

Khảo sát tuân thủ điều trị thuốc và một số yếu tố liên quan ở cán bộ cao cấp quân đội mắc tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Medication adherence and associated factors among senior military officers with hypertension at the 108 Military Central Hospital

Nguyễn Trọng Đăng¹, Nguyễn Văn Triệu^{2*},
Nguyễn Việt Khoa¹, Vũ Thị Phương Lan¹,
Hoàng Tố Nga¹, Chử Thị Thanh Huyền¹,
Nguyễn Thị Hồng Thắm¹, Hoàng Thị Bích¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108;
²Trường Đại học Đại Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả tình trạng tuân thủ dùng thuốc và xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ tốt ở cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 350 cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp nguyên phát, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh cán bộ cao cấp Quân đội từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025. Tuân thủ dùng thuốc được đánh giá bằng thang điểm Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS-8); tuân thủ tốt được xác định khi MMAS-8 = 8 điểm. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,75 \pm 7,6$ tuổi; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 71,1% và nam giới chiếm 98,0%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu $< 130/80\text{mmHg}$ là 36,6%. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc chung (MMAS-8 ≥ 6 điểm) đạt 84,9%, trong đó tuân thủ tốt 34,6%, trung bình 50,3% và kém 15,1%. Rào cản thường gặp nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc (54,3%) và quên mang thuốc khi đi xa (27,4%). Hồi quy logistic đa biến cho thấy nhóm 45 - 59 tuổi có khả năng tuân thủ tốt cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi (aOR = 2,169; KTC 95%: 1,040 - 4,524; p=0,039). **Kết luận:** Tuân thủ dùng thuốc ở nhóm nghiên cứu ở mức khá cao, nhưng tỷ lệ tuân thủ tốt và kiểm soát huyết áp mục tiêu còn hạn chế. Cần tăng cường tư vấn cá thể hóa, hỗ trợ nhắc thuốc và đơn giản hóa phác đồ, đặc biệt ở người cao tuổi có bệnh đồng mắc và dùng nhiều thuốc.

Từ khóa: Tăng huyết áp; tuân thủ dùng thuốc; MMAS-8; cán bộ cao cấp Quân đội.

Summary

Objective: To describe medication adherence and factors associated with high adherence among senior military officers with hypertension at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study with analytical components was conducted among 350 senior military officers with primary hypertension receiving outpatient care at the Department for Senior Military Officers from June 2025 to December 2025. Medication adherence was assessed using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8); high adherence was defined as an MMAS-8 score of 8. Multivariable logistic regression was applied to identify associated factors. **Result:** The mean age was

Ngày nhận bài: 30/3/2026, ngày chấp nhận đăng: 01/7/2026

* Tác giả liên hệ: trieunv@dainam.edu.vn - Trường Đại học Đại Nam

68.75 ± 7.6 years; 71.1% were aged ≥ 60 years and 98.0% were male. The proportion achieving the blood pressure target of < 130/80mmHg was 36.6%. Overall adherence (MMAS-8 ≥ 6) was 84.9%, including high adherence in 34.6%, moderate adherence in 50.3% and low adherence in 15.1%. The most common barriers were occasionally forgetting to take medication (54.3%) and forgetting to bring medication when travelling (27.4%). Patients aged 45-59 years were more likely to achieve high adherence than those aged ≥ 60 years (aOR = 2.169; 95% CI: 1.040 - 4.524; p=0.039). *Conclusion:* Medication adherence was relatively high, but high-level adherence and target blood pressure control remained suboptimal. Individualized counselling, reminder strategies and regimen simplification should be prioritized, especially for older patients with multimorbidity and polypharmacy.

Keywords: Hypertension; medication adherence; MMAS-8; senior military officers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính phổ biến và là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh tim mạch, đột quỵ, bệnh thận mạn và tử vong sớm. Báo cáo tăng huyết áp toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2025 nhấn mạnh yêu cầu mở rộng phát hiện, điều trị và kiểm soát huyết áp, trong đó duy trì điều trị lâu dài, bảo đảm thuốc hạ áp có chất lượng và theo dõi huyết áp chuẩn hóa là nền tảng của quản lý tăng huyết áp¹⁰. Tại Việt Nam, đồng thuận VSH/VNHA năm 2024 đề xuất chiến lược quản lý lấy người bệnh làm trung tâm, coi tuân thủ điều trị và kiểm soát yếu tố nguy cơ là thành phần thiết yếu để giảm biến cố tim mạch³.

Không tuân thủ dùng thuốc làm giảm hiệu quả hạ áp, tăng nguy cơ biến cố tim mạch, nhập viện và chi phí điều trị. Vấn đề này càng đáng chú ý ở người cao tuổi do đa bệnh lý, đa trị liệu, suy giảm trí nhớ, giảm thị lực và khó duy trì phác đồ dùng thuốc đều đặn. Cán bộ cao cấp Quân đội là nhóm người bệnh đặc thù, thường có tuổi cao, nguy cơ tim mạch cao, được quản lý sức khỏe định kỳ nhưng vẫn có thể gặp khó khăn trong tuân thủ thuốc hạ áp lâu dài. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: (1) *Mô tả tình trạng tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp* và (2) *Xác định một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc ở cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu là cán bộ cao cấp Quân đội được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát,

điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh cán bộ cao cấp Quân đội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: Được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo khuyến cáo VSH/VNHA năm 2024³, có khả năng giao tiếp, trạng thái tâm thần cho phép trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ người bệnh tăng huyết áp thứ phát, tiền sử đột quỵ hoặc không có khả năng hoàn thành phỏng vấn.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với p=0,72 theo nghiên cứu trước, độ tin cậy 95% và sai số 0,05; sau dự phòng sai số, nghiên cứu thu nhận 350 đối tượng. Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi có cấu trúc gồm thông tin nhân khẩu - xã hội, hành vi sức khỏe, đặc điểm lâm sàng, điều trị và thang điểm MMAS-8. Tổng điểm MMAS-8 dao động từ 0 đến 8; tuân thủ tốt khi đạt 8 điểm, tuân thủ trung bình khi đạt từ 6 đến dưới 8 điểm và tuân thủ kém khi dưới 6 điểm⁸. Trong phân tích hồi quy, biến phụ thuộc là tuân thủ tốt (MMAS-8 = 8 điểm) so với chưa đạt tuân thủ tốt (MMAS-8 < 8 điểm). Huyết áp mục tiêu sau 6 tháng được xác định theo ngưỡng < 130/80mmHg trong khuôn khổ tiêu chí nghiên cứu và định hướng kiểm soát tích cực ở người bệnh nguy cơ tim mạch cao khi dung nạp được⁷.

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định yếu tố liên quan đến tuân thủ tốt;

$p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc tự nguyện, bảo mật thông tin và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 350)

Đặc điểm	n	%
Nam	343	98,0
Nữ	7	2,0
Tuổi trung bình (năm)	$68,75 \pm 7,6$	
< 60 tuổi	101	28,9
≥ 60 tuổi	249	71,1
Cao đẳng/đại học	266	76,0
Sau đại học	84	24,0
Thời gian điều trị THA ≥ 5 năm	261	74,6
Hoạt động thể lực đầy đủ	249	71,1
Tuân thủ chế độ ăn THA	220	62,9
Không uống rượu/bia	289	82,6
Tăng huyết áp độ 1	268	76,6
Tăng huyết áp độ 2	82	23,4
Rối loạn lipid máu	326	93,1
Sử dụng ≥ 2 thuốc hạ áp	255	72,9
Có bệnh đồng mắc khác	284	81,1

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu là nam giới (98%), tuổi cao và có thời gian điều trị tăng huyết áp kéo dài. Tỷ lệ bệnh đồng mắc, rối loạn lipid máu và sử dụng từ 2 thuốc hạ áp trở lên tương đối cao.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu điều trị theo ngưỡng < 130/80mmHg (n = 350)

Chỉ số	Tần số	Tỷ lệ %
Huyết áp đạt mục tiêu điều trị	128	36,6
Huyết áp chưa đạt mục tiêu điều trị	222	63,4
Tổng	350	100

Nhận xét: Số bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu điều trị chiếm 36,6%. Tỷ lệ bệnh nhân chưa đạt huyết áp mục tiêu điều trị là 63,4%.

Bảng 3. Tuân thủ dùng thuốc theo thang điểm MMAS-8

Nội dung	n	%
Thỉnh thoảng quên uống thuốc	190	54,3
Có ngày không dùng thuốc trong 2 tuần gần đây	13	3,7
Tự bỏ/ngừng thuốc do thấy mệt khi dùng thuốc	8	2,3
Quên mang thuốc khi đi xa	96	27,4
Có uống thuốc ngày hôm trước phông vắn	338	96,6
Tự ngừng thuốc khi thấy bệnh kiểm soát tốt	32	9,1
Cảm thấy bất tiện khi theo phác đồ điều trị	58	16,6
Khó nhớ uống tất cả thuốc	54	15,4

Nhận xét: Rào cản lớn nhất với TTĐT của BN là thỉnh thoảng quên uống thuốc (54,3%). Sau đó là quên mang thuốc đi sử dụng khi đi xa (27,4%). Tỷ lệ BN có uống thuốc ngày hôm trước phông vắn rất cao (96,6%).

Bảng 4. Mức độ tuân thủ dùng thuốc theo MMAS-8

Tuân thủ dùng thuốc	n	%
Tốt	121	34,6
Trung bình	176	50,3
Kém	53	15,1

Nhận xét: Các bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc ở mức độ trung bình khá cao (50,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ tốt chỉ 34,6%. Tổng tuân thủ điều trị (tốt và trung bình) đạt 84,9%. Tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc kém (15,1%).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc qua hồi quy logistic đa biến

Yếu tố	aOR	KTC 95%	p
Nam/Nữ	1,426	0,293 - 6,943	0,660
45-59 tuổi/ ≥ 60 tuổi	2,169	1,040 - 4,524	0,039
Cao đẳng, đại học/Sau đại học	0,698	0,404 - 1,205	0,197
Hoạt động thể lực: Có/Không	1,576	0,919 - 2,702	0,098
1 thuốc hạ áp/ ≥ 2 thuốc hạ áp	1,388	0,834 - 2,309	0,207
Hút thuốc lá: Có/Không	0,375	0,117 - 1,201	0,099
Dày thất trái: Có/Không	0,611	0,345 - 1,082	0,091
Bệnh đồng mắc: Có/Không	1,469	0,758 - 2,846	0,254

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ ra yếu tố liên quan tuân thủ điều trị là tuổi cao. Các bệnh nhân ở độ tuổi trung tuổi (45 - 59 tuổi) có tỷ lệ tuân thủ tốt hơn những bệnh nhân ≥ 60 tuổi (OR = 2,169; 95% CI: 1,04 - 4,524, $p=0,039$). Các yếu tố khác như giới tính, văn hóa, số thuốc điều trị tăng huyết áp, dày thất trái, hút thuốc lá và mắc các bệnh đồng mắc không liên quan có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ($p>0,05$). Biến phụ thuộc là tuân thủ dùng thuốc theo MMAS-8 = 8 điểm so với < 8 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 350 cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp cho thấy đối tượng chủ yếu là nam giới, tuổi cao, có thời gian điều trị kéo dài và tỷ lệ bệnh đồng mắc cao. Đây là đặc điểm phù hợp với nhóm bệnh nhân được quản lý tại Khoa Khám bệnh cán bộ cao cấp Quân đội, đồng thời phản ánh nguy cơ tim mạch tích lũy của quần thể nghiên cứu. Tỷ lệ rối loạn lipid máu 93,1%, bệnh đồng mắc 81,1% và sử dụng từ 2 thuốc hạ áp trở lên 72,9% cho thấy phần lớn người bệnh cần quản lý đa yếu tố nguy cơ, không chỉ đơn thuần kiểm soát trị số huyết áp.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc chung là 84,9%, trong đó tuân thủ tốt đạt 34,6% và tuân thủ trung bình 50,3% (Bảng 4). Kết quả này cho thấy phần lớn cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp vẫn duy trì được việc dùng thuốc ở mức chấp nhận được. Tỷ lệ này gần với nghiên cứu của Hà Mạnh Kiên và cộng sự tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024 (89,4%)⁴, nhưng cao hơn một số nghiên

cứu trong nước như Cao Trần Thanh Phong và cộng sự (65,0%)¹ và Đoàn Thị Phương Thảo và cộng sự (55,95%)². Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu: cán bộ cao cấp Quân đội thường có trình độ học vấn cao, kỷ luật cá nhân tốt, được quản lý sức khỏe định kỳ và có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ tốt chỉ đạt 34,6%, cho thấy vẫn còn khoảng cách đáng kể giữa việc “có dùng thuốc” và “dùng thuốc tối ưu, đều đặn”.

Một điểm cần lưu ý là mặc dù tỷ lệ tuân thủ chung cao, chỉ 36,6% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu $< 130/80$ mmHg (Bảng 2). Kết quả này có thể được giải thích bởi tiêu chí huyết áp mục tiêu tương đối chặt chẽ, đặc điểm tuổi cao, xơ cứng động mạch, đa bệnh lý, nguy cơ tác dụng không mong muốn khi tăng cường điều trị và khả năng tồn tại tình trạng không tuân thủ từng phần nhưng chưa được phát hiện đầy đủ qua tự báo cáo. Khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh kiểm soát huyết áp tích cực nhưng cần cá thể hóa theo tuổi, nguy cơ tim mạch, khả năng dung nạp thuốc, hạ huyết áp tư thế và mức độ dễ tổn thương của người bệnh^{3, 7, 10}.

Phân tích từng mục MMAS-8 cho thấy rào cản chính là thỉnh thoảng quên uống thuốc (54,3%) và quên mang thuốc khi đi xa (27,4%) (Bảng 3). Đây là dạng không tuân thủ không chủ ý, thường gặp ở người cao tuổi, người dùng nhiều thuốc hoặc có lịch sinh hoạt thay đổi. Tổng quan hệ thống gần đây về người cao tuổi tăng huyết áp cho thấy tuân thủ thuốc chịu ảnh hưởng đồng thời bởi tuổi, số lượng

thuốc, bệnh đồng mắc, hiểu biết sức khỏe, hỗ trợ gia đình, mối quan hệ thầy thuốc - người bệnh và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc⁹. Vì vậy, các can thiệp nên ưu tiên hợp chia thuốc theo ngày, lịch uống thuốc cá thể hóa, nhắc thuốc bằng điện thoại, phối hợp người nhà, tái khám định kỳ và sử dụng dạng phối hợp liều cố định khi phù hợp.

Hồi quy logistic đa biến cho thấy nhóm 45-59 tuổi có khả năng tuân thủ tốt cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi (aOR = 2,169; KTC 95%: 1,040 - 4,524; p=0,039) (Bảng 5). Kết quả này phù hợp với cơ sở lâm sàng: tuổi cao thường đi kèm suy giảm trí nhớ, giảm thị lực, đa bệnh lý, dùng nhiều thuốc và nguy cơ nhầm lẫn thời điểm dùng thuốc. Một số nghiên cứu có thể ghi nhận người lớn tuổi tuân thủ tốt hơn do nhận thức rõ nguy cơ biến chứng; tuy nhiên trong nghiên cứu này, ảnh hưởng bất lợi của đa bệnh lý và đa trị liệu có thể nổi trội hơn lợi thế về kinh nghiệm điều trị. Ngoài ra, MMAS-8 nhạy với hành vi quên thuốc, nên nhóm cao tuổi dễ bị giảm điểm tuân thủ hơn.

Các yếu tố như giới tính, trình độ học vấn, hoạt động thể lực, số thuốc hạ áp, hút thuốc, dày thất trái và bệnh đồng mắc chưa có liên quan có ý nghĩa thống kê. Điều này không đồng nghĩa các yếu tố trên không quan trọng về mặt lâm sàng. Chẳng hạn, học vấn thường liên quan đến hiểu biết sức khỏe, nhưng trong nghiên cứu này toàn bộ đối tượng có trình độ từ cao đẳng/đại học trở lên, làm giảm khả năng phát hiện khác biệt. Tương tự, giới tính khó đánh giá do nam giới chiếm 98,0%. Số thuốc điều trị có xu hướng ảnh hưởng đến tuân thủ, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, có thể do phác đồ đã được chuẩn hóa và người bệnh được tư vấn tương đối tốt tại cơ sở điều trị.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan, chưa chứng minh quan hệ nhân quả. Tuân thủ thuốc được đánh giá bằng tự báo cáo nên có thể bị ảnh hưởng bởi sai lệch nhớ lại hoặc xu hướng trả lời theo mong muốn xã hội. Nghiên cứu thực hiện tại một bệnh viện tuyến cuối trên nhóm cán bộ cao cấp Quân đội, do đó khả năng khái quát cho cộng đồng người bệnh tăng huyết áp nói chung còn hạn chế. Tuy vậy, kết quả cung cấp dữ liệu thực tiễn cho quản

lý tăng huyết áp ở nhóm đối tượng đặc thù, có nguy cơ tim mạch cao và cần theo dõi lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc chung ở cán bộ cao cấp Quân đội mắc tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đạt 84,9%; trong đó tuân thủ tốt 34,6%, tuân thủ trung bình 50,3% và tuân thủ kém 15,1%. Rào cản thường gặp nhất là thỉnh thoảng quên uống thuốc. Tuổi là yếu tố liên quan độc lập với tuân thủ tốt; nhóm 45 - 59 tuổi có khả năng tuân thủ tốt cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi. Cần tăng cường tư vấn cá thể hóa, hỗ trợ nhắc thuốc, theo dõi định kỳ và đơn giản hóa phác đồ khi phù hợp, đặc biệt ở người cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc và sử dụng nhiều thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Trần Thanh Phong, Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Tấn Đạt (2024) *Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản*. Tạp chí Y học Việt Nam, 533(1), tr. 337-381.
2. Đoàn Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Minh Lý, Mai Minh Thường (2023) *Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng ở người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. Tạp chí Y học Việt Nam 522(2), tr. 190-194.
3. Đồng thuận quan điểm một số chuyên gia của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (VSH/VNHA) (2024). *Chiến lược thực hành lâm sàng và quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam*.
4. Hà Mạnh Kiên và cộng sự (2025) *Tỷ lệ một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 193(8), tr. 54-63.
5. Nguyễn Minh Phương, Võ Ý Lan, Trịnh Thị Hoàng Oanh (2023) *Tuân thủ điều trị không dùng thuốc và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trưng Vương Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022*. Tạp chí Y học Việt Nam; 526(1A); tr. 272-277.
6. Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng, Phan Kim Mỹ, Nguyễn Thanh Hiệp (2021) *Tuân thủ điều trị tăng huyết áp*

- bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại Khoa Tim mạch, Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. Tạp chí Y học Việt Nam; 500(2), tr. 27-31.*
7. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C et al (2024) *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. European Heart Journal; 45(38): 3912-4018.
 8. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ (2008) *Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting*. Journal of Clinical Hypertension 10(5), tr. 348-354.
 9. Ruksakulpiwat S, Schiltz NK, Irani E, Josephson RA, Adams J, Still CH (2024) *Medication adherence of older adults with hypertension: A systematic review*. Patient Preference and Adherence 18: 957-975.
 10. World Health Organization (2025) *Global report on hypertension 2025: High stakes - turning evidence into action*. Geneva: World Health Organization.