cho thấy tuân thủ tốt hơn (trung bình nghiên cứu gốc: 6.29 ±1.82).

Các câu hỏi

Thang điểm bao gồm 8 mục sau (dựa trên nghiên cứu xác thực gốc):

Câu 1: Nếu cảm thấy tệ hơn, bạn có ngừng thuốc không? (Có/Không)

Câu 2: Bạn có bao giờ quên thuốc không? (Có/Không)

Câu 3: Bạn có quên thuốc trong khoảng giữa 2 buổi lọc không? (Có/Không)

Câu 4: Tuần qua, bạn quên thuốc bao nhiêu lần? (6-10/3-5/1-2/Chưa bao giờ)

Câu 5: Tháng qua, bạn tự rút ngắn buổi lọc bao nhiêu lần? (4-5/3/2/1/Không)

Câu 6: Trung bình rút ngắn bao nhiêu phút mỗi lần? (>30/21-30/11-20/<10/Không)

Câu 7: Tuần qua, bạn tuân thủ hạn chế chất lỏng bao nhiêu lần? (Không bao giờ/Hiếm/Nửa thời gian/Phần lớn/Mọi lần)

Câu 8: Tuần qua, bạn tuân thủ chế độ ăn bao nhiêu lần? (Không bao giờ/Hiếm/Nửa thời gian/Phần lớn/Mọi lần).

Cách chấm điểm

Mỗi câu trả lời tuân thủ tốt được cho 1 điểm (ví dụ: Không=1 cho câu 1-3; Chưa bao giờ/Không=1 cho câu 4-6; Mọi lần/Phần lớn=1 cho câu 7-8). Tổng điểm = số câu trả lời tuân thủ tốt (0-8).

Ba yếu tố phụ:

- Tuân thủ thuốc (câu 1-4): 0-4 điểm, Cronbach’s α=0.750.
- Tham gia buổi lọc (câu 5-6): 0-2 điểm, α=0.856.
- Ăn/uống (câu 7-8): 0-2 điểm, α=0.717.
- Tổng thang điểm có độ tin cậy nội tại Cronbach’s α=0.742.

Phân loại mức độ

Không có ngưỡng chính thức cố định, nhưng thường:

- ≥7 điểm: Tuân thủ cao.
- 5-6 điểm: Tuân thủ trung bình.
- <5 điểm: Tuân thủ thấp (dựa trên mean 6.29, dùng để xác định can thiệp). Nên kết hợp hồ sơ lâm sàng để đánh giá chính xác.

Ưu điểm:

Tính chuyên biệt: Được thiết kế dành riêng cho bệnh nhân lọc máu, phản ánh sát sao các vấn đề đặc thù của nhóm này.

Ngắn gọn: Thường chỉ gồm vài câu hỏi đóng, giúp tiết kiệm thời gian cho cả bệnh nhân và nghiên cứu viên.

Độ nhạy cao: Dễ dàng phát hiện các hành vi không tuân thủ trong thời gian ngắn.

Nhược điểm:

Phạm vi hẹp: Chủ yếu tập trung vào tuân thủ thuốc, ít đề cập đến chế độ ăn hay kiểm soát dịch (vốn rất quan trọng trong HD).

Phụ thuộc trí nhớ: Bệnh nhân có thể không nhớ chính xác các lần quên thuốc trong quá khứ [15].

3- Thang điểm Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

Là công cụ phổ biến để đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân mãn tính, đặc biệt hữu ích cho bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ (HD).

Phiên bản chính

MMAS có hai phiên bản chính: MMAS-4 (4 câu hỏi, yes/no đơn giản) và MMAS-8 (8 câu hỏi, chi tiết hơn với thang Likert cho một số mục). MMAS-8 được phát triển năm 2008 bởi Morisky et al., có độ tin cậy cao (Cronbach's $\alpha \approx 0.67$-0.83 tùy nghiên cứu), và được xác thực ở nhiều ngôn ngữ bao gồm tiếng Việt .

Các câu hỏi MMAS-8

Thang điểm gồm 8 mục, tập trung vào hành vi quên thuốc, ngừng thuốc và khó khăn khi dùng thuốc:

Các câu hỏi của Thang đo Tuân thủ Thuốc Morisky-8 (MMAS-8)

1. Bạn có đôi khi quên uống thuốc không?
2. Trong hai tuần qua, có ngày nào bạn không uống thuốc không?
3. Bạn đã bao giờ giảm liều hoặc ngừng uống thuốc mà không nói với bác sĩ, vì bạn cảm thấy tồi tệ hơn khi uống thuốc chưa?
4. Khi bạn đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, đôi khi bạn có quên mang theo thuốc không?
5. Bạn đã uống thuốc đúng giờ quy định chưa?
6. Khi bạn cảm thấy các triệu chứng của mình đã được kiểm soát, bạn có ngừng uống thuốc không?
7. Bạn có bao giờ cảm thấy phiền hà khi phải tuân thủ kế hoạch điều trị của mình không?
8. Bạn thường xuyên gặp khó khăn trong việc nhớ uống hết tất cả các loại thuốc của mình như thế nào?

Cách tính điểm

- Câu 1-5, 7-8: Yes = 1 điểm (không tuân thủ), No = 0 điểm.
- Câu 6: Never/Rarely = 1; Occasionally = 0.5; Usually = 0.25; All the time = 0.
- Tổng điểm từ 0-8; điểm cao hơn nghĩa là tuân thủ tốt hơn.

Phân loại mức độ

- <6 điểm: Tuân thủ thấp.
- 6-<8 điểm: Tuân thủ trung bình.
- =8 điểm: Tuân thủ cao (hoặc ≥6 điểm tùy nghiên cứu địa phương). Ở Việt Nam, nghiên cứu thường dùng ngưỡng này cho bệnh nhân HD/tăng huyết áp, với tỷ lệ tuân thủ cao khoảng 50-78%.

Ưu điểm:

Được chuẩn hóa trên toàn cầu, dễ dàng so sánh kết quả với các nghiên cứu khác.

Đơn giản: Các câu hỏi Có/Không cực kỳ dễ hiểu.

Chi phí thấp: Dễ triển khai trên quy mô mẫu lớn.

Nhược điểm:

Không phản ánh được những khó khăn riêng của bệnh nhân ESRD (như việc phải uống quá nhiều loại thuốc cùng lúc) [16].