Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 8, 305-309

ASSESSMENT OF PATIENTS' KNOWLEDGE AND ADHERENCE TO PREVENTIVE MEASURES FOR RECURRENT UPPER URINARY TRACT STONES AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Do Thi Thu Hien[1], Nguyen Ba Tuan[1], Pham Thu Hien[1], Bui Thi Thanh Van[1], Nguyen Viet Hai[1], Kieu Duc Vinh[1]

[1]*Department of General Outpatient Examination, 108 Military Central Hospital - 1B Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 30/05/2026
Reviced: 19/07/2026; Accepted: 23/08/2026

ABSTRACT

Objective: To assess patients' knowledge and adherence to preventive measures for recurrent upper urinary tract stones (recurrent kidney and/or ureteral stones) and to analyze related factors.

Methods: A cross-sectional descriptive-analytic study was conducted on 189 patients with recurrent upper urinary tract stones at the Outpatient Department, 108 Military Central Hospital, from December 2025 to April 2026. Sample size was estimated using the formula for a single proportion, and consecutive convenience sampling was applied. Data were collected using structured questionnaires and analyzed with SPSS 26.0.

Results: Only 18.0% of patients demonstrated good knowledge of preventive measures, and 25.4% correctly identified the recommended daily fluid intake. Adherence to physician instructions was relatively high (87.3%), and 74.6% reported taking medication as prescribed. However, only 19.6% of patients consumed at least 2 liters of water per day. Risk behaviors remained common, including occasional consumption of harmful beverages (49.2%) and self-medication when experiencing pain (31.7%). The most commonly reported barriers to adherence were forgetfulness (73.0%) and lack of time (24.3%). Knowledge level was significantly associated with the adoption of preventive measures ($p = 0.018$). No statistically significant association was observed between overall adherence level and recurrence frequency or recurrence interval ($p > 0.05$).

Conclusions: Patients demonstrated limited knowledge and adherence regarding preventive measures for recurrent upper urinary tract stones, particularly in lifestyle modification and adequate daily water intake. Better knowledge was associated with improved preventive practices. These findings highlight the importance of health education and individualized counseling to reduce the risk of stone recurrence.

Keywords: urinary stones; recurrence; knowledge; adherence; prevention.

*Corresponding author
Email: minhnguyet8800@gmail.com **Phone**: (+84) 968870376 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6341

KHẢO SÁT HIỂU BIẾT VÀ TUÂN THỦ DỰ PHÒNG TÁI PHÁT SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đỗ Thị Thu Hiền[1], Nguyễn Bá Tuấn[1], Phạm Thu Hiền[1], Bùi Thị Thanh Vân[1], Nguyễn Việt Hải[1], Kiều Đức Vinh[1]

[1]Khoa Khám bệnh đa khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1B Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 19/07/2026; Ngày duyệt đăng: 23/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ hiểu biết và tuân thủ các biện pháp dự phòng tái phát sỏi đường tiết niệu trên (sỏi thận và/hoặc niệu quản), đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 189 bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên tái phát đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 12/2025 đến tháng 4/2026. Cỡ mẫu được ước tính theo công thức nghiên cứu mô tả một tỷ lệ và chọn mẫu thuận tiện liên tiếp. Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi cấu trúc và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả: Chỉ 18,0% người bệnh đạt mức hiểu biết tốt về dự phòng tái phát sỏi, trong khi 25,4% nhận thức đúng về lượng nước cần uống hằng ngày. Tỷ lệ tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ đạt 87,3% và dùng thuốc theo đơn đạt 74,6%; tuy nhiên, chỉ 19,6% bệnh nhân uống đủ ≥ 2 lít nước/ngày. Hành vi nguy cơ vẫn còn phổ biến, với 49,2% người bệnh thỉnh thoảng sử dụng đồ uống có hại và 31,7% tự dùng thuốc khi đau. Nguyên nhân chính của việc không tuân thủ là quên (73,0%) và thiếu thời gian (24,3%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hiểu biết và việc áp dụng các biện pháp dự phòng (p = 0,018). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ chung với tần suất và thời gian tái phát sỏi (p > 0,05).

Kết luận: Người bệnh còn hạn chế về hiểu biết và tuân thủ các biện pháp dự phòng tái phát sỏi, đặc biệt trong thay đổi lối sống và uống đủ nước. Kiến thức tốt có liên quan đến khả năng thực hiện dự phòng. Cần tăng cường giáo dục sức khỏe và tư vấn cá thể hóa nhằm cải thiện tuân thủ và giảm nguy cơ tái phát sỏi.

Từ khóa: sỏi tiết niệu; tái phát; hiểu biết; tuân thủ; dự phòng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu trên, bao gồm sỏi thận và sỏi niệu quản, là bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành tiết niệu và có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới [1],[2]. Bệnh không chỉ gây đau, nhiễm khuẩn, tắc nghẽn đường tiết niệu mà còn có nguy cơ tái phát cao sau điều trị.

Tái phát sỏi là vấn đề quan trọng trong quản lý lâu dài người bệnh. Một số nghiên cứu cho thấy khoảng 30-50% bệnh nhân có thể tái phát trong vòng 5 năm nếu không có biện pháp dự phòng phù hợp [3]. Tái phát sỏi làm tăng gánh nặng chi phí y tế, ảnh hưởng đến chức năng thận và chất lượng cuộc sống của người bệnh [4].

Nhiều yếu tố nguy cơ tái phát sỏi liên quan đến lối sống và chế độ ăn uống, bao gồm uống không đủ nước, chế độ ăn nhiều muối, giàu protein động vật, sử dụng đồ uống có hại và các rối loạn chuyển hóa [5],[6]. Vì vậy, các biện pháp dự phòng như tăng lượng nước uống, điều chỉnh chế độ ăn, duy trì vận động, tái khám định kỳ và sử dụng thuốc dự phòng khi có chỉ định đóng vai trò quan trọng trong giảm nguy cơ tái phát.

Tuy nhiên, hiệu quả của các biện pháp dự phòng phụ thuộc nhiều vào mức độ hiểu biết và sự tuân thủ của người bệnh. Trong thực tế lâm sàng, không ít bệnh nhân còn thiếu kiến thức đúng về dự phòng tái phát sỏi và chưa duy trì đầy đủ các khuyến cáo sau điều trị. Điều này làm tăng nguy cơ tái phát dù người bệnh đã được can thiệp bằng các phương pháp hiện đại như nội soi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể [7].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về hiểu biết và thực hành dự phòng tái phát sỏi tiết niệu còn chưa nhiều. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 trên 230 người bệnh sau phẫu thuật tán sỏi cho thấy chỉ 47,4% người bệnh có kiến thức đạt và 42,2% có thực hành đạt về phòng ngừa sỏi tái phát; các yếu tố liên quan gồm tuổi, trình độ học vấn, nơi cư trú và nghề nghiệp [8]. Kết quả này cho thấy giáo dục sức khỏe và hỗ trợ thay đổi hành vi vẫn là nhu cầu quan trọng trong quản lý người bệnh sỏi tiết niệu tại Việt Nam.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát mức độ hiểu biết và tuân thủ các biện pháp dự phòng tái phát sỏi đường tiết niệu trên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan, làm cơ sở cho hoạt động giáo dục sức khỏe và quản lý lâu dài người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán sỏi đường tiết niệu trên tái phát, bao gồm sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản, đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 12/2025 đến tháng 4/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân ≥ 18 tuổi; có tiền sử điều trị sỏi đường tiết niệu trên bằng các biện pháp can thiệp; đã được xác nhận sạch sỏi sau lần điều trị trước dựa trên hồ sơ điều trị và/hoặc kết quả chẩn đoán hình ảnh sau can thiệp (siêu âm, X-quang hệ tiết niệu hoặc CT khi có chỉ định); tại lần khám hiện tại được xác định có sỏi đường tiết niệu trên tái phát; đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ
Email: minhnguyet8800@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 968870376 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6341

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có cường tuyến cận giáp hoặc bất thường giải phẫu đường tiết niệu có thể ảnh hưởng trực tiếp đến nguy cơ tái phát sỏi; người bệnh hạn chế vận động nặng, rối loạn nhận thức hoặc không đủ khả năng trả lời phỏng vấn; người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả một tỷ lệ: $n = Z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p)/d^2$. Trong đó, p = 0,474 là tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng ngừa sỏi tái phát trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự [8]; chọn d = 0,075, α = 0,05. Cỡ mẫu tối thiểu ước tính là 171 người bệnh; cộng thêm khoảng 10% dự phòng thiếu số liệu, cỡ mẫu cần thiết là 188. Nghiên cứu thực tế thu thập được 189 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện liên tiếp. Tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích.

Người bệnh được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc, kết hợp khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án.

Bộ công cụ thu thập số liệu được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, các khuyến cáo dự phòng tái phát sỏi của Hội Tiết niệu châu Âu (EAU), Hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA), đồng thời tham khảo bộ câu hỏi trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024 [8].

Bộ câu hỏi gồm 4 phần: phần A - thông tin chung của người bệnh; phần B - đánh giá kiến thức về dự phòng tái phát sỏi tiết niệu; phần C - đánh giá hành vi và mức độ tuân thủ các biện pháp dự phòng tái phát sỏi; phần D - đánh giá khó khăn trong quá trình tuân thủ và nhu cầu hỗ trợ của người bệnh đối với hoạt động tư vấn và giáo dục sức khỏe. Trong đó, phần đánh giá kiến thức gồm 10 nội dung chính, phần thực hành và tuân thủ gồm 7 nội dung chính, các nội dung còn lại đánh giá hành vi nguy cơ, khó khăn và nhu cầu hỗ trợ.

Bộ câu hỏi được góp ý bởi nhóm chuyên gia tiết niệu và điều dưỡng, sau đó thử nghiệm trên một nhóm nhỏ người bệnh trước khi triển khai nghiên cứu chính thức nhằm điều chỉnh nội dung, cách diễn đạt và mức độ dễ hiểu. Do phần kiến thức chủ yếu gồm các câu hỏi độc lập dạng đúng/sai hoặc biết/không biết, nghiên cứu không sử dụng Cronbach's alpha như một thang đo thái độ đơn hướng; độ phù hợp nội dung được kiểm soát thông qua góp ý chuyên gia và thử nghiệm pilot.

Các câu trả lời đúng trong phần kiến thức được chấm 1 điểm; trả lời sai hoặc không biết được tính 0 điểm. Tổng điểm kiến thức được phân loại thành 3 nhóm: tốt (≥ 80% tổng điểm), trung bình (50-79% tổng điểm) và hạn chế (< 50% tổng điểm).

Mức độ tuân thủ được đánh giá dựa trên tỷ lệ thực hiện các khuyến cáo dự phòng tái phát sỏi, chia thành 3 mức: tuân thủ tốt (thực hiện ≥ 75% khuyến cáo), tuân thủ trung bình (thực hiện 50-74% khuyến cáo) và tuân thủ kém (thực hiện < 50% khuyến cáo). Trong phân tích mối liên quan, nhóm tuân thủ trung bình và tuân thủ kém được gộp thành nhóm tuân thủ chưa tốt nhằm hạn chế các ô có tần số kỳ vọng thấp.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh tham gia đều được giải thích về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia tự nguyện. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các phép thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Chi-square được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến định tính, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 189)

Biến số	n	%
Tuổi: 18-29	2	1,1
30-44	20	10,6
45-59	92	48,9
≥ 60	74	39,4
Giới: Nam	124	65,6
Nữ	65	34,4
Nơi cư trú: Thành thị	58	30,7
Nông thôn	131	69,3
Tiền sử sỏi phải can thiệp: Sỏi thận	84	44,4
Sỏi niệu quản	38	20,1
Sỏi phối hợp thận và niệu quản	67	35,5

Nhận xét: Nam giới và người trung niên - cao tuổi chiếm đa số, trong đó nhóm 45-59 tuổi có tỷ lệ cao nhất (48,9%). Phần lớn bệnh nhân sống ở nông thôn và có tiền sử can thiệp sỏi thận đơn thuần hoặc sỏi phối hợp thận - niệu quản.

Bảng 2. Kiến thức về phòng ngừa tái phát sỏi thận

Nội dung	n (%)
Biết ≥ 1 nguyên nhân hình thành sỏi	78 (41,3)
Uống đủ nước ≥ 2 L/ngày	48 (25,4)
Hạn chế thực phẩm giàu oxalat	110 (58,2)
Hạn chế nước ngọt có gas	143 (75,7)
Bổ sung canxi đúng cách	102 (54,0)
Vai trò của vận động	160 (84,7)
Theo dõi nước tiểu 24 giờ	106 (56,1)
Giảm cân có lợi	79 (41,7)
Biết thuốc dự phòng khi có chỉ định (ví dụ allopurinol trong bệnh gout)	23 (12,2)
Đạt mức hiểu biết tốt theo điểm kiến thức	34 (18,0)

Nhận xét: Mức độ hiểu biết của người bệnh còn hạn chế, đặc biệt về lượng nước cần uống và sử dụng thuốc dự phòng. Kiến thức tốt hơn ở các yếu tố lối sống như vận động và hạn chế đồ uống có hại, cho thấy nhận thức của người bệnh chưa toàn diện.

Bảng 3. Thực hành và tuân thủ dự phòng

Hành vi	n (%)
Uống ≥ 2 L nước/ngày	37 (19,6)
Tập thể dục thường xuyên	80 (42,3)
Thời gian tập ≥ 45 phút	115 (61,0)
Ăn uống lành mạnh	106 (56,1)
Dùng thuốc theo đơn	141 (74,6)
Tái khám đúng hẹn	102 (54,0)
Tuân thủ hướng dẫn bác sĩ	165 (87,3)

Nhận xét: Người bệnh có xu hướng tuân thủ tốt các khuyến cáo của bác sĩ và sử dụng thuốc theo đơn. Tuy nhiên, tỷ lệ duy trì uống đủ nước hằng ngày còn thấp, đây là điểm yếu quan trọng trong dự phòng tái phát sỏi.

Bảng 4. Hành vi nguy cơ và lối sống

Nội dung	n (%)
Uống nước ngọt/bia rượu thường xuyên	17 (9,0)
Thỉnh thoảng	93 (49,2)
Không bao giờ	79 (41,8)

Nội dung	n (%)
Tự dùng thuốc khi đau	60 (31,7)
Không tự dùng thuốc	129 (68,3)

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng đồ uống có hại như bia rượu và nước ngọt còn khá phổ biến, chủ yếu ở mức thỉnh thoảng. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn tự dùng thuốc khi đau, tiềm ẩn nguy cơ điều trị không phù hợp và trì hoãn thăm khám.

Bảng 5. Khó khăn và nhu cầu hỗ trợ của người bệnh

Nội dung	n (%)
Khó khăn trong tuân thủ: Quên	138 (73,0)
Thiếu thời gian	46 (24,3)
Không thấy cần thiết	5 (2,6)
Nhu cầu tư vấn thêm: Có nhu cầu	181 (95,8)
Không	8 (4,2)
Hình thức hỗ trợ mong muốn: Tư vấn trực tiếp	166 (87,8)
Tờ rơi	24 (12,7)
Video/truyền thông	14 (7,4)

Nhận xét: Nguyên nhân chính của việc không tuân thủ là quên và thiếu thời gian. Nhu cầu được tư vấn rất cao, đặc biệt là tư vấn trực tiếp, cho thấy vai trò quan trọng của giáo dục sức khỏe cá thể hóa.

Bảng 6. Liên quan giữa mức độ hiểu biết với việc áp dụng các biện pháp dự phòng

Mức độ hiểu biết	Có áp dụng n (%)	Không áp dụng n (%)	Tổng n (%)	OR (95%CI)	p
Hạn chế	28 (56,0)	22 (44,0)	50 (100)	1,00	
Trung bình	72 (68,6)	33 (31,4)	105 (100)	1,75 (0,90-3,40)	
Tốt	29 (85,3)	5 (14,7)	34 (100)	4,50 (1,50-13,51)	
Tổng	129 (68,3)	60 (31,7)	189 (100)		0,018

Nhận xét: Người bệnh có mức độ hiểu biết tốt có tỷ lệ áp dụng các biện pháp dự phòng cao hơn rõ rệt so với nhóm hiểu biết hạn chế. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,018).

Bảng 7. Liên quan mức độ tuân thủ với tần suất và thời gian tái phát sỏi (n = 189)

Mức độ tuân thủ	1 lần n (%)	2 lần n (%)	≥ 3 lần n (%)	≤ 1 năm n (%)	1-5 năm n (%)	> 5 năm n (%)
Tuân thủ tốt	29 (20,6)	64 (45,4)	48 (34,0)	23 (16,3)	60 (42,6)	58 (41,1)
Tuân thủ chưa tốt	12 (25,0)	23 (47,9)	13 (27,1)	5 (10,4)	21 (43,8)	22 (45,8)
Tổng	41 (21,7)	87 (46,0)	61 (32,3)	28 (14,8)	81 (42,9)	80 (42,3)
p	0,634			0,595		

Nhận xét: Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ chung với tần suất và thời gian tái phát sỏi (p > 0,05).

Chú thích: p ở nhóm cột tần suất tái phát là giá trị kiểm định Chi-square cho tần suất tái phát; p ở nhóm cột thời gian tái phát là giá trị kiểm định Chi-square cho thời gian tái phát.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (65,6%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về dịch tễ học sỏi tiết niệu, trong đó nam giới thường có nguy cơ mắc sỏi cao hơn do liên quan đến yếu tố nội tiết, chuyển hóa, thói quen ăn uống và sinh hoạt [2],[10].

Nhóm tuổi 45-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%). Đây là nhóm tuổi có thời gian tích lũy kéo dài các yếu tố nguy cơ như chế độ ăn nhiều muối, nhiều protein động vật, ít vận động và các rối loạn chuyển hóa. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong đó nhóm 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50,9%) [8].

Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm ưu thế (69,3%). Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt trong tiếp cận thông tin sức khỏe, điều kiện sinh hoạt và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế giữa khu vực nông thôn và thành thị. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự, tỷ lệ người bệnh sống ở nông thôn cũng chiếm 69,6% [8], cho thấy đây là nhóm đối tượng cần được quan tâm nhiều hơn trong các chương trình giáo dục sức khỏe dự phòng tái phát sỏi.

4.2. Mức độ hiểu biết về dự phòng tái phát sỏi

Một trong những phát hiện quan trọng của nghiên cứu là mức độ hiểu biết của người bệnh về các biện pháp dự phòng còn hạn chế. Chỉ 25,4% người bệnh nhận thức đúng về lượng nước cần uống hằng ngày, trong khi tăng lượng nước uống là biện pháp dự phòng cơ bản và quan trọng nhất được khuyến cáo trong nhiều hướng dẫn điều trị [5],[6].

Ngược lại, tỷ lệ hiểu biết về vai trò của vận động và hạn chế đồ uống có hại cao hơn. Điều này có thể do các thông tin liên quan đến lối sống thường dễ tiếp cận hơn qua truyền thông đại chúng. Tuy nhiên, hiểu biết về các nội dung chuyên sâu như theo dõi nước tiểu 24 giờ hoặc thuốc dự phòng còn thấp, phản ánh khoảng trống trong hoạt động tư vấn chuyên môn sau điều trị.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự, trong đó tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về phòng ngừa sỏi tiết niệu tái phát sau phẫu thuật tán sỏi chỉ đạt 47,4% [8]. Nghiên cứu này cũng cho thấy kiến thức của người bệnh có liên quan đến tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn và nghề nghiệp. Điều này cho thấy giáo dục sức khỏe cần được thiết kế phù hợp với đặc điểm từng nhóm người bệnh, đặc biệt là nhóm sống ở nông thôn, trình độ học vấn thấp hoặc lao động chân tay.

Bên cạnh đó, nghiên cứu can thiệp của Nguyễn Thị Lệ Thủy tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định cho thấy điểm trung bình kiến thức dự phòng sỏi thận tái phát của người bệnh tăng từ 8,54 ± 3,15 trước giáo dục sức khỏe lên 16,85 ± 3,32 sau can thiệp [9]. Kết quả này khẳng định giáo dục sức khỏe có thể cải thiện rõ rệt kiến thức của người bệnh và là cơ sở quan trọng để điều dưỡng xây dựng các chương trình tư vấn dự phòng tái phát sỏi phù hợp.

4.3. Thực hành và mức độ tuân thủ

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự không đồng nhất giữa hiểu biết và hành vi thực tế. Mặc dù tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn của bác sĩ khá cao (87,3%) và dùng thuốc theo đơn đạt 74,6%, chỉ 19,6% bệnh nhân duy trì uống đủ ≥ 2 lít nước mỗi ngày. Điều này phản ánh khoảng cách giữa kiến thức và hành vi, một vấn đề thường gặp trong quản lý các bệnh lý mạn tính và bệnh có nguy cơ tái phát.

Việc uống đủ nước đòi hỏi sự duy trì thường xuyên trong sinh hoạt hằng ngày, vì vậy dễ bị bỏ qua hơn so với việc dùng thuốc theo đơn. Ngoài ra, một số bệnh nhân có thể không cảm nhận được lợi ích tức thời của việc uống nhiều nước, dẫn đến giảm động lực thực hiện.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự cũng ghi nhận chỉ 42,2% người bệnh đạt thực hành đúng về phòng ngừa sỏi tái phát [8]. Kết quả này cho thấy việc chuyển đổi kiến thức thành hành vi dự phòng vẫn còn nhiều hạn chế ở người bệnh sỏi tiết niệu tại Việt Nam.

Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều dưỡng tiết niệu trong theo dõi tuân thủ, nhắc nhở hành vi và tư vấn thay đổi lối sống lâu dài cho người bệnh. Giáo dục sức khỏe không nên chỉ dừng ở việc cung cấp thông tin, mà cần kết hợp hướng dẫn cụ thể, theo dõi định kỳ và hỗ trợ người bệnh duy trì hành vi trong đời sống hằng ngày.

4.4. Hành vi nguy cơ

Nghiên cứu ghi nhận 49,2% bệnh nhân thỉnh thoảng sử dụng đồ uống có hại như nước ngọt hoặc bia rượu và 9,0% sử dụng thường xuyên. Đây là yếu tố đáng chú ý vì một số loại đồ uống có thể làm tăng nguy cơ hình thành sỏi thông qua thay đổi bài tiết calci, oxalat hoặc acid uric trong nước tiểu [11].

Bên cạnh đó, 31,7% bệnh nhân có thói quen tự dùng thuốc khi đau. Hành vi này tiềm ẩn nhiều nguy cơ, bao gồm sử dụng thuốc không phù hợp, che lấp triệu chứng, trì hoãn thăm khám và làm tăng nguy cơ biến chứng. Đây là nội dung cần được nhấn mạnh trong tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh sau điều trị sỏi.

4.5. Khó khăn trong tuân thủ và nhu cầu hỗ trợ

Nguyên nhân chính của việc không tuân thủ trong nghiên cứu là quên (73,0%) và thiếu thời gian (24,3%). Điều này cho thấy rào cản tuân thủ chủ yếu liên quan đến hành vi và tổ chức cuộc sống hằng ngày hơn là thiếu kiến thức đơn thuần.

Nhu cầu được tư vấn thêm rất cao (95,8%), trong đó phần lớn người bệnh mong muốn được tư vấn trực tiếp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự, trong đó nguồn thông tin về bệnh sỏi tiết niệu chủ yếu đến từ nhân viên y tế [8]. Điều này cho thấy nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng, giữ vai trò trung tâm trong giáo dục sức khỏe và hỗ trợ người bệnh dự phòng tái phát sỏi.

Trong thực hành, các biện pháp hỗ trợ như nhắc uống nước, hướng dẫn ghi chép lượng nước uống, tư vấn chế độ ăn phù hợp và tái khám định kỳ có thể giúp cải thiện mức độ tuân thủ. Việc tư vấn cần được cá thể hóa theo nghề nghiệp, nơi cư trú, trình độ học vấn và khả năng tiếp nhận thông tin của từng người bệnh.

4.6. Mối liên quan giữa hiểu biết và hành vi dự phòng

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ hiểu biết có liên quan có ý nghĩa thống kê với việc áp dụng các biện pháp dự phòng. Nhóm người bệnh có hiểu biết tốt có tỷ lệ áp dụng các biện pháp dự phòng cao hơn rõ rệt so với nhóm hiểu biết hạn chế.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu về tuân thủ điều trị, trong đó kiến thức là điều kiện cần nhưng chưa đủ để duy trì hành vi sức khỏe lâu dài; việc thay đổi hành vi còn phụ thuộc vào động lực cá nhân, thói quen, môi trường sống và chất lượng tư vấn của nhân viên y tế [12],[13].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự cũng cho thấy kiến thức và thực hành phòng ngừa sỏi tái phát còn thấp, đồng thời các yếu tố như tuổi, trình độ học vấn, nơi cư trú và nghề nghiệp có liên quan đến kết quả kiến thức và thực hành [8]. Do đó, các chương trình giáo dục sức khỏe cần ưu tiên nhóm người bệnh có nguy cơ tiếp nhận thông tin hạn chế.

4.7. Tuân thủ điều trị với tần suất và thời gian tái phát

Trong nghiên cứu này, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ chung với tần suất và thời gian tái phát sỏi. Kết quả này cần được diễn giải thận trọng vì thiết kế cắt ngang dựa trên khai báo hồi cứu không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa tuân thủ và tái phát.

Về mặt cơ chế, việc duy trì các biện pháp dự phòng như uống đủ nước, điều chỉnh chế độ ăn, dùng thuốc theo hướng dẫn và tái khám định kỳ có thể làm giảm độ bão hòa các tinh thể trong nước tiểu, từ đó góp phần hạn chế hình thành sỏi mới [5],[6]. Tuy nhiên, khi đánh giá bằng một biến tuân thủ chung, hiệu ứng của từng hành vi riêng lẻ có thể bị làm mờ, đặc biệt khi hành vi uống đủ nước trong nghiên cứu còn rất thấp.

Tái phát sỏi là quá trình chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố ngoài mức độ tuân thủ, bao gồm rối loạn chuyển hóa, thành phần sỏi, yếu tố di truyền và bệnh lý kèm theo. Vì vậy, dự phòng tái phát sỏi cần được tiếp cận toàn diện, kết hợp thay đổi hành vi, điều chỉnh chế độ ăn, đánh giá nguy cơ chuyển hóa và theo dõi lâu dài [14],[15].

4.8. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nên chưa đánh giá được mối quan hệ nhân quả giữa hiểu biết, tuân thủ và nguy cơ tái phát sỏi. Thứ hai, thông tin về mức độ tuân thủ chủ yếu dựa trên khai báo của người bệnh nên có thể tồn tại sai số nhớ lại hoặc xu hướng trả lời tích cực. Thứ ba, nghiên cứu chưa ghi nhận riêng số người đủ điều kiện nhưng từ chối tham gia hoặc bị loại trừ trong quá trình chọn mẫu, do đó còn hạn chế khi đánh giá sai lệch chọn mẫu. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích sâu theo thành phần sỏi, rối loạn chuyển hóa hoặc các yếu tố nguy cơ chuyên biệt khác.

Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu vẫn cung cấp dữ liệu có giá trị thực tiễn về thực trạng hiểu biết và tuân thủ dự phòng tái phát sỏi đường tiết niệu trên, đồng thời gợi ý vai trò quan trọng của giáo dục sức khỏe và tư vấn cá thể hóa trong chăm sóc người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức độ hiểu biết và tuân thủ các biện pháp dự phòng tái phát sỏi đường tiết niệu trên của người bệnh còn hạn chế, đặc biệt ở các hành vi thay đổi lối sống như uống đủ nước và duy trì chế độ sinh hoạt lành mạnh.

Mức độ hiểu biết tốt có liên quan đến khả năng áp dụng các biện pháp dự phòng. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tuân thủ chung với tần suất và thời gian tái phát sỏi trong nghiên cứu này.

Các rào cản chính ảnh hưởng đến tuân thủ là quên và thiếu thời gian, trong khi nhu cầu được tư vấn trực tiếp từ nhân viên y tế rất cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường giáo dục sức khỏe, tư vấn cá thể hóa và theo dõi lâu dài nhằm cải thiện tuân thủ và góp phần giảm nguy cơ tái phát sỏi đường tiết niệu trên.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Romero V, Akpinar H, Assimos DG. Kidney stones: a global picture. Rev Urol. 2010;12(2-3):e86-e96. doi:10.3909/riu0459.

[2] Scales CD Jr, Smith AC, Hanley JM, Saigal CS. Prevalence of kidney stones in the United States. Eur Urol. 2012;62(1):160-165. doi:10.1016/j.eururo.2012.03.052.

[3] Rule AD, Lieske JC, Li X, Melton LJ 3rd, Krambeck AE, Bergstralh EJ. The ROKS nomogram for predicting a second symptomatic stone episode. J Am Soc Nephrol. 2014;25(12):2878-2886. doi:10.1681/ASN.2013091011.

[4] Canvasser NE, Alken P, Lipkin M, Nakada SY, Sodha HS, Tepeler A, et al. The economics of stone disease. World J Urol. 2017;35(9):1321-1329. doi:10.1007/s00345-017-2003-y.

[5] Skolarikos A, Somani B, Neisius A, Jung H, Petřík A, Tailly T, et al. Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: an EAU guidelines update. Eur Urol. 2024. doi:10.1016/j.eururo.2024.05.029.

[6] Pearle MS, Goldfarb DS, Assimos DG, Curhan G, Denu-Ciocca CJ, Matlaga BR, et al. Medical management of kidney stones: AUA guideline. J Urol. 2014;192(2):316-324. doi:10.1016/j.juro.2014.05.006.

[7] Fink HA, Wilt TJ, Eidman KE, Garimella PS, MacDonald R, Rutks IR, et al. Medical management to prevent recurrent nephrolithiasis in adults: a systematic review for an American College of Physicians clinical guideline. Ann Intern Med. 2013;158(7):535-543. doi:10.7326/0003-4819-158-7-201304020-00005.

[8] Nguyễn Thị Thu Thảo, Nguyễn Thị Sơn, Nguyễn Thị Thuỷ. Kiến thức và thực hành về phòng ngừa sỏi tái phát ở người bệnh sau phẫu thuật tán sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;185(12):180-192. doi:10.52852/tcncyh.v185i12.2835.

[9] Nguyễn Thị Lệ Thuỷ. Thay đổi kiến thức dự phòng sỏi thận tái phát ở người bệnh phẫu thuật sỏi thận sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Khoa học Điều dưỡng. 2022;5(2):41-48.

[10] Stamatelou KK, Francis ME, Jones CA, Nyberg LM, Curhan GC. Time trends in reported prevalence of kidney stones in the United States: 1976-1994. Kidney Int. 2003;63(5):1817-1823. doi:10.1046/j.1523-1755.2003.00917.x.

[11] Taylor EN, Stampfer MJ, Curhan GC. Beverage intake and kidney stones. Kidney Int. 2005;68(6):2839-2846. doi:10.1111/j.1523-1755.2005.00712.x.

[12] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-497. doi:10.1056/NEJMra050100.

[13] Zolnierek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009;47(8):826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

[14] Ferraro PM, Taylor EN, Gambaro G, Curhan GC. Dietary and lifestyle risk factors associated with incident kidney stones in men and women. J Urol. 2017;198(4):858-863. doi:10.1016/j.juro.2017.03.124.

[15] Sakhaee K. Nephrolithiasis as a systemic disorder. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2008;17(3):304-309. doi:10.1097/MNH.0b013e3282f8b34d.