KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ 45–60 TUỔI TẠI KHOA KHÁM BỆNH A – BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Trần Thị Quyền Nương[1]
Lưu Nguyễn Đức Hạnh[2]
Tô Thị Liên[2]
Võ Thị Ngọc Diệp[1]
Trần Thị Bảo Châu[1]
Lê Thị Bích Thảo[1]
Nguyễn Thị Mỹ Hậu[1]
Võ Trương Châu Ngọc[1]

[1] *Bệnh viện Hùng Vương, TP.HCM*
[2] *Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, TP.HCM*

Tác giả chịu trách nhiệm
Trần Thị Quyền Nương
Bệnh viện Hùng Vương, TP.HCM
Email: quyennuong16@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/08/2026
Ngày phản biện: 28/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 21/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0112

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành và xác định các yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa loãng xương ở phụ nữ 45–60 tuổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 428 phụ nữ 45–60 tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh A, Bệnh viện Hùng Vương (10/2025–7/2026), chọn mẫu thuận tiện; phân loại kiến thức, thái độ, thực hành theo điểm cắt trung vị.

Kết quả: Tỷ lệ kiến thức đúng, thái độ tích cực và thực hành tốt lần lượt là 53,7%, 50,5% và 57,9%; tỷ lệ bổ sung vitamin D (15,4%), canxi (24,8%) và uống đủ sữa (15,0%) thấp. Điểm kiến thức tương quan nghịch rất yếu với thực hành (r_s = –0,176; p < 0,001). Trong hồi quy logistic đa biến, thực hành tốt liên quan thuận với tuổi (aOR = 1,10; KTC 95%: 1,01–1,19), thông tin từ mạng xã hội (aOR = 2,30; KTC 95%: 1,35–3,91), tiền sử tầm soát (aOR = 3,46; KTC 95%: 1,71–6,98) và liên quan nghịch với thu nhập cao hơn (aOR = 0,51; KTC 95%: 0,37–0,71), kiến thức đúng (aOR = 0,50; KTC 95%: 0,30–0,85).

Kết luận: Khoảng một nửa đối tượng đạt kiến thức, thái độ, thực hành theo điểm cắt trung vị; hành vi dự phòng cốt lõi còn ít. Tiền sử tầm soát mật độ xương liên quan mạnh nhất với thực hành tốt, phù hợp vai trò "tín hiệu hành động".

Từ khóa: *Kiến thức, thái độ, thực hành, yếu tố liên quan, phòng ngừa loãng xương, phụ nữ tiền mãn kinh, mãn kinh*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý hệ thống diễn tiến âm thầm, đặc trưng bởi sự suy giảm khối lượng và thoái hóa cấu trúc vi mô của xương, làm tăng nguy cơ gãy xương [1]. Sự sụt giảm estrogen quanh giai đoạn mãn kinh làm tăng tốc độ hủy xương, khiến phụ nữ 45–60 tuổi là nhóm cần được dự phòng sớm [1]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ loãng

xương chung là 43,98% ở phụ nữ sau mãn kinh [2]. Can thiệp dự phòng sớm ở giai đoạn này bằng dinh dưỡng và vận động có ý nghĩa chiến lược bảo tồn mật độ khoáng xương [1].

Mặc dù có thể dự phòng bằng thay đổi lối sống và dinh dưỡng, thực tế ghi nhận một khoảng trống lớn về Kiến thức – Thái độ – Thực hành (KAP) trong cộng đồng [3], khiến các can thiệp thường bị bỏ lỡ ở giai đoạn "cửa sổ vàng". Sự thiếu hụt kiến thức đặc hiệu và rào cản tâm lý xã hội làm triệt tiêu động lực chuyển hóa nhận thức thành hành vi [4, 5]. Việc ứng dụng Mô hình Niềm tin Sức khỏe (Health Belief Model - HBM) là công cụ quan trọng giúp giải thích các rào cản hành vi này thông qua đánh giá nhận thức cá nhân và các tín hiệu hành động [5].

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả mức độ kiến thức, thái độ, đánh giá thực hành và phân tích các yếu tố liên quan đến dự phòng loãng xương ở phụ nữ 45–60 tuổi tại Bệnh viện Hùng Vương, qua đó cung cấp bằng chứng cho can thiệp giáo dục sức khỏe lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 428 phụ nữ từ 45–60 tuổi đến khám tại Khoa Khám bệnh A, Bệnh viện Hùng Vương. Tiêu chuẩn chọn: Phụ nữ minh mẫn, tự nguyện tham gia, đọc hiểu tiếng Việt. Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý/sử dụng thuốc gây loãng xương thứ phát (dùng corticosteroid ≥ 3 tháng); hạn chế vận động; đã hoặc đang điều trị loãng xương.

2.2. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 10/2025 đến tháng 7/2026 tại Khoa Khám bệnh A, Bệnh viện Hùng Vương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với p = 0,5, độ tin cậy 95%, sai số 5% kết hợp 10% dự phòng, đạt n = 428. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc được hiệu đính từ thang đo OKAT (Osteoporosis Knowledge Assessment Tool) và Mô hình HBM, gồm: (A) Thông tin chung; (B) Kiến thức (KR-20 = 0,75); (C) Thái độ (Cronbach's Alpha = 0,86); (D) Thực hành (Cronbach's Alpha = 0,63, mức chấp nhận được đối với thang đo hành vi ngắn đa thành phần; các kết quả liên quan đến điểm thực hành cần được diễn giải thận trọng). Khoảng điểm: Kiến thức 0–20, Thái độ 10–50, Thực hành 10–40; thang thực hành gồm 10 mục, bao gồm hành vi chủ động (vận động, uống sữa, bổ sung canxi, vitamin D) và hành vi tránh yếu tố nguy cơ (rượu bia, thuốc lá; tính điểm đảo). Việc phân loại "Kiến thức đúng" và "Thực hành tốt" được xác định qua điểm cắt là giá trị trung vị của mẫu.

2.5. Cơ sở xác định điểm cắt phân loại: Do chưa có ngưỡng phân loại lâm sàng chuẩn hóa cho phụ nữ Việt Nam, nghiên cứu áp dụng điểm cắt là giá trị trung vị nội bộ của mẫu khảo sát (Kiến thức ≥ 8/20 điểm; Thái độ ≥ 37/50 điểm; Thực hành ≥ 26/40 điểm). Việc chọn trung vị giúp phản ánh phân bố dữ liệu thực tế của mẫu và hạn chế ảnh hưởng từ các giá trị cực đoan. Tuy nhiên, cách phân loại này làm hạn chế khả năng so sánh tỷ lệ đạt với các nghiên cứu sử dụng điểm cắt cố định.

2.6. Xử lý số liệu: Dữ liệu phân tích qua SPSS. Dùng kiểm định Chi bình phương, tương quan Spearman và Hồi quy logistic nhị phân đa biến. Độ phù hợp của mô hình hồi quy được đánh giá qua kiểm định Hosmer–Lemeshow và đại lượng Nagelkerke R^2.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Nguyễn Tất Thành (Số 46/GCN-NTT, ngày 25/03/2026).

3. KẾT QUẢ

Trong 428 phụ nữ, tuổi trung bình là 50,22 ± 4,00; nhóm 45–49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%). Tỷ lệ đối tượng từng tầm soát đo mật độ khoáng xương chỉ chiếm 14,7%. Nguồn tiếp nhận thông tin chủ yếu từ bạn bè/gia đình (80,4%) và nhân viên y tế (64,5%).

Bảng 1. Mức độ Kiến thức, Thái độ và Thực hành phòng ngừa loãng xương (n=428)

Đặc điểm KAP	Trung bình ± ĐLC	Tỷ lệ đạt (%)
Kiến thức (0–20)	8,30 ± 3,73	53,7 (Kiến thức đúng: ≥ 8/20 điểm)
Thái độ (10–50)	36,70 ± 2,70	50,5 (Thái độ tích cực: ≥ 37/50 điểm)
Thực hành (10–40)	26,51 ± 3,34	57,9 (Thực hành tốt: ≥ 26/40 điểm)

Nghiên cứu ghi nhận lỗ hổng kiến thức ở các khía cạnh: chỉ 11,7% đối tượng biết bệnh diễn tiến âm thầm; 14,7% hiểu đúng về hoạt động thể lực và 19,2% biết uống canxi đơn thuần là chưa đủ. Về thực hành đặc hiệu, mức tuân thủ rất thấp đối với việc bổ sung vitamin D (15,4%), canxi (24,8%) và uống đủ 2 ly sữa/ngày (15,0%).

Bảng 2. Mối tương quan giữa điểm kiến thức, thái độ và thực hành

Cặp biến phân tích	Hệ số tương quan (r_s)	Giá trị p
Điểm kiến thức và Điểm thực hành	–0,176	< 0,001
Điểm thái độ và Điểm thực hành	0,093	0,055

**Kiểm định Spearman.*

Bảng 3. Mô hình hồi quy logistic nhị phân đa biến xác định yếu tố liên quan đến thực hành tốt

Các biến độc lập trong mô hình	aOR (OR hiệu chỉnh)	KTC 95%	Giá trị p
Phân loại Kiến thức (Đúng so với Kém)	0,50	0,30–0,85	0,010
Phân loại Thái độ (Tích cực so với Tiêu cực)	1,32	0,84–2,08	0,234
Tuổi (tăng 1 năm)	1,10	1,01–1,19	0,026
Trình độ học vấn (tăng 1 mức)	1,08	0,84–1,38	0,556
Thu nhập bình quân (tăng 1 mức)	0,51	0,37–0,71	< 0,001
Tình trạng mãn kinh (tăng 1 mức)	0,87	0,61–1,26	0,465
Có nguồn thông tin từ Bạn bè/Gia đình	1,22	0,70–2,11	0,483
Có nguồn thông tin từ Nhân viên y tế	0,77	0,47–1,27	0,306
Có nguồn thông tin từ Mạng xã hội	2,30	1,35–3,91	0,002
Tiền sử Tầm soát loãng xương (Đã từng so với Chưa)	3,46	1,71–6,98	< 0,001

*Biến phụ thuộc: Thực hành tốt (1) so với kém (0). Mô hình trình bày đầy đủ tất cả các biến độc lập hiệu chỉnh đồng thời. Chỉ số kiểm định độ phù hợp mô hình Hosmer–Lemeshow có p = 0,682 > 0,05 (mô hình tương thích tốt với dữ liệu); hệ số Nagelkerke R^2 = 0,285.

4. BÀN LUẬN

Nhóm đối tượng phụ nữ quanh mãn kinh (45–49 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), khẳng định bối cảnh tiếp cận phù hợp ở "cửa sổ vàng" để can thiệp dự phòng nhằm bảo tồn cấu trúc vi mô xương trước khi nồng độ estrogen sụt giảm đột ngột [1, 6]. Tuy nhiên, tỷ lệ từng tầm soát loãng xương chỉ đạt 14,7%, thấp hơn các số liệu được báo cáo tại Mỹ (21,1% ở phụ nữ 50–64 tuổi [7]), Nepal (37,3%) [8] và Ả Rập Xê Út (47,55%) [9]. Tính chất không triệu chứng của bệnh cho đến khi gãy xương và việc thiếu chỉ định hoặc lời khuyên tầm soát từ bác sĩ là những rào cản đã được ghi nhận [6, 9].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đúng đạt 53,7% và thực hành tốt đạt 57,9%. Tuy nhiên, do điểm cắt phân loại sử dụng giá trị trung vị nội bộ của mẫu, các tỷ lệ này mang tính chất tương đối. Sự so sánh với các nghiên cứu khác tại Việt Nam (như Lâm Đồng đạt 10,1% hay Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đạt 27,9% [3, 10]) cần được nhìn nhận cẩn trọng do sự khác biệt về công cụ, bối cảnh tuyển mẫu và phương pháp xác định điểm cắt (dùng giá trị trung bình hoặc tỷ lệ phần trăm điểm tối đa; ví dụ, nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 dùng ngưỡng 50% tổng điểm [10]).

Khi phân tích sâu các khía cạnh kiến thức đặc hiệu về phòng ngừa loãng xương, nghiên cứu đã phát hiện những lỗ hổng nhận thức đáng chú ý. Sai lầm phổ biến nhất thuộc về mệnh đề dinh dưỡng khi có tới 80,8% phụ nữ tin rằng "chỉ cần uống bổ sung canxi đơn thuần là đủ để ngăn ngừa tình trạng mất xương". Trong sinh lý học xương, sự hấp thu canxi tại ruột chịu ảnh hưởng đáng kể của tình trạng vitamin D; dự phòng loãng xương cần phối hợp canxi, vitamin D và vận động chịu lực, thay vì chỉ bổ sung canxi đơn thuần [6]. Quan niệm này có thể liên quan đến các thông điệp quảng cáo thương mại tập trung vào sản phẩm canxi mà ít đề cập vai trò của vitamin D và vận động; tuy nhiên, nghiên cứu chưa khảo sát trực tiếp nguồn hình thành quan niệm này.

Bên cạnh đó, rào cản nhận thức lớn thứ hai là có tới 88,3% phụ nữ không nhận thức được tính chất âm thầm, không triệu chứng của bệnh loãng xương trước khi xảy ra biến chứng gãy xương. Trên thực tế, loãng xương thường không có biểu hiện lâm sàng cho đến khi xảy ra gãy xương [6]. Việc hiểu sai rằng loãng xương sẽ có triệu chứng cảnh báo sớm khiến người bệnh nảy sinh tâm lý chủ quan, trì hoãn các biện pháp dự phòng chủ động ở giai đoạn quanh mãn kinh và chỉ tìm kiếm sự hỗ trợ y tế khi đã xuất hiện các biến chứng gãy xương hoặc đau đớn nghiêm trọng. Sự thiếu hụt nhận thức đặc hiệu này cũng tương đồng với các báo cáo của Đinh và Ngô (2024) và Ahmed và cộng sự (2023), tái khẳng định tầm quan trọng của việc truyền thông giáo dục sức khỏe có chiều sâu thay vì chỉ nhắc lại các thông điệp chung chung [11, 12].

Nghiên cứu ghi nhận mối tương quan nghịch rất yếu giữa điểm kiến thức và điểm thực hành ($r_s = -0,176$; $p < 0,001$); trong mô hình đa biến, nhóm có kiến thức đúng cũng có khả năng thực hành tốt thấp hơn (aOR = 0,50; KTC 95%: 0,30–0,85). Kết quả này không có nghĩa là kiến thức tốt dẫn đến thực hành kém. Với độ lớn tương quan rất nhỏ, kiến thức chỉ giải thích một phần rất hạn chế sự khác biệt về thực hành; mối liên quan nghịch nhiều khả năng phản ánh tác động của các yếu tố gây nhiễu về điều kiện kinh tế – xã hội và đặc thù công việc chưa được đo lường hoặc hiệu chỉnh đầy đủ, cùng với cấu trúc của thang đo thực hành. Thang đo thực hành gồm cả hành vi chủ động (vận động, uống sữa, bổ sung canxi, vitamin D) và hành vi tránh yếu tố

nguy cơ (rượu bia, thuốc lá; tính điểm đảo); do đó, một bộ phận phụ nữ có thể đạt điểm thực hành cao chủ yếu nhờ không sử dụng rượu bia, thuốc lá dù các hành vi chủ động chưa đạt khuyến nghị. Bên cạnh đó, thu nhập cao hơn liên quan nghịch với thực hành tốt (aOR = 0,51; KTC 95%: 0,37–0,71). Một giả thuyết có thể giải thích là phụ nữ có thu nhập cao hơn thường làm công việc văn phòng, có lối sống tĩnh tại, ít vận động thể lực và ít tiếp xúc ánh nắng; ngược lại, phụ nữ lao động chân tay có thể duy trì vận động chịu lực và tiếp xúc ánh nắng qua công việc hằng ngày – hai yếu tố có lợi cho sức khỏe xương [6]. Tuy nhiên, nghề nghiệp, mức độ hoạt động thể lực và thời gian tiếp xúc ánh nắng không được đưa vào mô hình đa biến, nên giả thuyết này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu tiếp theo.

Kết quả này khác với một số nghiên cứu trước: Elgzar và cộng sự (2023) tại Ả Rập Xê Út ghi nhận kiến thức về loãng xương và tình trạng có việc làm liên quan thuận với hành vi dự phòng; nhóm tác giả cũng nhận thấy tiếp xúc ánh nắng là hành vi đạt điểm thấp nhất và cho rằng lối sống tĩnh tại ở nhóm có điều kiện kinh tế – xã hội cao góp phần vào tình trạng này [4]. Khanal và cộng sự (2024) tại Nepal ghi nhận tương quan thuận giữa kiến thức và thực hành [8]. Tại An Giang, Nguyễn và cộng sự (2024) ghi nhận tỷ lệ lao động trí óc cao hơn ở nhóm loãng xương so với nhóm không loãng xương [13]. Sự khác biệt này cho thấy hành vi dự phòng không chỉ phụ thuộc vào kiến thức mà còn chịu ảnh hưởng của điều kiện kinh tế – xã hội, môi trường sống và quỹ thời gian cá nhân.

Theo Mô hình HBM, việc chuyển đổi từ nhận thức sang hành động thực tiễn đòi hỏi phải có sự xuất hiện của các kích thích phù hợp [5]. Phân tích đa biến của nghiên cứu đã xác định tiền sử từng tầm soát loãng xương là yếu tố có mức liên quan lớn nhất với thực hành tốt (aOR = 3,46; KTC 95%: 1,71–6,98). Do thiết kế cắt ngang, chưa xác định được trình tự thời gian giữa tầm soát và hành vi dự phòng; phụ nữ có ý thức dự phòng tốt cũng có thể chủ động đi tầm soát hơn.

Trong cấu trúc lý thuyết HBM, việc chỉ định đo mật độ khoáng xương hoặc sự tư vấn trực tiếp từ nhân viên y tế đóng vai trò là một "tín hiệu hành động" quan trọng [5]. Tín hiệu y khoa này giúp cụ thể hóa nhận thức cá nhân về "tính nhạy cảm" và "mức độ nghiêm trọng" của bệnh, có thể giúp giảm tâm lý chủ quan của phụ nữ trung niên đối với một căn bệnh tiến triển thầm lặng. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Alzain và cộng sự (2025) tại Ả Rập Xê Út, trong đó thiếu chỉ định và thiếu lời khuyên tầm soát từ bác sĩ là các rào cản thường gặp nhất [9]. Tại Việt Nam, Trần và cộng sự (2020) ghi nhận phụ nữ từng được tư vấn về loãng xương có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn nhóm chưa được tư vấn (50% so với 22,6%) [10].

Bên cạnh tín hiệu hành động lâm sàng, việc tiếp cận thông tin qua mạng xã hội cũng liên quan độc lập với thực hành tốt (aOR = 2,30; KTC 95%: 1,35–3,91). Trong kỷ nguyên số, các nền tảng mạng xã hội (Facebook, Zalo, YouTube) có lợi thế trong việc phổ biến thông tin nhờ khả năng lặp lại thông điệp liên tục, sử dụng hình ảnh trực quan và định dạng video ngắn, giúp củng cố niềm tin và nhắc nhở hành vi thường xuyên. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Alhouri và cộng sự (2022) và tổng quan của Ran và cộng sự (2025), cho thấy tiềm năng của các can thiệp sức khỏe xương trực tuyến [14, 15]. Tuy nhiên, do tính chất thông tin tự do trên internet có chất lượng không đồng đều, nghiên cứu nhấn mạnh thông tin y tế trên mạng xã hội chỉ thực sự mang lại hiệu quả dự phòng tích cực khi được định hướng, kiểm chứng và bảo trợ bởi các cơ sở y tế chính thống.

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế cần được ghi nhận khách quan:

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ cho phép ghi nhận các mối liên quan thống kê tại một thời điểm, hoàn toàn không xác định được mối quan hệ nhân quả giữa các biến số. Do đó, các mối liên hệ được thảo luận cần được diễn giải hết sức thận trọng.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện phi xác suất tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối có thể gây sai lệch chọn, làm giảm khả năng đại diện và khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể phụ nữ 45–60 tuổi ngoài cộng đồng.

Độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo thực hành chỉ đạt 0,63 (thấp hơn ngưỡng khuyến nghị 0,70 do bộ công cụ ngắn gồm 10 mục phản ánh nhiều miền hành vi tương đối độc lập), đòi hỏi các nghiên cứu tiếp theo cần thẩm định sâu hơn về cấu trúc thang đo.

Mối tương quan giữa kiến thức và thực hành rất yếu; một số yếu tố có thể gây nhiễu như nghề nghiệp, mức độ hoạt động thể lực, thời gian tiếp xúc ánh nắng và chế độ ăn chưa được đưa vào mô hình, nên không loại trừ nhiễu tồn dư. Việc phân loại theo điểm cắt trung vị của mẫu cũng hạn chế khả năng so sánh tỷ lệ đạt với các nghiên cứu khác.

Các nghiên cứu tiếp theo nên thực hiện đa trung tâm với phương pháp chọn mẫu xác suất, bổ sung các biến số nêu trên và đánh giá hiệu quả của các can thiệp tư vấn dựa trên Mô hình HBM.

6. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 53,7% phụ nữ có kiến thức đúng, 50,5% có thái độ tích cực và 57,9% có thực hành tốt theo điểm cắt trung vị mẫu (kiến thức ≥ 8/20, thái độ ≥ 37/50, thực hành ≥ 26/40 điểm); tỷ lệ thực hiện các hành vi cốt lõi như bổ sung vitamin D, canxi và uống đủ sữa còn thấp. Tiền sử từng tầm soát loãng xương, tiếp cận thông tin qua mạng xã hội và tuổi là các yếu tố liên quan độc lập với thực hành tốt; thu nhập cao hơn và nhóm có kiến thức đúng liên quan nghịch với thực hành tốt. Do thiết kế cắt ngang, kết quả không khẳng định mối quan hệ nhân quả.

Từ kết quả trên, tại phòng khám ngoại trú có thể triển khai: (1) tư vấn trực tiếp, ngắn gọn của điều dưỡng và bác sĩ trong thời gian chờ khám, tập trung vào các lỗ hổng kiến thức đã ghi nhận (bệnh diễn tiến âm thầm, vai trò của vitamin D và vận động chịu lực, hạn chế của việc chỉ bổ sung canxi); (2) đánh giá yếu tố nguy cơ và chỉ định đo mật độ xương theo hướng dẫn hiện hành cho người có chỉ định, kèm hướng dẫn hành vi dự phòng sau khi có kết quả; (3) phát tờ rơi, áp phích có nội dung chuẩn hóa tại khu vực chờ khám; (4) cung cấp thông tin về sức khỏe xương qua kênh mạng xã hội chính thức của bệnh viện để định hướng người bệnh đến nguồn thông tin tin cậy; (5) chú trọng tư vấn vận động thể lực và tiếp xúc ánh nắng hợp lý cho nhóm có thu nhập cao hơn và có lối sống tĩnh tại. Hiệu quả của các giải pháp này cần được đánh giá trong các nghiên cứu can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stokes G, Herath M, Samad N, Trinh A, Milat F. Bone health—across a woman's lifespan. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2025;102(4):389-402. doi:10.1111/cen.15203
2. Lại Thùy Dương, Nguyễn Thị Thanh Mai. Nghiên cứu thực trạng loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh đến khám tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;530(1):199-204. doi:10.51298/vmj.v530i1.6603
3. Đặng Ngọc Hùng, Nguyễn Đỗ Huy, Trần

Quốc Cường, và cộng sự. Kiến thức phòng ngừa loãng xương và mối liên quan đến giảm mật độ xương ở phụ nữ mãn kinh từ 45 tuổi trở lên tại tỉnh Lâm Đồng năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025;66(2):12-17. doi:10.52163/yhc.v66i2.2037

4. Elgzar WT, Nahari MH, Sayed SH, Ibrahim HA. Determinant of osteoporosis preventive behaviors among perimenopausal women: a cross-sectional study to explore the role of knowledge and health beliefs. *Nutrients*. 2023;15(13):3052. doi:10.3390/nu15133052
5. Alyafei A, Easton-Carr R. The health belief model of behavior change. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2024. Updated May 19, 2024. Accessed October 16, 2026. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/
6. LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2022;33(10):2049-2102. doi:10.1007/s00198-021-05900-y
7. De Roza JG, Koh DHM, Goh LJ. Impact of health beliefs and risk perception on willingness to undergo osteoporosis assessment among perimenopausal and menopausal women in primary care: a descriptive cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2025;26(1):150. doi:10.1186/s12875-025-02847-5
8. Khanal S, Rajbanshi M, Rana A, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding the prevention of osteoporosis among middle and old-aged women of Kirtipur Municipality, Nepal. *PLoS One*. 2024;19(10):e0312738. doi:10.1371/journal.pone.0312738
9. Alzain K, Alqahtani H, Alnami H, et al. Importance of osteoporosis screening in the perimenopausal age. *BMC Musculoskelet Disord*. 2025;26(1):941. doi:10.1186/s12891-025-09116-7
10. Trần Văn Nhuận, Dương Thanh Tùng, Nguyễn Minh Ngọc, Nguyễn Quang Huy, Trần Thanh Thủy. Kiến thức về bệnh loãng xương của phụ nữ đến đo mật độ xương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2020;15(Số đặc biệt):209-215.
11. Đinh Thị Thảo, Ngô Huy Hoàng. Kiến thức về bệnh loãng xương của người bệnh đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2024. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2024;7(5):42-51. doi:10.54436/jns.2024.05.869
12. Ahmed S, Farooqui AJ, Pradhan NA, et al. Assessing the knowledge, attitude and practice of osteoporosis among Pakistani women: a national social-media based survey. *PLoS One*. 2023;18(11):e0288057. doi:10.1371/journal.pone.0288057
13. Nguyễn Văn No, Đào Hoàng Giang, Hứa Hoài Tâm, Võ Quốc Phong. Thực trạng loãng xương ở phụ nữ trên 45 tuổi và nam giới trên 50 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tân Châu năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65(6):261-265. doi:10.52163/yhc.v65i6.1696
14. Alhouri A, Zahrawi H, Alasaad S, et al. Assessing the knowledge and attitude towards osteoporosis among Syrian women: a cross-sectional study. *Int J Rheumatol*. 2022;2022:6431151. doi:10.1155/2022/6431151
15. Ran J, Yang X, Li S, Peng W. A systematic review of research tools, research status and improvement measures for osteoporosis awareness in Chinese and international. *Int J Gen Med*. 2025;18:801-813. doi:10.2147/IJGM.S508268

ABSTRACT

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE AND ASSOCIATED FACTORS REGARDING OSTEOPOROSIS PREVENTION AMONG WOMEN AGED 45–60 AT OUTPATIENT DEPARTMENT A – HUNG VUONG HOSPITAL

Objective: To describe knowledge, attitude and practice regarding osteoporosis prevention and to identify factors associated with preventive practice among women aged 45–60 years.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted at Outpatient Department A, Hung Vuong Hospital, from October 2025 to July 2026. A sample of 428 women aged 45–60 years was selected using convenience sampling. Knowledge, attitude and practice were classified using sample median cut-offs.

Results: The proportion of participants with adequate knowledge was 53.7%, 50.5% demonstrated positive attitude and 57.9% demonstrated good preventive practice. Compliance remained low for core behaviors, including vitamin D supplementation (15.4%), calcium supplementation (24.8%) and adequate milk intake (15.0%). Knowledge scores showed a very weak inverse correlation with practice scores ($r_s = -0.176$; $p < 0.001$). In multivariable logistic regression, good practice was positively associated with age (aOR = 1.10; 95% CI: 1.01–1.19), social media health information (aOR = 2.30; 95% CI: 1.35–3.91) and prior osteoporosis screening (aOR = 3.46; 95% CI: 1.71–6.98), and negatively associated with higher income (aOR = 0.51; 95% CI: 0.37–0.71) and adequate knowledge (aOR = 0.50; 95% CI: 0.30–0.85).

Conclusion: About half of the participants met the median-based thresholds for knowledge, attitude and practice; core preventive behaviors were uncommon. Prior bone mineral density screening showed the strongest association with good practice, consistent with its role as a "cue to action".

Keywords: *Knowledge, attitude, practice, associated factors, osteoporosis prevention, perimenopausal women, menopausal women*