

**KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ
Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TỪ 18 ĐẾN 60 TUỔI
TẠI THÀNH PHỐ SÓC TRĂNG**

Phan Thị Kiều Ứng^{1*}, Nguyễn Như Nghĩa², Mai Huỳnh Ngọc Tân²

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bskieuung@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: thiếu kiến thức về bệnh thận mạn có thể dẫn đến thực hành tuân thủ điều trị không tốt, thúc đẩy tiến triển bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh thận mạn từ 18 đến 60 tuổi tại thành phố Sóc Trăng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 150 bệnh nhân bệnh thận mạn 18-60 tuổi đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng và Bệnh viện Dân–Quân Y Sóc Trăng từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** nam chiếm 51,3%, tuổi trung bình là $51,32 \pm 10,04$ tuổi, 62,7% bệnh thận mạn giai đoạn 5. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiến thức về bệnh thận mạn là 70,7%, điểm trung bình kiến thức là $12,6 \pm 5,2$

điểm. Có 56% bệnh nhân thực hành đạt với điểm trung bình là $13,2 \pm 4,9$ điểm. Có mối tương quan thuận mức độ chặt giữa kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn ($r=0,71$, $p=0,001$), tương quan nghịch mức độ vừa giữa mức lọc cầu thận và điểm kiến thức ($r = -0,42$, $p=0,001$). Có mối liên quan giữa kiến thức và dân tộc, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế. Các yếu tố liên quan đến thực hành đạt gồm: giới nữ, dân tộc Kinh, Hoa và học vấn từ trung học phổ thông trở lên ($p<0,05$). **Kết luận:** kiến thức có tương quan chặt với thực hành, cần giáo dục để bệnh nhân thực hành điều trị tốt bệnh thận mạn.

Từ khoá: bệnh thận mạn, kiến thức, thực hành, Sóc Trăng.

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND PRACTICES ADHERENCE TO TREATMENT AMONG CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS FROM 18 TO 60 YEARS OLD IN SOC TRANG CITY

Phan Thi Kieu Ung^{1*}, Nguyen Nhu Nghia², Mai Huynh Ngoc Tan²

1. Soc Trang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: lack of knowledge about chronic kidney disease (CKD) can affect poor treatment practices and promote disease progression. **Objectives:** to identify knowledge, practices adherence to treatment and to find out some factors related to knowledge and practices adherence to treatment in chronic kidney disease patients from 18 to 60 years old in Soc Trang city. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 chronic kidney disease patients from 18 to 60 years old being treated at Soc Trang General Hospital and Soc Trang People and Military Hospital from May 2020 to May 2021. **Results:** men were 51.3%, the mean age was 51.32 ± 10.04 , stage 5 CKD were 62.7%. The percentage of patients who had good knowledge of CKD were 70.7%, mean knowledge score was 12.6 ± 5.2 . There were 56% of patients with good practices, mean practice score was 13.2 ± 4.9 . There was a strong positive correlation between knowledge and practices adherence to treatment ($r=0.71$, $p=0.001$), and a moderate inverse correlation between eGFR and knowledge score ($r= -0.42$, $p=0.001$). There was an association between knowledge and ethnicity, education level and economic conditions. Factors relating to good practices included: female gender, Kinh and Chinese ethnicity and education from high school or higher ($p<0.05$). **Conclusion:** knowledge was significantly correlated with practices, it is necessary to educate patients for good treatment of chronic kidney disease.

Keywords: chronic kidney disease, knowledge, practice, Soc Trang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là quá trình bệnh lý tiến triển liên tục, hậu quả cuối cùng là BTM giai đoạn cuối. Nhiều nghiên cứu ghi nhận kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân BTM còn thấp. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính rằng khoảng một nửa số người mắc bệnh mạn tính không tuân thủ dùng thuốc theo quy định. Việc không tuân thủ điều trị của bệnh nhân (BN) BTM gây tăng huyết áp khó kiểm soát, tăng thuốc và chi phí liên quan đến nhập viện, làm tăng tốc độ tiến triển đến BTM giai đoạn cuối [9]. Hiện nay ở Việt Nam, đặc biệt tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long chưa có nhiều nghiên cứu về kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh thận mạn từ 18 đến 60 tuổi tại thành phố Sóc Trăng.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh thận mạn từ 18 đến 60 tuổi tại thành phố Sóc Trăng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân từ 18 đến 60 tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn đang điều trị ngoại trú tại Thành phố Sóc Trăng

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân từ 18-60 được chẩn đoán BTM theo tiêu chuẩn KDIGO năm 2012: có mức lọc cầu thận (MLCT) <60ml/phút/1,73m² kéo dài trên 3 tháng. Bệnh nhân có làm đầy đủ xét nghiệm cần thiết và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không giao tiếp được hoặc mắc các bệnh lý rối loạn tâm thần. Bệnh nhân bị đợt cấp suy thận mạn. Bệnh nhân đang mắc bệnh nguy hiểm: đợt quy, suy hô hấp, suy tim nặng, phù phổi cấp, nhiễm SARS-CoV 2,... Bệnh nhân không tham gia đủ thời gian nghiên cứu.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng và bệnh viện Dân – Quân Y Sóc Trăng từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

Cỡ mẫu: tính theo công thức: $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$

Trong đó n là cỡ mẫu, α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$. p là tỷ lệ BN BTM tuân thủ điều trị theo nghiên cứu trước đây [4], chọn p=0,85; d là sai số cho phép, chọn d=0,06. Thế vào công thức, tính được n=136,1. Thực tế chúng tôi chọn được 150 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu:

- Các đặc điểm chung: giới, tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế

- Tính MLCT: theo công thức CKD-EPI 2009 dựa vào creatinin máu

- Khảo sát kiến thức, thực hành: sử dụng bộ câu hỏi tự thiết kế để phỏng vấn kiến thức (20 câu), thực hành (20 câu, gồm phần A 10 câu khảo sát về lối sống, phần B 10 câu về dùng thuốc). Mỗi câu hỏi trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết là 0 điểm

+ **Đạt kiến thức:** tổng điểm kiến thức $\geq 10/20$ điểm, **không đạt:** tổng điểm $\leq 9/20$ điểm.

+ **Đạt thực hành:** tổng điểm thực hành $\geq 10/20$ điểm và điểm mỗi phần A, B $\geq 5/10$ điểm. **Không đạt:** tổng điểm $\leq 9/20$ điểm, hoặc tổng điểm $\geq 10/20$ điểm, nhưng có điểm mỗi phần A hoặc B $< 5/10$ điểm [3], [10].

- Xác định mối tương quan giữa kiến thức và thực hành điều trị BTM và một số yếu tố liên quan khác với kiến thức, thực hành

Phương pháp xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 18.0; với p<0,05 sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n=150	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	77	51,3
	Nữ	73	48,7
Tuổi	18-40	29	19,3
	41-60	121	80,7
	Trung bình	51,32±10,04 tuổi	
Dân tộc	Kinh	97	64,7

Đặc điểm		n=150	Tỷ lệ %
	Khơ me	43	28,6
	Hoa	10	6,7
Nghề nghiệp	Nông dân	81	54,0
	Nghề khác	69	46,0
Học vấn	THCS trở xuống	119	79,3
	THPT trở lên	31	20,7
Điều kiện kinh tế	Thu nhập thấp	36	24,0
	Trung bình trở lên	114	76,0
Bệnh thận mạn	Giai đoạn 3	31	20,6
	Giai đoạn 4	25	16,7
	Giai đoạn 5	94	62,7
	MLCT trung bình	17,86±14,91ml/phút/1,73m²	

Nhận xét: tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều, đa số trong độ tuổi từ 41-60 với tuổi trung bình 51,32±10,04 tuổi. Khoảng 2/3 bệnh nhân là người Kinh, 54% làm nghề nông và 76% có thu nhập từ trung bình trở lên. Gần 80% bệnh nhân có trình độ học vấn dưới THCS. Đa số BN có BTM giai đoạn 5 với MLCT trung bình là 17,86±14,91ml/phút/1,73m².

3.2. Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn

Bảng 2. Tỷ lệ đạt và điểm kiến thức về bệnh thận mạn của bệnh nhân

Kiến thức	n=150 (%)	Điểm ($\bar{X} \pm SD$)	p
Không đạt	44 (29,3)	5,96±2,32	0,001
Đạt	106 (70,7)	15,35±3,15	
Tổng điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	12,6±5,2		

Nhận xét: đa số bệnh nhân đạt kiến thức về bệnh thận mạn, với điểm trung bình là 12,6±5,2 điểm. Điểm kiến thức ở nhóm đạt cao hơn nhiều so với nhóm không đạt.

Bảng 3. Tỷ lệ đạt và điểm thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn

Thực hành		n=150 (%)	Điểm ($\bar{X} \pm SD$)	p
Thay đổi lối sống	Không đạt	62 (41,3)	2,57±1,31	0,001
	Đạt	88 (58,7)	7,58±1,63	
Sử dụng thuốc	Không đạt	18 (12,0)	3,67±0,46	0,001
	Đạt	132 (88,0)	8,27±1,92	
Đánh giá chung	Không đạt	66 (44,0)	8,34±2,01	0,001
	Đạt	84 (56,0)	17,06±2,48	
Tổng điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		13,2±4,9		

Nhận xét: có 44% bệnh nhân không đạt trong thực hành tuân thủ điều trị BTM, tỷ lệ không đạt trong thay đổi lối sống chiếm 41,3%. Tổng điểm trung bình trong thực hành tuân thủ điều trị là 13,2±4,9 điểm. Sự khác biệt về điểm thực hành giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê.

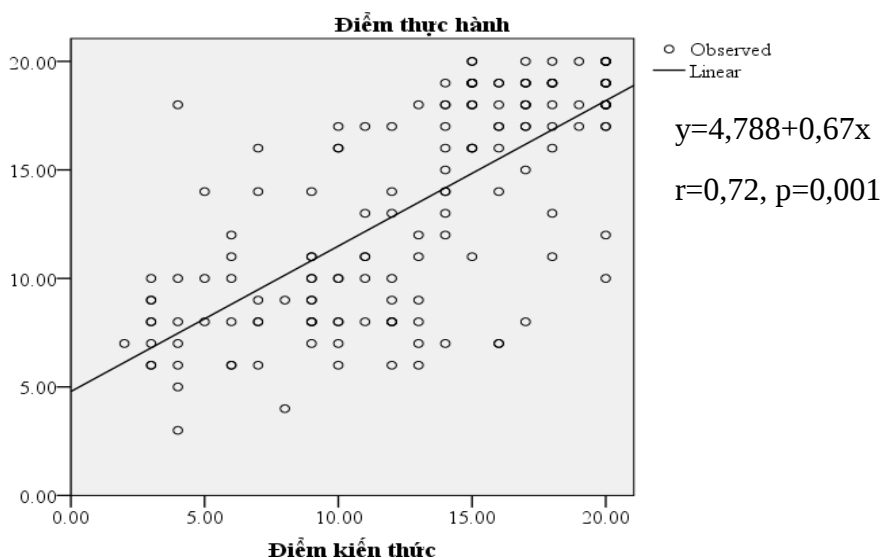
Bảng 4. Một số lý do bệnh nhân không tuân thủ điều trị

Lý do		n	Tỷ lệ %	
Không uống thuốc/bỏ cũ (n=53)	Quên	47	88,7	
	Đi làm không đem thuốc	5	9,4	
	Không có người cho uống thuốc	1	1,9	
Không tái khám theo lịch (n=46)	Điều kiện kinh tế	24	52,2	
	Thấy khỏe hơn	17	37,0	
	Không ai đưa đi	5	10,8	
Uống thuốc nam/thuốc bắc/ đông y		Có	42	28

Lý do		n	Tỷ lệ %
(n=150)	Không	108	82

Nhận xét: đa số bệnh nhân không dùng thuốc do quên, chiếm 88,7%. Có 52,5% bệnh nhân không tái khám theo lịch do điều kiện kinh tế khó khăn. Có 28% bệnh nhân tự điều trị bằng các thuốc nam/thuốc bắc/đông y.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh thận mạn



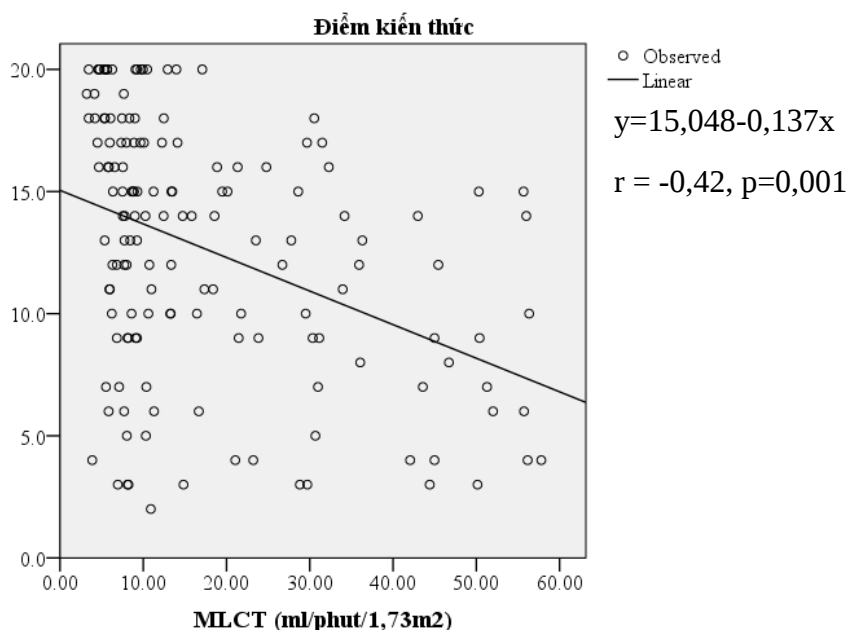
Biểu đồ 1. Tương quan giữa điểm kiến thức và thực hành

Nhận xét: có mối tương quan thuận mức độ chặt giữa điểm kiến thức và điểm thực hành trong điều trị bệnh thận mạn, $r = 0,72, p = 0,001$.

Bảng 5. Liên quan giữa kiến thức với một số yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố liên quan		Kiến thức BTM		p
		Không đạt n=44 (%)	Đạt n=106 (%)	
Dân tộc	Kinh (n=97)	22 (22,7%)	75 (77,3%)	0,01
	Khơme (n=43)	20 (46,5%)	23 (53,5%)	
	Hoa (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	
Học vấn	THCS trở xuống (n=119)	41 (34,5%)	78 (65,5%)	0,007 OR=4,9 (1,4-17,1)
	THPT trở lên (n=31)	3 (9,7%)	28 (90,3%)	
Kinh tế	Thu nhập thấp (n=36)	19 (52,8%)	17 (47,2%)	0,001 OR=4,0 (1,8-8,8)
	Trung bình-khá (n=114)	25 (21,9%)	89 (78,1%)	

Nhận xét: bệnh nhân người Kinh và Hoa có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn người Khơme ($p < 0,05$). Tỷ lệ đạt kiến thức BTM có liên quan đến trình độ học vấn và điều kiện kinh tế của bệnh nhân, những bệnh nhân có học vấn từ THPT trở lên và điều kiện kinh tế từ trung bình khá trở lên có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$).



Biểu đồ 2. Tương quan giữa điểm kiến thức và mức lọc cầu thận

Nhận xét: có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa mức lọc cầu thận và điểm kiến thức về bệnh thận mạn của bệnh nhân, $r = -0,42, p = 0,001$.

Bảng 6. Liên quan giữa thực hành tuân thủ điều trị với một số yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố liên quan		Thực hành tuân thủ điều trị		p
		Không đạt n=66 (%)	Đạt n=84 (%)	
Giới tính	Nam (n=77)	41 (53,2%)	36 (46,8%)	0,02 OR=2,2 (1,1-4,2)
	Nữ (n=73)	25 (34,2%)	48 (65,8%)	
Dân tộc	Kinh (n=97)	36 (37,1%)	61 (62,9%)	0,036
	Khome (n=43)	26 (60,5%)	17 (39,5%)	
	Hoa (n=10)	4 (40%)	6 (60%)	
Học vấn	THCS trở xuống (n=119)	58 (48,7%)	61 (51,3%)	0,02 OR=2,7 (1,1-6,6)
	THPT trở lên (n=31)	8 (25,8%)	23 (74,2%)	
Kinh tế	Thu nhập thấp (n=36)	33 (91,7%)	3 (8,3%)	0,001 OR=27 (7,7-94,2)
	Trung bình-khá (n=114)	33 (28,9%)	81 (71,1%)	

Nhận xét: có mối liên quan giữa thực hành điều trị với giới tính, dân tộc, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế của bệnh nhân trong nghiên cứu, $p < 0,05$.

Bảng 7. Hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành

Yếu tố	Kiến thức			Thực hành		
	B	p	OR (CI 95%)	B	p	OR (CI 95%)
Tuổi	0,024	0,298		0,026	0,229	
Giới tính	-0,66	0,126		-1,203	0,007	0,3 (0,1-0,7)
Học vấn	1,737	0,018	5,7 (1,4-23,4)	0,771	0,149	
Kinh tế	1,087	0,026	3,0 (1,1-7,7)	3,51	0,001	33,4 (8,2-135,7)
Dân tộc	0,12	0,89		0,433	0,549	
MLCT	-0,057	0,001	0,95 (0,92-0,97)	-0,016	0,250	

Nhận xét: trình độ học vấn, điều kiện kinh tế và MLCT có liên quan độc lập đến kiến

thức của bệnh nhân. Đối với thực hành, có liên quan với giới tính và điều kiện kinh tế.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam và nữ tương đối đều nhau. Đa số BN từ 41-60 tuổi, với tuổi trung bình là $51,32 \pm 10,04$. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của BTM, sau 40 tuổi MLCT bắt đầu giảm mỗi năm $1\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$. Đồng thời người lớn tuổi có tỷ lệ mắc các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường,... cao hơn, dẫn tới nguy cơ bệnh thận mạn cũng gia tăng [2]. Khoảng 2/3 bệnh nhân trong nghiên cứu là người Kinh, 54% làm nghề nông. Điều này phù hợp với tình hình phân bố dân tộc của địa bàn thành phố Sóc Trăng và đặc điểm nghề nghiệp vùng đồng bằng sông Cửu Long. Gần 80% BN có trình độ học vấn dưới THCS, đây là thực trạng cần được quan tâm do trình độ học vấn của người dân thấp sẽ là một thách thức cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành y tế. Về giai đoạn BTM, 62,7% BN có BTM giai đoạn 5 với MLCT trung bình là $17,86 \pm 14,91\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$. Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác với BTM giai đoạn 5 chiếm tỷ lệ cao [1], [8].

4.2. Kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn

Về kiến thức bệnh thận mạn, kết quả ghi nhận 70,7% bệnh nhân đạt kiến thức, với điểm trung bình là $12,6 \pm 5,2$ điểm (tổng 20 điểm). Điểm kiến thức ở nhóm đạt cao hơn nhiều so với nhóm không đạt ($p < 0,05$). Như vậy, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu biết được những kiến thức cơ bản về suy thận. John W. Stanifer ghi nhận điểm trung bình kiến thức của bệnh nhân ở Tanzania (châu Phi) là 3,28/10 điểm [10]. Điều này có thể giải thích do tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bệnh thận mạn, nhiều bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đã lâu nên hiểu về suy thận. Hơn nữa, các phương tiện thông tin đại chúng ngày càng phát triển, đặc biệt là điện thoại di động có kết nối internet tạo điều kiện cho bệnh nhân dễ dàng tiếp cận các thông tin về bệnh hơn.

Về thực hành tuân thủ điều trị, có 44% bệnh nhân không đạt trong thực hành điều trị bệnh thận mạn, tỷ lệ không đạt trong thay đổi lối sống chiếm 41,3%. Tổng điểm trung bình trong thực hành điều trị là $13,2 \pm 4,9$ điểm. Như vậy, hầu hết bệnh nhân không tuân thủ điều trị là không tuân thủ trong việc thay đổi lối sống. Nghiên cứu của tác giả Kailin L. Hsu (2015) ghi nhận tỷ lệ kém tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh thận mạn tại Baltimore là 52,56% [7], Smita Sontakke (2015) ghi nhận tỷ lệ không tuân thủ điều trị tại Ấn Độ là 34% [9], của Wubshet H. Tesfaye (2019) tại Úc là 42,57% [11].

Khi tìm hiểu lý do bệnh nhân chưa đạt trong thực hành tuân thủ điều trị, chúng tôi ghi nhận có 88,7% bệnh nhân quên uống thuốc/bỏ cử, 52,2% do điều kiện kinh tế khó khăn, 37% cảm thấy khoẻ hơn. Ngoài ra, có 28% bệnh nhân tự điều trị bằng các thuốc nam/thuốc bắc/thuốc đông y không rõ loại. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi cũng ghi nhận được kết quả tương tự. Tác giả Kailin L. Hsu cũng ghi nhận có 39% bệnh nhân uống thuốc không đúng cử, 71,4% quên uống thuốc, 10,4% tự ý tăng liều thuốc [7]. Smita Sontakke ghi nhận có 21% bệnh nhân bỏ thuốc, 21% tự ý tăng thuốc, 18% uống thuốc không đúng giờ. Lý do bệnh nhân không tuân thủ chủ yếu là do điều kiện kinh tế (62,74%), quên thuốc do liều phức tạp (58,82%), và lo sợ tác dụng phụ (47,05%) [9]. Nhận thấy, để tăng sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, bác sĩ lâm sàng cần tư vấn rõ tác dụng của thuốc, thời gian và cách sử dụng thuốc, đồng thời hạn chế kê toa các loại thuốc không cần thiết để giảm số lượng thuốc cho bệnh nhân, giảm chi phí điều trị.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn

Khi phân tích mối tương quan giữa kiến thức và thực hành, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan thuận mức độ chặt giữa điểm kiến thức và điểm thực hành điều trị, $r=0,71$, $p=0,001$. Dựa vào phương trình hồi quy $y=4,788+0,67x$, có thể dự đoán với mỗi 1 điểm kiến thức tăng lên, điểm thực hành sẽ tăng tương ứng 0,67 điểm. Để thực hành tốt một việc gì, trước tiên cần có kiến thức về vấn đề đó. Do vậy, bệnh nhân muốn thực hành tốt điều trị BTM đầu tiên cần có kiến thức tốt về bệnh. Kirsir Kvarnström tiến hành phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, kết luận kiến thức là yếu tố quan trọng trong thực hành điều trị, bệnh nhân không có kiến thức về bệnh là rào cản lớn, ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ không tuân thủ điều trị [6]. Nghiên cứu của tác giả Flavien Ngendahayo (2019) cũng ghi nhận có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa kiến thức và thực hành phòng ngừa BTM với hệ số tương quan $r=0,426$, $p=0,01$ [5].

Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa kiến thức và dân tộc của bệnh nhân. Cụ thể, bệnh nhân người Kinh (77,3%) và Hoa (80%) có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn người Khmer (53,5%, $p<0,05$). Điều này có thể giải thích do phần lớn người Khmer trong nghiên cứu có trình độ học vấn thấp - từ tiểu học trở xuống, và làm nghề nông là chủ yếu nên ít thời gian tiếp cận tới các thông tin về BTM. Liên quan giữa kiến thức và trình độ học vấn, trong nghiên cứu có 93,7% bệnh nhân có học vấn từ THPT trở lên đạt kiến thức, trong khi chỉ có 65,5% bệnh nhân học từ THCS trở xuống đạt, $p=0,007$. John W. Stanifer cũng kết luận nhóm đối tượng có trình độ học vấn trên trung học có điểm trung bình kiến thức BTM cao hơn nhóm tiểu học (5,01 so với 3,06, $p<0,05$) [10]. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận được mối liên quan giữa kiến thức và điều kiện kinh tế, bệnh nhân có thu nhập trung bình trở lên có tỷ lệ đạt kiến thức cao hơn bệnh nhân có thu nhập thấp (78,1% so với 47,2%, $p<0,05$). Bệnh nhân nghèo thường dành nhiều thời gian để lao động kiếm tiền hơn là học tập do đó ảnh hưởng đến kiến thức của bệnh nhân.

Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa MLCT và điểm kiến thức về BTM của bệnh nhân, phương trình hồi quy $y=15,048-0,137x$, với hệ số tương quan $r = -0,42$, $p=0,001$. Bệnh nhân có MLCT càng thấp thì điểm kiến thức càng cao và ngược lại. Trong tiêu chuẩn loại trừ, chúng tôi loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân bị đợt cấp suy thận mạn vì thể những bệnh nhân có MLCT thấp thường có thời gian mắc bệnh kéo dài. Do đó, bệnh nhân có thể có kiến thức về BTM từ chính những vấn đề bệnh nhân hiện có hoặc từ bác sĩ, nhân viên y tế cung cấp khi đi khám bệnh.

Về các mối liên quan đến thực hành tuân thủ điều trị, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đạt thực hành ở nữ cao hơn nam (68,5% so với 46,8%, $p<0,05$). Điều này có thể do nam giới thường uống rượu bia, hút thuốc lá, không tập thể dục,... đây là những thói quen xấu có ảnh hưởng đến tiến triển BTM. Do đó, khi can thiệp truyền thông bác sĩ cần giải thích rõ tầm quan trọng của việc thay đổi lối sống, đồng thời hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp để thay đổi chế độ ăn, cách hạn chế rượu bia, cách cai thuốc lá,... giúp BN tuân thủ trong việc thực hành điều trị. Chúng tôi ghi nhận có 74,2% bệnh nhân có trình độ học vấn THPT trở lên đạt thực hành, nhưng chỉ 51,3% bệnh nhân học vấn THCS trở xuống đạt. Ngoài ra, có 71,1% bệnh nhân có thu nhập trung bình trở lên thực hành đạt, nhưng chỉ có 8,3% bệnh nhân thu nhập thấp đạt ($p<0,05$). Bệnh nhân có học vấn thấp, nghèo thường không nhận biết được tầm quan trọng của việc thay đổi lối sống, và bên cạnh việc điều trị còn phải lao động để kiếm tiền do đó không thực hành đúng. Liên quan giữa thực hành và dân tộc, kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ ở nhóm người Kinh và Hoa cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người Khmer. Điều này giải thích do BN có kiến thức thấp, dẫn tới tỷ lệ đạt thực hành thấp.

Kết quả của chúng tôi tương tự như của Kirsi Kvarnström [6]

Sau khi phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành điều trị bệnh thận mạn, chúng tôi nhận thấy trình độ học vấn, điều kiện kinh tế và mức lọc cầu thận có liên quan độc lập đến kiến thức của bệnh nhân. Giới tính và điều kiện kinh tế có liên quan độc lập với thực hành điều trị, $p < 0,001$. Nghiên cứu của John W. Stanifer cũng ghi nhận tương tự [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn tại thành phố Sóc Trăng đạt kiến thức và đạt thực hành tuân thủ điều trị bệnh thận mạn còn tương đối thấp. Có mối liên quan giữa kiến thức và dân tộc, trình độ học vấn và điều kiện kinh tế. Đồng thời, có mối tương quan chặt giữa kiến thức và thực hành trong điều trị bệnh thận mạn, cần giáo dục để bệnh nhân có kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị tốt bệnh thận mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn và Nguyễn Cảnh Phú (2015), "Tình hình suy thận mạn tính ở một số vùng dân cư tỉnh Nghệ An", *tạp chí KH-CN Nghệ An*, 12, tr.25-32.
2. Đỗ Gia Tuyển (2012), "Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính", *Bệnh học nội khoa tập 1*, Nxb Y học, Hà Nội, tr.398-411
3. Amare Desalegn Wolide, et al. (2020), "Knowledge, attitude, and practices toward chronic kidney disease among care providers in Jimma town: cross-sectional study", *BMC Public Health*, 20, pp.1079-1086.
4. Esteban A. Cedillo C. (2018), "Self-reported Medication Adherence and CKD Progression", *Kidney Int Rep*, 3 (3), pp.645-651.
5. Flavien Ngendahayo, et al. (2019), "Chronic Kidney Disease (CKD): Knowledge of risk factors and preventive practices of CKD among students at a university in Rwanda", *Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences*, 2 (2), pp.185-193.
6. Kirsi Kvarnström, et al. (2021), "Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research", *Pharmaceutics*, 13 (7), pp.1-41.
7. Kailin L. Hsu, et al. (2015), "Self-reported medication adherence and adverse patient safety events in CKD", *Am J Kidney Dis*, 66 (4), pp.621-629.
8. Lloyd H., et al. (2019), "Prevalence and risk factors for chronic kidney disease in primary health care in the southern region of New Zealand", *Nephrology (Carlton)*, 24 (3), pp.308-315
9. Sontakke S., et al. (2015), "Evaluation of adherence to therapy in patients of chronic kidney disease", *Indian J Pharmacol*, 47 (6), pp.668-71.
10. Stanifer J. W., et al. (2016), "Knowledge, Attitudes, and Practices Associated with Chronic Kidney Disease in Northern Tanzania: A Community-Based Study", *PLoS One*, 11 (6), pp.e0156336.
11. Tesfaye W. H., et al. (2020), "Medication adherence, burden and health-related quality of life in adults with predialysis chronic kidney disease: a prospective cohort study", *Int J Environ Res Public Health*, 17 (1), pp.1-13.

(Ngày nhận bài: 10/08/2021 - Ngày duyệt đăng: 15/9/2021)
