

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y-DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ
HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

TẠP CHÍ Y DƯỢC HUẾ

HUE JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY

Huế, 11-2025

► THỂ LỆ ĐĂNG BÀI ◀

Tạp chí Y Dược Huế, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế xuất bản 3 tháng/kỳ đối với số tiếng Việt và 04 tháng/kỳ đối với số tiếng Anh, phổ biến các kết quả nghiên cứu, cập nhật thông tin Y Dược học, những thông tin ở lĩnh vực Y - Dược học trong nước và quốc tế, thông tin về nghiên cứu và đào tạo của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Tạp chí được phát hành rộng rãi trên toàn quốc.

Công trình nghiên cứu khoa học gửi đăng phải chưa được đăng ở bất kỳ tạp chí khoa học nào.

1. Mẫu trình bày bài nghiên cứu khoa học:

- Báo cáo khoa học được đánh máy vi tính trên khổ giấy A4
- Bảng mã Unicode ; Font chữ : Times New Roman, Cỡ chữ 12, Cách dòng đơn
- Canh lề: lề trái 3 cm, lề phải 2 cm, lề trên 2 cm, lề dưới 2 cm

2. Báo cáo khoa học: có những phần được sắp xếp theo thứ tự sau đây:

- Tên đề tài nghiên cứu khoa học (cỡ chữ 14, in đậm, không in hoa, đặt ở giữa)
- Tên tác giả/nhóm tác giả: ghi bên dưới tiêu đề lớn, cỡ chữ 12, in nghiêng

Tóm tắt nghiên cứu (tiếng Việt) khoảng 200 - 300 từ. Phần tóm tắt được cấu trúc như sau: Đặt vấn đề (bao gồm cả mục tiêu nghiên cứu) ; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu; Kết quả ; Kết luận

Từ khoá : danh sách các từ khoá viết theo định dạng từ Medical Subject Headings (MeSH) theo hệ thống Index Medicus

Tóm tắt nghiên cứu (tiếng Anh) khoảng 200 - 300 từ, có cấu trúc như sau:

- Title (Cỡ chữ 12, không in hoa, đậm, đặt ở giữa)
- Author (Không dấu, ghi cơ quan bằng tiếng Anh) ; Background (including purposes); Materials and method; Results; Conclusion.

Key words:

Báo cáo toàn văn bao gồm: Đặt vấn đề và mục tiêu; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu; Kết quả; Bàn luận; Kết luận và kiến nghị; Tài liệu tham khảo; Phụ lục (nếu có)

Ảnh được quét đưa vào đúng chỗ hình minh họa và gửi kèm theo ảnh gốc (định dạng .JPEG). Danh từ tiếng Việt nếu được dịch từ tiếng nước ngoài phải được viết kèm theo từ nguyên gốc. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

Tài liệu tham khảo được trình bày theo thứ tự xuất hiện trong bài báo, không cần tách rời các thứ tiếng, có ghi số thứ tự trong dấu ngoặc vuông (ví dụ: [1], [2]) và cần được nêu lên ở cuối câu trong bài báo. Tài liệu tham khảo được trình bày theo chuẩn Vancouver.

3. Đối với các bài tổng quan, thông tin, bài dịch: cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Bài tổng quan cũng được chế bản và in trên giấy khổ A4 và không dài quá 10 trang kể cả biểu bảng và tài liệu tham khảo.

- Các thông tin, bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn

tài liệu và các thông tin biên dịch. Đối với bài dịch cần gửi kèm theo văn bản bài báo tiếng nước ngoài.

4. Bài gửi qua phần mềm quản lý huejimp.vn

5. Bài không được đăng, không trả lại bản thảo.

Tác giả chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, công luận và những quy định liên quan đến Luật báo chí và Quyền tác giả.

BAN BIÊN TẬP

► FORMATTING GUIDELINES ◀

Hue Journal of Medicine and Pharmacy - Hue University of Medicine and Pharmacy publishes seven issues per year, aiming to disseminate research results and update information on medicine and pharmacy, and training and education activities of Hue University of Medicine and Pharmacy. The Journal is widely distributed throughout the country.

All submitting papers must not be published in any journals before.

1. General rules

- Use typescript in A4 paper
- Use Unicode Encodings, Fonts: Times New Roman, Size: 12, Spacing lines: 1.0
- Margins: Left: 3 cm; Right: 2 cm, Top: 2 cm, Bottom: 2 cm

2. Title

- Title: size: 14, no Bold, Center Text
- Authors: written below title, size 12

3. Abstract

- In about 200-300 words, including: Background (including objectives), Materials and Methods, Results, Conclusions.
- Keywords: List of key words using Medical Subject Headings (MeSH) with Index Medicus.

4. Full text

- Structures: Background/Introduction, Objectives, Materials and Methods, Results, Conclusions & Recommendations, References, and Appendix (if available)
- Total number of charts and pictures should not be over six figures.
- Clip arts are formatted with .JPEG and must be sent together with original pictures to Editorial Board.
- References: Cite references in the text sequentially in the Vancouver numbering style. For example: ...as reported by Linh and colleagues [15]
- Literature Review Paper: The review is not exceeding 10 pages including tables and references. Original paper, full references and data sources quoted in the paper must be included in the submission.

5. Submission: Papers can be submitted directly to huejimp.vn

6. The authors are responsible for their own papers and should be aware of their publication to the public as well as following the provisions of Press Law and Copyrights.

EDITORS

SỐ ĐẶC BIỆT

HỘI NGHỊ KHOA HỌC ĐIỀU DƯỠNG MỞ RỘNG LẦN THỨ IX NĂM 2025
“CHUYỂN ĐỔI SỐ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE
VAI TRÒ MỚI CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG”
THÁNG 11/2025

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

BAN BIÊN TẬP

1. GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy	Chủ tịch
2. PGS.TS. Nguyễn Minh Tâm	Phó Chủ tịch
3. TS. Đào Nguyễn Diệu Trang	Phó Chủ tịch
4. PGS.TS. Nguyễn Khoa Hùng	Ủy viên
5. PGS.TS. Đặng Công Thuận	Ủy viên
6. PGS.TS. Nguyễn Thanh Thảo	Ủy viên
7. TS. Hồ Duy Bính	Ủy viên
8. TS. Dương Thị Ngọc Lan	Ủy viên
9. PGS.TS. Lê Văn An	Ủy viên
10. PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Hoa	Ủy viên
11. TS. Mai Bá Hải	Ủy viên
12. TS. Hồ Thị Thuỳ Trang	Ủy viên
13. TS. Nguyễn Thị Phương Thảo	Ủy viên
14. TS. Nguyễn Thị Minh Thành	Ủy viên

BAN THƯ KÝ

1. Hồ Thị Mỹ Yến	Trưởng Ban
2. Võ Thanh Tôn	Ủy viên
3. Nguyễn Trường Sơn	Ủy viên
4. Trần Thị Hằng	Ủy viên
5. Hoàng Thị Phương Thảo	Ủy viên
6. Nguyễn Thị Mỹ Diệu	Ủy viên

LỜI MỞ ĐẦU

Kính gửi Quý độc giả, Quý đồng nghiệp và các nhà khoa học,

Trong kỷ nguyên cách mạng công nghiệp lần thứ tư, chuyển đổi số đang trở thành động lực then chốt thúc đẩy đổi mới sáng tạo trong mọi lĩnh vực, đặc biệt là y tế và chăm sóc sức khỏe. Sự phát triển của công nghệ thông tin, trí tuệ nhân tạo, dữ liệu lớn và y học số mở ra nhiều cơ hội mới cho ngành điều dưỡng - lực lượng nòng cốt của hệ thống y tế.

Người điều dưỡng hôm nay không chỉ thực hiện chăm sóc người bệnh mà còn là người sử dụng, sáng tạo và quản lý thông tin số, góp phần xây dựng mô hình chăm sóc thông minh, an toàn và lấy người bệnh làm trung tâm. Song song đó, chuyển đổi số trong giáo dục điều dưỡng thúc đẩy đổi mới phương pháp giảng dạy, học tập và đánh giá, giúp người học phát triển năng lực chuyên môn và tư duy số phù hợp với môi trường y tế hiện đại.

Hướng tới mục tiêu đó, Hội nghị Khoa học Điều dưỡng Mở rộng lần thứ IX năm 2025 được tổ chức với chủ đề **“Chuyển đổi số trong chăm sóc sức khỏe - Vai trò mới của người điều dưỡng”**. Hội nghị là diễn đàn uy tín để các nhà quản lý, giảng viên, nghiên cứu viên và điều dưỡng viên chia sẻ kết quả nghiên cứu, sáng kiến và kinh nghiệm ứng dụng công nghệ số trong chăm sóc, quản lý và đào tạo điều dưỡng, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng chất lượng cao.

Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế trân trọng giới thiệu Số đặc biệt nhân dịp hội nghị này. Các công trình được tuyển chọn phản ánh bức tranh toàn diện về chuyển đổi số trong chăm sóc và giáo dục điều dưỡng, thể hiện tâm huyết, trí tuệ và tinh thần đổi mới của đội ngũ điều dưỡng Việt Nam - những người tiên phong làm chủ công nghệ, kiến tạo giá trị mới trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Ban Biên tập xin chân thành cảm ơn các tác giả, chuyên gia phản biện, cơ sở đào tạo và đơn vị y tế trên toàn quốc đã đồng hành cùng tạp chí trong hành trình lan tỏa tri thức, thúc đẩy nghiên cứu và khẳng định vị thế của ngành điều dưỡng Việt Nam trong thời đại số.

Kính chúc Quý đồng nghiệp và bạn đọc sức khỏe, thành công và luôn giữ vững tinh thần sáng tạo vì một nền y tế Việt Nam thông minh, nhân văn và bền vững.

Huế, ngày 14 tháng 11 năm 2025

HIỆU TRƯỞNG

Nguyễn Vũ Quốc Huy

MỤC LỤC

Số đặc biệt

Hội nghị Khoa học Điều dưỡng mở rộng lần thứ IX, tháng 11/2025

1.	Ý định áp dụng trí tuệ nhân tạo trong thực hành chăm sóc và các yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng Intention to adopt Artificial Intelligence in healthcare practice and related factors of nursing students <i>Đỗ Thị Hoài Thanh, Lưu Thị Thủy, Vũ Văn Đầu</i>	13-20
2.	Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập và các yếu tố liên quan ở sinh viên và học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng Utilization of ChatGPT in learning and associated factors among students at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy <i>Lưu Thị Thủy, Trần Thị Hoàng Oanh, Lê Thị Ánh Tuyết, Nguyễn Hòa Vân Chi, Nguyễn Hương Giang, Nguyễn Thị Ái Ny, Trần Thị Thu Trang</i>	21-28
3.	Cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2024 Improving the quality of care and enhancing the satisfaction of women after caesarean section at Ninh Thuan General Hospital in 2024 <i>Bành Thị Danh Nguyên, Từ Thị Hà</i>	29-37
4.	Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì bằng quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn với mão zirconia nguyên khối CAD/CAM Evaluation of changes in quality of life and patient satisfaction after immediate loading of single-tooth implants using a two-visit fully digital workflow with monolithic zirconia CAD/CAM crowns <i>Đỗ Thành Tín, Nguyễn Thị Thùy Dương, Bùi Ngọc Huyền Trang, Phan Toàn Khoa, Đặng Minh Huy, Trần Tấn Tài</i>	38-44
5.	Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Study on factors related to pain and sleep quality of postpartum women after cesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital <i>Nguyễn Thị Thúy Lan, Nguyễn Thị Mây, Trần Thị Tuyết, Đinh Bảo Kim Quy, Hoàng Thị Phương Thảo, Dương Thị Hồng Liên, Trương Thị Hân, Hoàng Thế Hiệp, Tôn Nữ Minh Đức</i>	45-55
6.	Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ trên bệnh nhân ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ - Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế Study on the relationship between pain and sleep quality in cancer patients at the Palliative Care Department, Cancer Center, Hue Central Hospital <i>Phạm Nguyên Tường, Đậu Thị Thanh, Nguyễn Thị Giang, Đặng Thị Thanh Loan, Tôn Nữ Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Diệu My, Tôn Nữ Minh Đức</i>	56-66
7.	Đặc điểm dịch tễ học và nguyên nhân gây ngộ độc cấp tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023 Epidemiological characteristics and causes of acute poisoning at Nghe An General Friendship Hospital, 2023 <i>Trần Thị Lý, Lê Thị Lương, Cao Thị Thương, Nguyễn Thị Thủy</i>	67-73

8.	Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng Adherence to urate-lowering therapy and associated factors among patients with gout at the Outpatient Department, Da Nang C Hospital	74-80
	<i>Trần Thị Thu, Võ Thị Xoan</i>	
9.	Nghiên cứu lo âu, stress và các yếu tố liên quan của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi Research on anxiety, stress situation and related factors among HIV/AIDS patients at Quang Ngai Province Centre for Disease Control	81-88
	<i>Nguyễn Thị Hương, Hồ Minh Công, Đặng Thị Anh Thư</i>	
10.	Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính và các yếu tố liên quan Palliative care needs among patients with chronic heart failure and related factors	89-95
	<i>Lê Thị Xuân, Đặng Thị Thanh Huyền, Đinh Thị Thùy Linh</i>	
11.	Kiến thức tự quản lý hen và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Huế năm 2024 Knowledge on asthma self management and related factors among out treatment asthma patients at Hue city Medical Center in 2024	96-104
	<i>Phan Thị Diệu Hương, Phạm Thị Thanh Hoà, Nguyễn Trường Sơn</i>	
12.	Khảo sát tỉ lệ trào ngược dạ dày - thực quản và các yếu tố liên quan ở sinh viên Cao đẳng Y tế Huế Prevalence of Gastroesophageal reflux disease and related factors among students at Hue Medical College	105-114
	<i>Hồ Thị Kim Ngân, Nguyễn Yến Nhi, Đặng Thị Trinh, Văn Hải Anh</i>	
13.	Mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về đột quỵ não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Relationship between information sources and knowledge about stroke in patients with hypertension at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital	115-122
	<i>Hà Thị Thanh Trang, Lê Văn An, Lăng Thị Thu Xuân</i>	
14.	Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Sleep quality and related factors among older adult patients with hypertension at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital	123-129
	<i>Châu Thị Minh Thư, Đặng Thị Thanh Phúc, Đào Nguyễn Diệu Trang</i>	
15.	Ứng dụng liệu pháp trị liệu bổ sung và thay thế trong giảm đau mạn tính ở người cao tuổi: nghiên cứu mô tả cắt ngang Applying complementary and alternative therapies for chronic pain relief in the elderly: a cross- sectional study	130-137
	<i>Nguyễn Thị Thu Triều, Nguyễn Thị Yến Hoài, Phạm Thị Thuý</i>	
16.	Kỹ năng sử dụng và mức độ tuân thủ dụng cụ hít ở bệnh nhân HPQ, COPD và ACOS tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Skills in using and adherence to inhaler devices among patients with asthma, COPD, and ACOS at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital	138-145
	<i>Trần Thị Ngọc Anh, Hoàng Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Mỹ Diệu, Dương Thị Ngọc Lan</i>	

17.	Đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang đo Braden ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú và các yếu tố liên quan Assessment of pressure ulcer risk using the braden scale among hospitalized elderly patients and associated factors <i>Phạm Thị Thúy Vũ, Đặng Thị Thanh Loan, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn</i>	146-154
18.	Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Factors related to depression among older adults with chronic diseases at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital <i>Trần Thị Thu Hằng, Lê Thị Ý Nhi, Nguyễn Thị Nguyệt, Đặng Thị Thanh Phúc</i>	155-162
19.	Nỗi sợ sinh con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại một số phường thuộc thành phố Huế: Nghiên cứu pilot tại cộng đồng Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Hue city: a pilot study <i>Nguyễn Thị Nga, Vũ Thị Cúc, Nguyễn Quang Ngọc Linh Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thị Hường</i>	163-169
20.	Đánh giá kết quả chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật tạo hình bằng vạt nhánh xuyên ngẫu nhiên tại bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế Evaluation of postoperative care and monitoring outcomes following reconstruction with freestyle pedicled perforator flaps at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital <i>Trần Nhật Tiến, Nguyễn Hải Phong, Nguyễn Thị Thành, Lê Hồng Phúc</i>	170-178
21.	Nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới và các yếu tố liên quan Preoperative surgical fear among patients with lower extremity wounds and its factors <i>Huỳnh Thị Thu Thảo, Trần Thị Hằng, Hồ Mẫn Trường Phú, Hồ Thị Thuỳ Trang</i>	179-187
22.	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các hoạt động chăm sóc đái tháo đường trẻ em tại một số bệnh viện của thành phố Huế Study on clinical, para-clinical characteristics and Nursing care of pediatric diabetes in some hospitals at Hue City <i>Trần Thị Diệu Oanh, Nguyễn Thị Anh Phương</i>	188-196
23.	Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi quản lý sốt phiên bản Tiếng Việt (FMQ) Validity and reliability of the Vietnamese version of the Fever Management Questionnaire (FMQ) <i>Nguyễn Thị Thanh Thanh, Nguyễn Thị Minh Thành, Dương Thị Quỳnh Trâm, Đoàn Võ Tuyết Huyền</i>	197-203
24.	Đánh giá nguy cơ té ngã trong bệnh viện: Tổng quan hệ thống về các công cụ và bối cảnh áp dụng Fall risk assessment in hospitals: a systematic review of tools and contexts of application <i>Nguyễn Thị Phương Thảo, Phạm Thị Thuỳ Loan, Nguyễn Văn Tài</i>	204-214
25.	Tác động của nhận thức về đạo đức và giá trị nghề nghiệp đến hành vi chăm sóc người bệnh của sinh viên điều dưỡng The impact of moral sensitivity and professional values on nursing students' caring behaviors <i>Lưu Thị Kiều Trinh, Trần Thị Tuyết Linh</i>	215-222
26.	Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên cao đẳng điều dưỡng: Nghiên cứu tại thành phố Đà Nẵng Self-directed learning ability of nursing college students: A study in Da Nang city <i>Trần Thị Trường An, Lưu Thị Thuý, Vũ Văn Đầu</i>	223-229

27.	Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của cán bộ y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam Situation of patient safety culture in medical staffs at Quang Nam General Hospital <i>Ngô Viết Lộc, Nguyễn Thị Hường, Nguyễn Thị Yên</i>	230-236
28.	Khảo sát hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và các yếu tố liên quan <i>Survey of patient safety management activities among nursing students at University of Medicine and Pharmacy, Hue University and influencing factors</i> <i>Hồ Thị Mỹ Yến, Nguyễn Thọ Toàn, Đặng Thị Thanh Phúc, Hoàng Thị Hà Vi, Đào Nguyễn Diệu Trang</i>	237-243
29.	Năng lực an toàn người bệnh ở sinh viên điều dưỡng năm cuối: Vai trò của sự tự tin và tư duy phản biện Patient safety competence among final-year nursing students: The influence of self - efficacy and critical thinking <i>Dương Thị Kiều Trang, Trần Thị Tuyết Linh, Võ Thị Xoan, Ngô Thị Thu Huyền, Lưu Thị Thủy</i>	244-251
30.	Mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng The relationship between nurses' competence and patient safety management activities <i>Hồ Duy Bình, Trần Thái Tuấn, Bành Thị Danh Nguyên, Võ Bảo Dũng, Trương Thị Hương, Hồ Thị Mỹ Yến</i>	252-259
31.	Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và các hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng The relationship between patient safety culture and nurses' patient safety management activities <i>Hồ Duy Bình, Dương Thị Ngọc Lan, Nguyễn Khoa Hùng, Nguyễn Thị Luyến, Nguyễn Minh Hải, Đặng Thị Thanh Phúc</i>	260-268
32.	Năng lực về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng và các yếu tố liên quan Patient safety competencies of nursing students in clinical practice settings and associated factors <i>Phạm Thị Thúy Vũ, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn</i>	269-277

Ý định áp dụng trí tuệ nhân tạo trong thực hành chăm sóc và các yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng

Đỗ Thị Hoài Thanh^{1*}, Lưu Thị Thuý¹, Vũ Văn Đầu²

¹ Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

² Khoa Điều dưỡng - Hộ sinh, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Hoài Thanh, email: dothihoaithanh@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 11/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 06/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sự phát triển của trí tuệ nhân tạo (AI) đã mở ra nhiều tiềm năng trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là trong thực hành điều dưỡng. Tuy nhiên, nghiên cứu về ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm mô tả ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng và xác định các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 288 sinh viên điều dưỡng tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng từ tháng 3/2025 đến tháng 4/2025. Thống kê mô tả và các phép kiểm phi tham số được sử dụng để phân tích số liệu với $p < 0,05$.

Kết quả: Có 60,4% sinh viên có ý định cao trong việc áp dụng AI, với điểm trung bình là $3,63 \pm 0,62$. Mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng có mối liên quan với ý định áp dụng AI ($p < 0,05$).

Kết luận: Đa số sinh viên điều dưỡng thể hiện ý định mạnh mẽ trong việc áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Cần tích hợp nội dung về AI và kỹ năng số vào chương trình đào tạo, đồng thời tạo cơ hội cho sinh viên tiếp cận thực tiễn ứng dụng AI. Các nghiên cứu tiếp theo nên tập trung làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến ý định áp dụng AI nhằm định hướng đào tạo phù hợp trong bối cảnh chuyển đổi số.

Từ khóa: AI, Sinh viên điều dưỡng, Trí tuệ nhân tạo, Ý định áp dụng.

Intention to adopt Artificial Intelligence in healthcare practice and related factors of nursing students

Do Thi Hoai Thanh^{1*}, Luu Thi Thuy¹, Vu Van Dau²

¹ Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

² Nursing and Midwifery Faculty, Nam Dinh University of Nursing

Abstract

Background: The advancement of Artificial Intelligence (AI) has unlocked significant potential in healthcare, particularly in nursing practice. Despite this, empirical evidence regarding nursing students' intention to adopt AI in their future practice remains limited. This study was conducted to assess nursing students' intention to adopt AI in healthcare practice and identify associated factors.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional design was employed. A total of 288 nursing students were recruited from Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy during a two-month period (March-April 2025). Data analysis was performed using descriptive and non-parametric statistical methods, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The results revealed that a substantial proportion of students (60.4%) reported a high intention to adopt AI, with an overall mean score of 3.63 ± 0.62 . A statistically significant relationship was observed between students' intention to adopt AI with their level of understanding of AI's role in nursing practice ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings suggest a generally positive disposition toward AI adoption among the nursing student population. The results highlight the critical need for curriculum reform to integrate AI-related competencies and digital skills. Future research should expand upon these findings to uncover other latent

variables influencing students' intention to adopt AI in nursing practice, thereby guiding the formulation of evidence-based educational policies in response to the demands of digital health.

Keyword: Artificial Intelligence, AI, intention to apply, Nursing students.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm về máy móc có khả năng suy nghĩ đã xuất hiện từ thời cổ đại, nhưng phải đến giữa thế kỷ 20, những nghiên cứu về AI mới thực sự bắt đầu [1, 2]. Từ những năm 2000 đến nay, AI đã đạt được những bước tiến vượt bậc nhờ sự phát triển của học sâu (Deep Learning), dữ liệu lớn (Big Data) và điện toán đám mây (Cloud Computing), được ứng dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực như y tế, giáo dục, tài chính, giao thông và giải trí [3]. Hiện nay trong lĩnh vực y học, những ứng dụng của AI giúp chẩn đoán chính xác, phát hiện sớm, dự đoán, điều trị và phòng ngừa các biến chứng, quản lý các bệnh mãn tính, phân tích hình ảnh y tế, quản lý hồ sơ bệnh án và thậm chí thực hiện phẫu thuật ... [4, 5]. AI hỗ trợ cá nhân hóa điều trị, phân tích dự đoán và tối ưu hóa quy trình làm việc, hỗ trợ ra quyết định lâm sàng, chăm sóc người bệnh và khám phát thuốc, nghiên cứu khoa học, cách mạng hóa các khía cạnh y tế khác nhau [6, 7]. Trong thực hành chăm sóc, AI đã được ứng dụng nhằm hỗ trợ điều dưỡng phát hiện vấn đề sức khỏe của người bệnh, ra quyết định lâm sàng, theo dõi người bệnh, tối ưu hóa quy trình làm việc, từ đó tăng sự hài lòng của người bệnh [8, 9]. AI có tiềm năng mang lại những thay đổi tích cực trong chăm sóc sức khỏe và trao quyền cho người bệnh bằng cách cung cấp cho họ nhiều quyền kiểm soát hơn đối với sức khỏe của họ. Trong những năm gần đây, AI đã được sử dụng để cải thiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo nhiều cách khác nhau, từ cung cấp thông tin sức khỏe được cá nhân hóa đến cho phép tham vấn ảo và theo dõi từ xa [10]. Có thể thấy, việc ứng dụng AI giúp điều dưỡng nâng cao chất lượng chăm sóc, mang lại lợi ích cho cả người bệnh lẫn hệ thống y tế [11].

Vừa qua, Ban chấp hành Trung ương đã ra Nghị quyết số 57-NQ/TW ngày 22/12/2024 về đột phá phát triển khoa học, công nghệ, đổi mới sáng tạo và chuyển đổi số quốc gia nhằm thúc đẩy sự phát triển của Khoa học công nghệ, đổi mới, sáng tạo, chuyển đổi số phù hợp đầy đủ và sâu sắc hơn trong cuộc cách mạng công nghiệp lần thứ 4, bắt kịp với xu thế thời đại [12]. Trong những năm gần đây, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành nhiều văn bản pháp lý quan trọng nhằm thúc đẩy quá trình chuyển đổi số và ứng dụng AI trong lĩnh vực y tế, đặc biệt trong hoạt động chăm sóc điều dưỡng [13-15]. Những quy định này cho thấy rõ định hướng chiến lược của ngành y tế trong

việc số hóa hoạt động chuyên môn, đồng thời mở rộng cơ hội cho sinh viên điều dưỡng tiếp cận công nghệ, nâng cao năng lực thực hành và chất lượng chăm sóc người bệnh trong kỷ nguyên số. Sinh viên điều dưỡng là lực lượng điều dưỡng kế cận, đóng vai trò quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Không chỉ trong tương lai, ngay ở hiện tại, sinh viên điều dưỡng đang góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc, cải thiện sự thoải mái và hài lòng của người bệnh. Bên cạnh đó, sự hiện diện của sinh viên còn giúp giảm tải công việc cho điều dưỡng và góp phần thúc đẩy tinh thần làm việc của họ [5].

Theo mô hình kết hợp Chấp nhận công nghệ và học thuyết hành vi có kế hoạch C-TAM-TPB (Combined - Technology Acceptance Model - Theory of Planned Behavior), ý định hành vi là mức độ mà một cá nhân có kế hoạch hoặc sẵn sàng thực hiện một hành vi cụ thể, nó phản ánh động lực và quyết tâm của một người để thực hiện hành động [16]. Ý định hành vi là yếu tố dự đoán trực tiếp của hành vi, sinh viên có ý định cao thì khả năng trở thành hành vi thực tế trong việc ứng dụng công nghệ cũng sẽ cao hơn [16]. Trong bối cảnh AI phát triển mạnh mẽ và xu hướng số hóa trong lĩnh vực y tế, việc tìm hiểu thực trạng ý định áp dụng của sinh viên là một vấn đề quan trọng để nắm bắt mức độ sẵn sàng áp dụng AI vào thực hành điều dưỡng của sinh viên hiện tại và trong tương lai. Việc trang bị tốt cho sinh viên điều dưỡng khả năng tiếp cận, sự sẵn sàng và ý định ứng dụng AI vào thực hành lâm sàng ngay từ chương trình đào tạo tại trường càng trở nên cấp thiết, giúp sinh viên bắt kịp tiến bộ công nghệ, từ đó góp phần đảm bảo rằng đội ngũ điều dưỡng trong tương lai có thể áp dụng AI một cách hiệu quả vì lợi ích của người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe [11].

Hiện nay, các nghiên cứu về AI trong đào tạo điều dưỡng đang gia tăng đáng kể. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung vào ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng của sinh viên, cả ở Việt Nam và trên thế giới, vẫn còn hạn chế. Việc hiểu rõ ý định áp dụng AI và các yếu tố liên quan sẽ cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng giúp các nhà giáo dục cải tiến chương trình đào tạo, nâng cao năng lực ứng dụng AI cho sinh viên điều dưỡng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả ý định áp dụng AI vào trong thực hành chăm sóc và xác định một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên đại học Điều dưỡng của Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn là sinh viên đang theo học ngành Điều dưỡng bậc Đại học hệ chính quy từ năm 1 đến năm 4 tại thời điểm thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: sinh viên không có mặt tại thời điểm khảo sát, sinh viên không hoàn thành phiếu điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025 tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính trung bình quần thể như sau:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó: khoảng tin cậy ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$), biên độ sai số 10% (d), $\sigma = 0,79$ là độ lệch chuẩn theo nghiên cứu của Leodoro và cộng sự [11]. Với tỉ lệ không phản hồi giả định là 20%, cỡ mẫu tối thiểu là 288 người tham gia.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu định mức kết hợp chọn mẫu hệ thống.

Giai đoạn 1: Chia cỡ mẫu cho từng lớp học dựa theo tỉ lệ số lượng sinh viên của mỗi lớp.

Giai đoạn 2: Tại mỗi lớp, áp dụng chọn mẫu hệ thống để chọn sinh viên tham gia nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu: là một bộ câu hỏi tự điền, gồm 3 phần như sau:

Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, bao gồm tuổi, giới tính, năm học, kết quả học tập, thời gian sử dụng internet trong ngày, tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI, hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng.

Trong đó: Kết quả học tập là kết quả học tập tích lũy của các học kỳ trước đó đến thời điểm khảo sát, được phân loại theo các nhóm là Xuất sắc (3,6 - 4,0); Giỏi (3,2 - 3,5); Khá (2,5 - 3,1); Trung bình (2,0 - 2,4) và Yếu (1,0 - 1,9). Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng là mức độ sinh viên tự đánh giá sự hiểu biết của bản thân về AI trong lĩnh vực thực hành điều dưỡng dựa trên thang điểm 10, tương ứng với 5 mức độ: Xuất sắc (9 đến 10 điểm. Hiểu kiến thức chuyên sâu, có thể tự nghiên cứu, áp dụng AI vào các dự án và các tình huống phức tạp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng, có thể hướng dẫn người khác); Tốt (8 đến dưới 9 điểm. Hiểu kiến thức cơ bản và nâng cao, biết các ứng dụng của AI để giải quyết được đa số các bài tập, dự án, tình huống trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng); Khá (7 đến dưới 8 điểm. Hiểu kiến thức cơ bản, biết các ứng dụng của AI để giải quyết các bài

tập, tình huống đơn giản thường gặp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng); Trung bình (5 đến dưới 7 điểm. Hiểu khái niệm và một số kiến thức cơ bản, biết các ứng dụng AI để giải quyết các tình huống thường gặp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng nhưng còn yếu và cần nhiều sự hỗ trợ); Kém (dưới 5 điểm. Chỉ biết AI sơ lược, chưa nắm thuật toán hay công cụ có thể ứng dụng trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng, cần học lại từ cơ bản) [17].

Phần 2: Ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Chúng tôi sử dụng thang đo ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng do Leodoro và cộng sự (2023) phát triển với hệ số Cronbach' alpha là 0,91 [11]. Thang đo gồm 3 câu hỏi nhằm khảo sát ý định của người tham gia sử dụng AI trong tương lai. Những người tham gia đánh giá sự đồng ý của họ trên thang điểm Likert 5 điểm, từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý). Điểm số được tính bằng trung bình cộng của các câu trả lời. Điểm càng cao thì ý định áp dụng càng cao. Ngoài ra, điểm trung bình được phân thành ba mức như sau: Ý định thấp (1,00 - 2,33), ý định trung bình (2,34 - 3,66) và ý định cao (3,67 - 5,00) [4].

Trước khi đưa vào sử dụng, thang đo ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng đã được nhóm nghiên cứu tiến hành quy trình dịch và chuẩn hoá. Sau đó, thang đo được nghiên cứu thử với 30 sinh viên điều dưỡng để kiểm tra tính tin cậy. Hệ số Cronbach's alpha của thang đo với nghiên cứu thử là 0,85.

Phương pháp thu thập số liệu: quá trình thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 3/2025 đến tháng 04/2025 bằng hình thức tự điền. Nhóm nghiên cứu liên hệ với lớp trưởng của các lớp để lên lịch khảo sát. Vào ngày hẹn, nhóm nghiên cứu đến gặp các lớp vào cuối giờ học, giới thiệu và giải thích về đề tài nghiên cứu. Sinh viên được phát phiếu khảo sát nếu đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Sinh viên điền trực tiếp vào phiếu điều tra. Các phiếu điều tra được thu lại sau khi hoàn thành.

Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 27.0. Các phép thống kê mô tả bao gồm số lượng, tỉ lệ phần trăm, trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị lớn nhất (GTLN), giá trị nhỏ nhất (GTNN) được sử dụng để mô tả các biến số nghiên cứu.

Kết quả điểm trung bình ý định áp dụng AI được tiến hành kiểm tra tính phân phối chuẩn thông qua biểu đồ Histogram và phép kiểm Shapiro-Wilk trước khi tiến hành các phép kiểm để tìm yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy biểu đồ Histogram bị lệch trái và giá trị p của phép kiểm Shapiro-Wilk < 0,05 cho nên biến này có phân phối không chuẩn. Do vậy, chúng tôi sử dụng phép kiểm Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-

Wallis và tương quan Spearman để xác định các yếu tố liên quan với độ tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định thông qua (theo quyết định số 488/GCN-HĐĐĐ, ngày 27 tháng

2 năm 2025), sự đồng ý cho tiến hành lấy số liệu của Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng. Tất cả sinh viên tham gia nghiên cứu đều được thông báo, giải thích mục đích, nội dung của nghiên cứu và sự tình nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được giữ kín, các vấn đề riêng tư đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

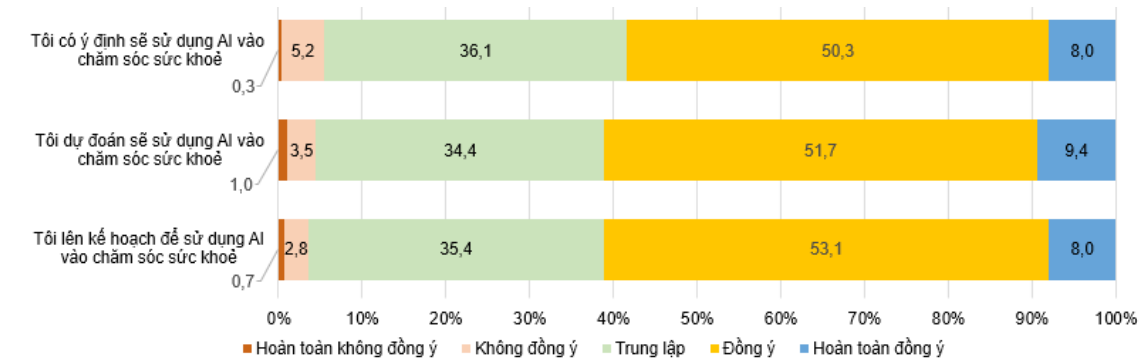
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 288)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm) TB ± ĐLC (GTNN - GTLN)		20,39 ± 1,35 (18 - 24)	
Giới tính	Nam	41	14,2
	Nữ	247	85,8
Năm học	Năm thứ 1	89	30,9
	Năm thứ 2	76	23,3
	Năm thứ 3	45	15,6
	Năm thứ 4	87	30,2
Kết quả học tập	Xuất sắc (3,6 - 4,0)	11	3,8
	Giỏi (3,2 - 3,5)	31	10,8
	Khá (2,5 - 3,1)	154	53,5
	Trung bình (2,0 - 2,4)	67	23,3
	Yếu (1,0 - 1,9)	25	8,6
Thời gian sử dụng Internet trong một ngày (giờ) TB ± ĐLC (GTNN - GTLN)		7,35 ± 3,58 (1 - 22)	
Tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI	Có	22	7,6
	Không	266	92,4
Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng	Xuất sắc	1	0,3
	Tốt	28	9,7
	Khá	144	50,0
	Trung bình	108	37,5
	Kém	7	2,5

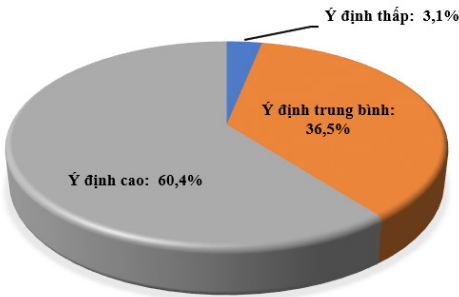
Độ tuổi trung bình của sinh viên tham gia nghiên cứu là 20,39 (± 1,35) tuổi. Hầu hết sinh viên là nữ. Đa số là sinh viên năm 1 và năm 4. Hơn một nửa sinh viên có kết quả học tập ở mức khá. Thời gian sử dụng Internet trung bình mỗi ngày của sinh viên là 7,35 (± 3,58) giờ. Hầu hết sinh viên (92,4%) chưa từng tham gia Hội thảo/ bài giảng/khoá học về AI. Có một nửa sinh viên tự đánh giá hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng của mình đạt mức khá (Bảng 1).

3.2. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng



Biểu đồ 1. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc (n = 288)

Điểm trung bình chung của ý định áp dụng AI là $3,63 \pm 0,62$ (trong khoảng từ 1 đến 5). Tỷ lệ sinh viên “Đồng ý” và “Hoàn toàn đồng ý” với ý định áp dụng AI vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe dao động từ 58,3% đến 61,1%. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 1/3 sinh viên có ý kiến trung lập trong việc áp dụng AI trong tương lai (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. Phân loại ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc (n = 288)

Khi phân loại ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc, đa số sinh viên (60,4%) có ý định cao (Biểu đồ 2).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc

Bảng 2. Mối liên quan giữa ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng với một số yếu tố

Biến số		Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
		Điểm thứ hạng trung bình	p
Giới tính	Nam	161,93	0,138 ^a
	Nữ	141,61	
Năm học	Năm thứ 1	150,47	0,839 ^b
	Năm thứ 2	139,18	
	Năm thứ 3	145,21	
	Năm thứ 4	142,13	
Kết quả học tập	Xuất sắc	153,45	0,583 ^b
	Giỏi	151,98	
	Khá	149,32	
	Trung bình	133,58	
	Yếu	130,86	

Biến số		Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
		Điểm thứ hạng trung bình	p
Tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI	Có	173,23	0,084 ^a
	Không	142,12	
Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng	Xuất sắc	281,50	0,036 ^b
	Tốt	178,16	
	Khá	146,56	
	Trung bình	132,19	
	Kém	137,86	

^a Mann-Whitney test; ^b Kruskal-Wallis test.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc giữa sinh viên có các mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng khác nhau ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa ý định áp dụng ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc với tuổi và thời gian sử dụng Internet trong ngày

Biến số	Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
	r	p
Tuổi	-0,007	0,905
Thời gian sử dụng Internet trong ngày	0,072	0,224

Không có mối tương quan giữa ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc với tuổi và thời gian sử dụng Internet trong ngày của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm trung bình về ý định áp dụng AI của sinh viên là $3,63 \pm 0,62$. Đa số sinh viên lựa chọn mức “đồng ý” và “hoàn toàn đồng ý” với các phát biểu liên quan đến ý định áp dụng AI trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt, có tới 60,4% sinh viên thể hiện mức ý định cao, phản ánh xu hướng sẵn sàng tiếp nhận và ứng dụng AI vào thực hành chuyên môn trong tương lai.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Labrague và cộng sự (2023), trong đó sinh viên điều dưỡng tại Philippines cũng ghi nhận ý định cao trong việc ứng dụng AI vào thực hành chăm sóc, với điểm trung bình đạt $3,74 \pm 0,79$ [11]. Tương tự, nghiên cứu của Cho và Seo (2024) tại Hàn Quốc cũng ghi nhận điểm trung bình là $3,59 \pm 0,66$, cho thấy sinh viên điều dưỡng tại đây có mong muốn ứng dụng AI vào thực hành chăm sóc trong tương lai [18]. Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, đa số sinh viên điều dưỡng tại nhiều quốc gia đều có mong muốn rõ ràng trong việc ứng dụng AI vào thực tiễn chăm sóc sức khỏe.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy vẫn còn khoảng 1/3 sinh viên có ý định ở mức trung bình, cho thấy họ vẫn đang trong quá trình cân nhắc. Nguyên nhân có thể đến từ sự lo ngại về hiệu quả, tính an

toàn hoặc do chưa hiểu biết đầy đủ về công nghệ AI. Hiện nay, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng bắt đầu triển khai xây dựng các quy định và kế hoạch chuyển đổi số trong đào tạo. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nội dung chính khóa nào về AI. Rất ít các khóa học hoặc hội thảo về AI được tổ chức cho sinh viên và sinh viên chủ yếu tự tìm hiểu về AI. Trong môi trường thực hành lâm sàng của sinh viên tại Đà Nẵng, việc ứng dụng AI tại các cơ sở y tế đã triển khai hồ sơ bệnh án điện tử, hệ thống quản lý thông tin và bắt đầu áp dụng phần mềm hỗ trợ chẩn đoán hình ảnh (như đọc phim X-quang, CT), hỗ trợ phẫu thuật - đây đều là những ứng dụng có thành phần AI. Tuy nhiên, các hệ thống AI chuyên sâu (như trợ lý ảo lâm sàng cho điều dưỡng, hệ thống ra quyết định hỗ trợ điều trị) vẫn chưa phổ biến; nhân lực y tế hiện tại - bao gồm cả điều dưỡng và giảng viên lâm sàng - phần lớn chưa được đào tạo bài bản về AI. Chính vì vậy, sinh viên điều dưỡng khi thực hành lâm sàng có thể biết đến hoặc nghe về một số thiết bị/phần mềm hiện đại hay các ứng dụng AI nhưng ít có cơ hội được đào tạo, học tập và sử dụng các ứng dụng của AI. Do đó, để hiện thực hóa ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc, cần thiết xây dựng các chiến lược đào tạo cụ thể, đồng thời nâng cao nhận thức và năng lực số cho sinh viên. Điều này nhằm hỗ trợ việc áp dụng AI một cách an toàn, hiệu quả và phù hợp với đạo đức nghề nghiệp trong tương lai.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc

Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng và ý định áp dụng AI của sinh viên ($p < 0,05$). Tuy nhiên, các nghiên cứu trước lại đưa ra kết luận khác. Cụ thể, nghiên cứu của Kwak và cộng sự (2022) tại Hàn Quốc cho thấy không có mối liên quan giữa kinh nghiệm đào tạo liên quan đến AI và ý định sử dụng AI của sinh viên điều dưỡng [19]. Tương tự, Leodoro và cộng sự tại Philippines cũng không ghi nhận ảnh hưởng của mức độ quen thuộc với AI trong thực hành điều dưỡng đến ý định áp dụng AI [11]. Nghiên cứu của Cho và Seo cũng cho thấy kinh nghiệm giáo dục về AI không ảnh hưởng đến ý định sử dụng AI của sinh viên Hàn Quốc [18]. Những kết quả này cho thấy sự không thống nhất giữa các nghiên cứu, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn trong tương lai nhằm làm rõ mối quan hệ giữa hiểu biết về AI và ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, năm học, kết quả học tập, thời gian sử dụng Internet mỗi ngày hay việc tham gia các khóa học/hội thảo/bài giảng về AI với ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tại Philippines và Hàn Quốc, trong đó cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và thời gian sử dụng Internet với ý định áp dụng AI của sinh viên [11, 19]. Một nghiên cứu khác tại Hàn Quốc cũng không ghi nhận mối liên hệ giữa tuổi và giới tính với ý định áp dụng AI [18]. Về mối liên quan giữa năm học và ý định sử dụng AI,

một số nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt về ý định áp dụng AI giữa sinh viên ở các năm học khác nhau [11, 18].

Những kết quả trên cho thấy rằng các yếu tố nhân khẩu học có thể không phải là yếu tố quyết định chính trong việc hình thành ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng. Các yếu tố khác, chẳng hạn như mức độ hiểu biết về AI, thái độ cá nhân hoặc môi trường học tập, có thể đóng vai trò quan trọng hơn và cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai để xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp, thúc đẩy việc áp dụng AI hiệu quả trong thực hành điều dưỡng.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số sinh viên điều dưỡng thể hiện ý định mạnh mẽ trong việc áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Có 60,4% sinh viên cho thấy ý định cao trong việc áp dụng AI trong tương lai. Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận sinh viên có ý định ở mức trung bình, cho thấy sự do dự hoặc chưa sẵn sàng tiếp cận AI. Mức độ hiểu biết về AI có mối liên quan đáng kể đến ý định áp dụng AI, trong khi các yếu tố nhân khẩu học khác lại không có ảnh hưởng rõ rệt. Cần tích hợp nội dung đào tạo về AI và kỹ năng số vào chương trình học, đồng thời tổ chức các hoạt động trải nghiệm thực tiễn giúp sinh viên nâng cao hiểu biết và tự tin trong việc ứng dụng AI. Các nghiên cứu trong tương lai nên tiếp tục làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến ý định áp dụng AI, nhằm định hướng xây dựng chương trình đào tạo phù hợp trong bối cảnh chuyển đổi số.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Chúng tôi khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pamela McCorduck. *Machines Who Think*. A K Peters/CRC Press, Newyork. 2nd Edition; 2004.
2. Russell SJ, Norvig P. *Artificial Intelligence: A Modern Approach*, 3Th Edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2020.
3. Goodfellow I, Bengio Y, Courville A. *Deep learning*. MIT Press; 2016.
4. Fei J, Yong J, Hui Z, Yi D, Hao L, Sufeng M, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and vascular neurology*. 2017;2(4).
5. Ekpár FE. A Comprehensive Artificial Intelligence-Driven Healthcare System. *European Journal of Electrical Engineering and Computer Science*. 2024;Vol 8(3):1-6.
6. Talati D. AI in healthcare domain. *Journal of Knowledge Learning and Science Technology* 2023; ISSN: 2959-6386 (online). 2023;2(3):256-62.
7. Saxena AK, Ness S, Khinvasara T. The Influence of AI: The Revolutionary Effects of Artificial Intelligence in Healthcare Sector. *Journal of Engineering Research and Reports*. 2024;26(3):49-62.
8. Hote PK, Venkatesan L, Garg R, Gopichandran L. Artificial intelligence for smart patient care: transforming future of nursing practice. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2023;11(10):3931-6.
9. Martinez-Ortigosa A, Martinez-Granados A; Gil-Hernández E, Rodríguez-Arrastia M, Ropero-Padilla C; Roman P. Applications of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Nursing*

Management. 2023;2023:1-12.

10. Dave M, Patel N. Artificial intelligence in healthcare and education. *Britis Dental Journal*. 2023;234(10):761-4.

11. Leodoro JL, Rheajane A, Begonia CY, Jeanette BS, Janet A. de los Santos. Student nurses' attitudes, perceived utilization, and intention to adopt artificial intelligence (AI) technology in nursing practice: A cross-sectional study. *Nurse Education in practice*. 2023;73.

12. Ban chấp hành Trung ương. Nghị quyết số 57-NQ/TW Nghị quyết của Bộ Chính trị về đột phá phát triển khoa học, công nghệ đổi mới sáng tạo và chuyển đổi số quốc gia. 2024.

13. Bộ Y tế. Quyết định số 4888/QĐ-BYT về phê duyệt Đề án ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin y tế thông minh giai đoạn 2019 - 2025. 2019.

14. Bộ Y tế. Quyết định số 5969/QĐ-BYT về Phê duyệt Kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin của Bộ Y tế giai

đoạn 2021-2025. 2021.

15. Bộ Y tế. Quyết định số 2089/QĐ-BYT phê duyệt kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin và thực hiện nhiệm vụ triển khai đề án 06 của Bộ Y tế năm 2023. 2023.

16. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991;50(2):179-211. 1991.

17. Anderson K. Understanding the New Version of Bloom's Taxonomy. *Leslie Owen Wilson*. 2001.

18. Cho KA, Seo YH. Dual mediating effects of anxiety to use and acceptance attitude of artificial intelligence technology on the relationship between nursing students' perception of and intention to use them: a descriptive study. *BMC Nursing*. 2024;23(1):212.

19. Kwak YH, Ahn JW, Seo YH. Influence of AI ethics awareness, attitude, anxiety, and self-efficacy on nursing students' behavioral intentions. *BMC Nursing*. 2022;21.

Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập và các yếu tố liên quan ở sinh viên và học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Lưu Thị Thủy^{1*}, Trần Thị Hoàng Oanh², Lê Thị Ánh Tuyết³, Nguyễn Hòa Văn Chi¹,
Nguyễn Hương Giang¹, Nguyễn Thị Ái Ny¹, Trần Thị Thu Trang¹

¹ Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

² Viện Đào tạo Quốc tế, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

³ Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng

Tác giả liên hệ: Lưu Thị Thủy, luuthithuy@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 24/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 21/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Việc ứng dụng ChatGPT trong đào tạo mang lại nhiều lợi ích nhưng cũng tiềm ẩn nhiều rủi ro. Tại Việt Nam, bằng chứng về việc ứng dụng công cụ này của sinh viên và học viên khối ngành Y-Dược vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng ứng dụng ChatGPT và xác định các yếu tố liên quan ở sinh viên và học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025 với 1228 sinh viên và học viên. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền thông qua hình thức Google Form. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định phi tham số được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan với $p < 0,05$.

Kết quả: Điểm trung bình của việc ứng dụng ChatGPT là 5,75 ($\pm 4,0$), trong khoảng từ 0 đến 10 điểm. Sinh viên và học viên ứng dụng ChatGPT chủ yếu để giải thích những nội dung chưa hiểu trong lớp học hoặc tạo dàn ý cho bài viết. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc ứng dụng ChatGPT với tuổi, tôn giáo, trình độ đào tạo, năm học và ngành học của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$).

Kết luận: Việc ứng dụng ChatGPT trong học tập của sinh viên và học viên ở mức độ trung bình. Cần tăng cường sự định hướng để thúc đẩy việc sử dụng hiệu quả ChatGPT của người học.

Từ khoá: ChatGPT, Đào tạo sức khỏe, Sinh viên, Ứng dụng.

Utilization of ChatGPT in learning and associated factors among students at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Lưu Thị Thủy^{1*}, Trần Thị Hoàng Oanh², Lê Thị Ánh Tuyết³, Nguyễn Hòa Văn Chi¹,
Nguyễn Hương Giang¹, Nguyễn Thị Ái Ny¹, Trần Thị Thu Trang¹

¹ Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

² Institute of International Education, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³ Da Nang Hospital

Abstract

Background: Applying ChatGPT in education brings many benefits but also presents potential risks. In Vietnam, evidence regarding its utilization by healthcare students is still limited. This study aimed to describe the utilization of ChatGPT in learning and identify associated factors among students at Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted with a sample of 1,228 students from August 2024 to May 2025. Data were collected using a self-administered questionnaire delivered via Google Form. Statistical analysis was performed using SPSS 20.0. Non-parametric tests were employed to identify factors associated with ChatGPT utilization with $p < 0.05$.

Results: The average score for ChatGPT utilization among participants was 5.75 (± 4.0) out of 10. This tool was

mainly used to clarify unclear class content and create outlines for writing projects. ChatGPT utilization was significantly associated with participants' age, religion, academic level, academic year, and academic major ($p < 0.05$).

Conclusion: Students moderately utilized ChatGPT for diverse academic purposes. The findings highlight the need for increased guidance to promote learners' effective use of ChatGPT.

Keywords: ChatGPT, Health Education, Students, Utilization.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc cách mạng công nghiệp 4.0 đã mở ra kỷ nguyên của trí tuệ nhân tạo (AI), tạo ra những bước đột phá trong nhiều lĩnh vực của đời sống. Một trong những thành tựu nổi bật của AI là ứng dụng ChatGPT. Đây là hệ thống xử lý ngôn ngữ tự nhiên được phát triển bởi OpenAI, hoạt động dựa trên mô hình ngôn ngữ lớn. Nó có khả năng hiểu và tạo ra văn bản tự nhiên, giống như cách con người trò chuyện. ChatGPT được sử dụng để trả lời câu hỏi, tóm tắt thông tin và sáng tạo nội dung một cách nhanh chóng và hiệu quả [1].

Trong lĩnh vực y tế, ChatGPT đã trở thành một công cụ hỗ trợ đa năng cho nhân viên y tế. Nó có thể giúp chẩn đoán bệnh chính xác hơn, tự động hoá các nhiệm vụ thường xuyên giúp giảm quá tải cho nhân viên y tế, hỗ trợ việc tư vấn và giáo dục sức khỏe, cải thiện giao tiếp giữa người bệnh và nhân viên y tế và nâng cao hiệu quả chăm sóc [2]. Đối với lĩnh vực đào tạo nói chung và đào tạo y tế nói riêng, ChatGPT đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả học tập và khám phá kiến thức của người học. Nó có thể phục vụ như một trợ lý học tập thông minh, giải đáp thắc mắc, cung cấp thông tin đa dạng về nội dung học tập, hỗ trợ trong việc phác thảo và hoàn thiện các bài viết học thuật [3, 4]. Bên cạnh đó, ChatGPT có thể tạo ra một môi trường học tập tương tác và trò chuyện linh hoạt, giúp cho người học có những thử nghiệm mới về ý tưởng, thảo luận vấn đề và nhận phản hồi từ ChatGPT [4].

Tại Việt Nam, quá trình chuyển đổi số và ứng dụng AI cũng đang được đẩy mạnh trong lĩnh vực giáo dục và đào tạo [5]. Tuy nhiên, so với các quốc gia tiên tiến, việc ứng dụng AI nói chung cũng như ChatGPT nói riêng trong môi trường giáo dục ở Việt Nam vẫn còn ở giai đoạn ban đầu [6]. Điều này tạo ra cả cơ hội và rủi ro, đặc biệt trong các ngành đặc thù như Y - Dược. Bên cạnh những lợi ích mang lại cho người học, việc lạm dụng hoặc phụ thuộc vào ChatGPT có thể dẫn đến những hệ lụy nghiêm trọng. Đó là việc tiếp nhận thông tin không chính xác, giảm sút khả năng tư duy phản biện và giải quyết vấn đề, ảnh hưởng đến kỹ năng chẩn đoán lâm sàng hoặc thậm chí là các vấn đề đạo đức liên quan đến gian

lận học thuật và an toàn người bệnh trong tương lai [3, 4, 7].

Đã có một số nghiên cứu được tiến hành để tìm hiểu thực trạng ứng dụng ChatGPT vào trong học tập của sinh viên đại học tại Việt Nam. Nghiên cứu của Đặng Văn Em và cộng sự (2024) tại Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh cũng cho thấy mục đích cơ bản của sinh viên khi sử dụng ChatGPT là tìm kiếm thông tin và dịch, giải thích từ ngữ chuyên ngành [8]. Tương tự, nghiên cứu ở sinh viên trường Đại học Huế đã chỉ ra tỉ lệ đáng kể sinh viên (46,8%) thường xuyên sử dụng ChatGPT cho mục đích học tập và công việc. Đa số sinh viên đánh giá cao khả năng của công cụ này trong việc tối ưu hóa thời gian nhờ cung cấp thông tin nhanh chóng, bao quát nhiều lĩnh vực kiến thức và hỗ trợ dịch thuật đa ngôn ngữ [9]. Một khảo sát trên sinh viên tại các trường đại học ở Thành phố Đà Nẵng cũng ghi nhận tỉ lệ sử dụng ChatGPT ở mức cao. Mục đích sử dụng chủ yếu là tìm kiếm thông tin và tài liệu liên quan đến các chủ đề học tập và nghiên cứu [10]. Đối với sinh viên khối ngành Y-Dược, nghiên cứu tại Trường Đại học Y-Dược Huế cho thấy chỉ có 25,4% sinh viên đã từng sử dụng ChatGPT. Đáng chú ý, trong số sinh viên đã từng sử dụng ChatGPT, hơn 70% sinh viên ứng dụng Chat GPT vào mục đích học tập. Phần lớn sinh viên sử dụng ChatGPT trong việc học tiếng Anh, nâng cao kỹ năng viết cũng như để tìm kiếm thông tin và phân tích dữ liệu y học [11].

Qua kết quả của các nghiên cứu cho thấy sinh viên sử dụng ChatGPT với rất nhiều mục đích khác nhau. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam chủ yếu khảo sát ở sinh viên các ngành sư phạm hoặc ngoại ngữ [12, 13]. Thực trạng ứng dụng ChatGPT của sinh viên khối ngành Y-Dược vẫn chưa được báo cáo nhiều, đặc biệt là ở học viên sau đại học. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết cần phải có thêm các nghiên cứu để tìm hiểu về việc ứng dụng ChatGPT trong học tập của sinh viên và học viên ngành khối ngành Y - Dược tại Việt Nam. Sự hiểu biết về cách thức mà người học tại các trường Y - Dược đang tương tác với ChatGPT không chỉ cung cấp cái nhìn thực tế về việc ứng dụng ChatGPT trong đào tạo nhân lực y tế mà còn là cơ sở khoa học quan trọng để các trường đào tạo Y-Dược có thể đưa ra các định

hướng và chính sách phù hợp nhằm tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu rủi ro của công cụ này trong học tập, góp phần đào tạo ra đội ngũ nhân viên y tế có chất lượng trong kỷ nguyên công nghệ số. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu chính là (1) mô tả thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập và (2) xác định các yếu tố liên quan đến thực trạng ứng dụng ChatGPT ở sinh viên, học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên, học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng. Tiêu chuẩn loại trừ là những sinh viên, học viên không hoàn thành đầy đủ phiếu khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ thông qua Google Form. Tại thời điểm khảo sát, tổng số sinh viên và học viên của trường là 4256, loại trừ 30 mẫu tham gia vào khảo sát thí điểm còn 4226 sinh viên và học viên. Trong thời gian khảo sát, chúng tôi thu về được 1230 phiếu, đạt tỉ lệ 29,1%. Sau khi loại bỏ những phiếu không hợp lệ (thông tin thu thập được trong các phiếu này không đầy đủ, nhiều nội dung bị bỏ sót), cỡ mẫu dùng để phân tích số liệu là 1228.

Công cụ thu thập số liệu là một bộ câu hỏi gồm hai phần, phần thông tin chung và phần câu hỏi về ứng dụng ChatGPT. Phần thông tin chung gồm các câu hỏi về tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, trình độ đào tạo, năm học, ngành học của đối tượng nghiên cứu.

Phần câu hỏi về ứng dụng ChatGPT gồm 10 câu hỏi, được xây dựng bởi Köhler và Hartig [14]. Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn, bao gồm: Không sử dụng và cũng không có ý định; không sử dụng nhưng có thể hình dung ra được; có sử dụng nhưng thấy không hữu ích; có sử dụng và thấy hữu ích. Các lựa chọn “không sử dụng và cũng không có ý định”, “không sử dụng nhưng có thể hình dung ra được” được tính 0 điểm trong khi hai lựa chọn còn lại được tính 1 điểm. Tổng điểm của cả thang đo từ 0 đến 10. Điểm càng cao nghĩa là việc sử dụng ChatGPT càng thường xuyên. Thang đo đã được kiểm tra tính tin cậy với hệ số Cronbach alpha là 0,78 [14]. Sau khi được sự cho phép của tác giả, thang đo đã được sang tiếng Việt theo quy trình dịch của Cruchinho và cộng sự (2024) [15]. Tiếp theo đó, tính giá trị của thang đo được đánh giá bởi 5 chuyên gia là những người có trình độ từ Thạc sĩ trở lên và đang giảng dạy tại các trường đại học Y-Dược. Tính giá trị nội dung của thang đo 0,94.

Thang đo này cũng đã được nhóm nghiên cứu đánh giá tính tin cậy bằng một nghiên cứu thử với 30 sinh viên và hệ số Cronbach alpha là 0,96.

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành trong tháng 12/2024 bằng hình thức bộ câu hỏi tự điền thông qua Google Form. Sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Y sinh học của Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, nhóm nghiên cứu tiến hành liên hệ và gửi email tới lớp trưởng của các lớp để lên lịch khảo sát. Trong email là lời giới thiệu về đề tài nghiên cứu kèm theo đường link khảo sát. Trường hợp sinh viên, học viên đồng ý tham gia nghiên cứu thì tiếp tục trả lời phiếu khảo sát trong thời gian khoảng 15 phút. Link khảo sát được đóng sau 2 tuần.

Số liệu được nhập liệu, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép thống kê mô tả bao gồm tỉ lệ phần trăm, tần suất, giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC) được sử dụng để mô tả các biến số. Trước khi phân tích các yếu tố liên quan, biến số ứng dụng ChatGPT được kiểm tra phân phối chuẩn bằng biểu đồ Histogram, độ xiên, độ nhọn. Kết quả cho thấy biến số này có phân phối không chuẩn. Do đó, kiểm định phi tham số (Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, tương quan Spearman) được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến việc ứng dụng ChatGPT với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng thông qua (Số 97/CT-HĐĐĐ ngày 16/12/2024). Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu được cung cấp thông tin về mục đích và nội dung nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu là tự nguyện. Thông tin các đối tượng cung cấp được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 1228)

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm) TB ± ĐLC (khoảng) = 24,29 ± 8,40 (18 - 53)		
Giới tính		
Nam	316	25,7
Nữ	912	74,3
Dân tộc		
Kinh	1192	97,1
Khác	36	2,9

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỉ lệ (%)
Tôn giáo		
Không	1123	91,4
Khác	105	8,6
Trình độ đào tạo		
Đại học	927	75,5
Chuyên khoa I	301	24,5
Năm học		
Năm 1	411	33,5
Năm 2	401	32,7
Năm 3	226	18,4
Năm 4	150	12,2
Năm 5	36	2,9
Năm 6	4	0,3
Ngành học		
Điều dưỡng	387	31,5
Kỹ thuật xét nghiệm y học	246	20,0
Y khoa	214	17,4
Kỹ thuật hình ảnh y học	154	12,5
Dược học	143	11,6
Y tế công cộng	72	5,9
Kỹ thuật phục hồi chức năng	12	1,1

Trong tổng số 1228 sinh viên và học viên tham gia khảo sát có 74,3% là nữ. Độ tuổi trung bình là $24,29 \pm 8,40$. Hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh (97,1%) và không theo tôn giáo (91,4%). Có 75,5% người tham gia nghiên cứu là sinh viên đại học. Tỉ lệ sinh viên và học viên năm nhất cao nhất (33,5%). Sinh viên và học viên ngành Điều dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất với 31,5% (Bảng 1).

3.2. Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Thực trạng ứng dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu (n = 1228)

Nội dung ứng dụng ChatGPT	TB $\pm$ ĐLC	Khoảng
Giải thích những nội dung chưa hiểu trong lớp học.	$0,67 \pm 0,47$	0 - 1
Tạo dàn ý cho bài viết.	$0,63 \pm 0,48$	0 - 1

Nội dung ứng dụng ChatGPT	TB $\pm$ ĐLC	Khoảng
Có cái nhìn tổng quan về một chủ đề mới.	$0,60 \pm 0,49$	0 - 1
Có ý tưởng nội dung cho một bài viết/bài báo.	$0,59 \pm 0,49$	0 - 1
Tóm tắt các văn bản.	$0,58 \pm 0,49$	0 - 1
Nhận phản hồi về các bài viết của bản thân.	$0,57 \pm 0,49$	0 - 1
Nhận lời khuyên.	$0,56 \pm 0,50$	0 - 1
Tạo ra các mô-đun văn bản.	$0,54 \pm 0,50$	0 - 1
Thúc đẩy bản thân thực hiện một nhiệm vụ.	$0,54 \pm 0,50$	0 - 1
Soạn sẵn nội dung email.	$0,47 \pm 0,45$	0 - 1
Ứng dụng ChatGPT	$5,75 \pm 4,0$	0 - 10

Điểm trung bình ứng dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu là $5,75 (\pm 4,0)$, cho thấy việc ứng dụng công cụ này ở mức trung bình. ChatGPT được sử dụng nhiều nhất để giải thích những nội dung chưa hiểu trong lớp học ($0,67 \pm 0,47$) hoặc tạo dàn ý cho bài viết ($0,63 \pm 0,48$). Bên cạnh đó, ChatGPT cũng được sử dụng cho nhiều mục đích khác nhau, với điểm trung bình từ 0,47 đến 0,60 (Bảng 2).

3.3. Các yếu tố liên quan đến thực trạng ứng dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan giữa việc ứng dụng ChatGPT và một số yếu tố (n = 1228)

Biến số	Ứng dụng ChatGPT	
	Điểm thứ hạng trung bình	p
Tuổi	-0,155	0,000^a
Giới tính		
Nam	594,96	0,244 ^b
Nữ	621,27	
Dân tộc		
Kinh	615,37	0,613 ^b
Khác	585,72	
Tôn giáo		
Không	607,84	0,028^b
Khác	685,70	
Trình độ đào tạo		
Đại học	654,45	0,000^b
Chuyên khoa I	491,45	

Biến số	Ứng dụng ChatGPT	
	Điểm thứ hạng trung bình	p
Năm học		
Năm 1	583,46	0,005 ^c
Năm 2	610,29	
Năm 3	609,28	
Năm 4	684,74	
Năm 5	716,94	
Năm 6	964,38	
Ngành học		
Kỹ thuật	868,38	0,000 ^c
Phục hồi chức năng		
Kỹ thuật	681,77	
Hình ảnh Y học		
Y khoa	671,70	
Dược học	602,48	
Kỹ thuật	592,60	
Xét nghiệm Y học		
Y tế công cộng	590,26	
Điều dưỡng	571,10	

^a Spearman's rank correlation coefficient
^b Mann-Whitney test ^c Kruskal-Wallis test

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc ứng dụng ChatGPT với tuổi, tôn giáo, trình độ đào tạo, năm học và ngành học của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,005$).

4. BÀN LUẬN
4.1. Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình của việc ứng dụng ChatGPT trong học tập của đối tượng nghiên cứu là 5,7 (trên thang điểm 0 - 10), thể hiện ở mức độ trung bình. Tuy nhiên, độ lệch chuẩn khá lớn (4,0), cho thấy dữ liệu phân tán rộng. Điều này gợi ý có sự khác biệt lớn về mức độ sử dụng giữa các cá nhân. Hiện tượng này có thể do sở thích cá nhân, tính cấp bách của nhiệm vụ học tập hoặc sự khác biệt về khả năng tiếp cận công nghệ giữa các nhóm sinh viên. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự. Trong một nghiên cứu tại Đức, chỉ có khoảng một nửa (49%) sinh viên đại học đã sử dụng ChatGPT trong quá trình học tập [16]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Đăng Nhật và cộng sự cho thấy 46,8% sinh viên trường Đại học Huế thường xuyên sử dụng ChatGPT cho mục đích học tập [9].

Trong nghiên cứu tại Trường Đại học Y - Dược Huế, tỉ lệ sinh viên đã từng sử dụng ChatGPT cũng rất thấp, chỉ khoảng 25,4% [11]. Một nghiên cứu tại Đức cũng đã chỉ ra rằng sinh viên khối ngành Y-Dược ít sử dụng ChatGPT hơn so với sinh viên các khối ngành khác [14]. Từ các kết quả trên cho thấy mặc dù ChatGPT đang nổi lên như một công cụ hữu ích trong đào tạo nhưng việc tận dụng công cụ này vào trong học tập của sinh viên và học viên ngành Y - Dược vẫn còn khiêm tốn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh viên và học viên sử dụng ChatGPT nhiều nhất vào việc giải thích những nội dung chưa hiểu trong lớp học hoặc để tạo dàn ý cho bài viết học thuật. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Kohler và Hartig (2024) khảo sát trên sinh viên đa ngành tại Đức. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình của hai nội dung trên là cao nhất, cho thấy sinh viên sử dụng ChatGPT thường xuyên nhất cho hai hoạt động này [14]. Ngoài hai mục đích trên, sinh viên và học viên trong nghiên cứu này cũng áp dụng ChatGPT để thu thập thông tin tổng quan về một chủ đề mới, tìm ý tưởng nội dung cho một bài viết/bài báo, tóm tắt các văn bản hoặc nhận phản hồi về các bài viết của bản thân. Trong nghiên cứu của Kohler và Hartig, sinh viên tại Đức cũng thường sử dụng ChatGPT cho những hoạt động này để phục vụ việc học tập [14]. Các nghiên cứu trước tại Việt Nam cho thấy mục đích chính của sinh viên, trong đó có sinh viên ngành Y-Dược, sử dụng ChatGPT là tìm kiếm thông tin và tài liệu liên quan đến chủ đề học tập cũng như hỗ trợ hoàn thành các bài tập được giao [8 - 11], [17].

Đáng lưu ý, trong nghiên cứu này, sinh viên và học viên cũng thường xuyên sử dụng ChatGPT để nhận những lời khuyên như cách quản lý thời gian, cách giảm căng thẳng và mệt mỏi. Ngược lại, trong nghiên cứu tại Đức, điểm trung bình của việc ứng dụng ChatGPT cho hoạt động này thấp hơn đáng kể so với các hoạt động khác, chứng tỏ sinh viên ít sử dụng ChatGPT trong việc tìm kiếm lời khuyên [14]. Không thể phủ nhận những lợi ích ChatGPT mang lại nhưng việc quá phụ thuộc vào công cụ này cũng tiềm ẩn nhiều mối nguy hại. ChatGPT cũng có khả năng cung cấp các thông tin không chính xác hoặc gây nhầm lẫn [18]. Do vậy, việc sinh viên và học viên thường sử dụng ChatGPT để tìm kiếm lời khuyên cũng cần được lưu ý.

Đặc biệt, trong đào tạo khối ngành Y - Dược, việc ứng dụng ChatGPT còn liên quan trực tiếp đến đạo đức học thuật và an toàn người bệnh. Nếu sinh viên sử dụng ChatGPT để hoàn thành bài tập, báo cáo hay luận văn mà không có sự kiểm chứng và đối chiếu nguồn tài liệu, nguy cơ gian lận học thuật và suy giảm

kỹ năng tư duy phản biện là rất lớn. Về lâu dài, điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng nguồn nhân lực y tế. Hơn nữa, trong các tình huống lâm sàng, nếu sinh viên hoặc học viên áp dụng thông tin từ ChatGPT mà không có sự thẩm định khoa học, sai sót có thể xảy ra, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến an toàn người bệnh. Vì vậy, các cơ sở đào tạo Y - Dược không chỉ cần định hướng cách sử dụng ChatGPT một cách hợp lý mà còn phải xây dựng các chuẩn mực đạo đức rõ ràng, nhấn mạnh rằng ChatGPT chỉ nên là công cụ hỗ trợ chứ không thể thay thế kiến thức chuyên môn và trách nhiệm nghề nghiệp của người học.

4.2. Các yếu tố liên quan đến thực trạng ứng dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tìm thấy một số yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập của sinh viên và học viên. Yếu tố đầu tiên đó là tuổi. Kết quả cho thấy có mối tương quan nghịch giữa tuổi và việc ứng dụng ChatGPT. Điều đó có nghĩa là sinh viên và học viên có độ tuổi càng cao thì càng ít sử dụng ChatGPT trong học tập. Nghiên cứu trên sinh viên Trường Đại học Y-Dược Huế cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng ChatGPT với tuổi của sinh viên [11]. Ngược lại, hai nghiên cứu tại Ả Rập Xê út và Việt Nam trên sinh viên Y khoa không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và việc sử dụng ChatGPT [17, 19]. Điều này cho thấy cần có thêm các nghiên cứu trong tương lai để tìm hiểu về mối liên quan giữa hai biến số này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tôn giáo có liên quan có ý nghĩa thống kê với việc ứng dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu. Những sinh viên và học viên theo tôn giáo có điểm thứ hạng trung bình cao hơn so với những người không theo tôn giáo, chứng tỏ việc sử dụng ChatGPT thường xuyên hơn. Có rất ít nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa tôn giáo và việc ứng dụng AI, trong đó có ChatGPT. Tuy nhiên, theo một phân tích của Karatas và Cutright (2023), những người theo tôn giáo, cụ thể là những người tin ở Chúa, có sự chấp thuận và sử dụng các công nghệ AI cao hơn những người không theo tôn giáo [20]. Trái lại, nghiên cứu trên sinh viên của Đại học Y Hà Nội không tìm thấy sự khác biệt về việc sử dụng ChatGPT với tôn giáo của sinh viên [17]. Do vậy, cần phải có thêm những bằng chứng nghiên cứu để kết luận về sự ảnh hưởng của tôn giáo đến việc sử dụng ChatGPT của sinh viên.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả sinh viên đại học và học viên chuyên khoa 1. Tuy nhiên, kết quả phân tích cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc ứng dụng ChatGPT trong học tập giữa sinh viên đại học và học viên chuyên khoa

1. Cụ thể, điểm ứng dụng ChatGPT của sinh viên đại học cao hơn đáng kể so với học viên chuyên khoa 1, cho thấy sinh viên đại học ứng dụng ChatGPT thường xuyên hơn cho việc học. Điều này có thể do học viên chuyên khoa 1 thường bận rộn hơn so với sinh viên đại học nên mức độ sử dụng ChatGPT cũng ít thường xuyên hơn so với sinh viên. Tuy nhiên, một nghiên cứu tại Jordan lại không tìm thấy sự khác biệt về việc ứng dụng ChatGPT vào học tập giữa sinh viên đại học và sau đại học [21]. Nghiên cứu này chỉ khảo sát trên số lượng 134 người, cỡ mẫu quá nhỏ so với nghiên cứu của chúng tôi. Đó có thể là lý do vì sao nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan giữa trình độ đào tạo và việc sử dụng ChatGPT của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa năm học và việc ứng dụng ChatGPT. Điểm thứ hạng trung bình về ứng dụng ChatGPT cao hơn ở sinh viên có năm học cao hơn, cho thấy việc sử dụng ChatGPT nhiều hơn. Kết quả tương tự cũng đã được báo cáo trong một số nghiên cứu trước đây trên thế giới [14, 22, 23]. Điều này có thể do sinh viên ở những năm học cao hơn thường có khối lượng học tập lớn hơn. Sinh viên thường phải làm nhiều báo cáo, chuyên đề hay khóa luận tốt nghiệp [22]. Và có thể sinh viên sử dụng ChatGPT nhiều hơn để tiết kiệm thời gian và nâng cao chất lượng bài viết. Ngoài ra, có thể việc tích lũy kiến thức chuyên ngành cùng với sự quen thuộc với công nghệ giúp sinh viên ở những năm học cao hơn tự tin hơn khi sử dụng ChatGPT, từ đó họ ứng dụng thường xuyên hơn công cụ này vào học tập.

Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc ứng dụng ChatGPT với ngành học. Trong đó, sinh viên ngành Kỹ thuật Phục hồi chức năng và Kỹ thuật Hình ảnh Y học có điểm thứ hạng trung bình cao nhất, chứng tỏ việc sử dụng ChatGPT thường xuyên hơn so với những sinh viên ngành khác. Điều này có thể liên quan đến đặc thù nghề nghiệp và chương trình đào tạo. Đây là hai ngành mang tính thực hành cao và đòi hỏi phải liên tục cập nhật các xu hướng mới trong chẩn đoán hình ảnh, phục hồi chức năng. ChatGPT có thể giúp để giải thích các khái niệm kỹ thuật khó hoặc cung cấp thông tin về các ứng dụng AI mới nhất liên quan đến hai lĩnh vực này. Đó có thể là lý do khiến sinh viên của hai ngành này sử dụng ChatGPT nhiều hơn các ngành khác. Ngoài ra, lý giải cho hiện tượng ngành Y khoa ít sử dụng ChatGPT hơn có thể là do đặc thù lâm sàng, sinh viên Y khoa thường phải tiếp xúc trực tiếp với người bệnh và tuân thủ các chuẩn lâm sàng nghiêm ngặt nên họ có xu hướng thận trọng khi dùng thông

tin từ AI và dành nhiều thời gian cho thực hành. Tuy nhiên, trong nghiên cứu tại Đại học Y Hà Nội, các tác giả chỉ tìm thấy sự khác biệt về việc sử dụng ChatGPT giữa sinh viên ngành Răng Hàm Mặt và sinh viên Y đa khoa. Việc ứng dụng ChatGPT của sinh viên các ngành còn lại không có sự khác biệt [17]. Cần phải có thêm các nghiên cứu với số lượng sinh viên lớn hơn của tất cả các ngành Y-Dược để so sánh sự khác biệt về việc ứng dụng ChatGPT giữa sinh viên các ngành.

Bên cạnh các yếu tố liên quan, nghiên cứu này không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa việc ứng dụng ChatGPT trong học tập với giới tính và dân tộc của đối tượng nghiên cứu. Kết quả tương tự cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu trên sinh viên Đại học Y Hà Nội [17]. Điều này phù hợp với xu hướng chung trong việc áp dụng công nghệ như ChatGPT, trong đó khoảng cách giới tính hay dân tộc trong việc sử dụng công nghệ AI đang ngày càng thu hẹp, đặc biệt là trong nhóm dân số trẻ và có trình độ học vấn cao như sinh viên và học viên sau đại học.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Sinh viên và học viên Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng ứng dụng ChatGPT cho nhiều mục

đích học tập nhưng mức độ sử dụng chỉ ở mức trung bình. Việc sử dụng ChatGPT có liên quan đến tuổi, tôn giáo, trình độ đào tạo, năm học và ngành học. Để tận dụng hiệu quả và giảm thiểu rủi ro từ việc ứng dụng ChatGPT, nhà trường cần có định hướng cụ thể như lồng ghép nội dung về AI, đặc biệt là ChatGPT, vào các học phần hiện có giúp sinh viên hiểu được nguyên lý hoạt động, tiềm năng và giới hạn của công cụ này trong bối cảnh y tế; tổ chức các workshop hoặc seminar giúp sinh viên biết cách sử dụng AI có trách nhiệm, đánh giá và chọn lọc thông tin; đồng thời xây dựng chính sách chống gian lận học thuật liên quan đến AI, gắn với giáo dục về đạo đức nghề nghiệp và an toàn người bệnh. Các nghiên cứu trong tương lai nên sử dụng thêm các thang đo phản ánh chất lượng và hiệu quả sử dụng ChatGPT, kết hợp phương pháp định tính như phỏng vấn sâu để hiểu rõ hơn trải nghiệm, thái độ và cách thức sinh viên và học viên ngành Y – Dược tương tác với công cụ này.

Tuyên bố về xung đột lợi ích. Chúng tôi khẳng định rằng không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Deng J, Lin Y. The benefits and challenges of ChatGPT: An overview. *Frontiers in Computing and Intelligent Systems*. 2022;2(2):81-83.
- Montazeri M, Galavi Z, Ahmadian L. What are the applications of ChatGPT in healthcare: Gain or loss? *Health Sci Rep*. 2024;7(2):e1878.
- Wong RSY. ChatGPT in medical education: promoting learning or killing critical thinking? *Education in Medicine Journal*. 2024;16(2):177-183.
- Dimeli M, Kostas A. The role of ChatGPT in education: Applications, challenges: Insights from a systematic review. *Journal of Information Technology Education: Research*. 2025;24(2):10.28945/5422
- Thủ tướng Chính phủ. Phê duyệt Đề án “Tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin và chuyển đổi số trong giáo dục và đào tạo giai đoạn 2022 - 2025, định hướng đến năm 2030”. Quyết định số 131/QĐ-TT[Internet]. Hà Nội: Thủ tướng Chính phủ; 2022. <https://datafiles.chinhphu.vn/cpp/files/vbpbq/2022/01/131-qd-.signed.pdf>
- Ngo TND, Mai TH, Nguyen TT. Overview of AI applications in the field education in Viet Nam. *Thu Dau Mot University Journal of Science*. 2025;7(2):562-567.
- Sallam M, Salim NA, Barakat M, Al-Mahzoum K, Al-Tammemi AB, Malaeb D, Hallit R, Hallit S. Assessing health students' attitudes and usage of ChatGPT in Jordan: Validation study. *JMIR Med Educ*. 2023;9(1):e48254.
- Đặng Văn Em, Nguyễn Đình Loan Phương, Nguyễn Thị Hào. Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong việc học tập, nghiên cứu của sinh viên Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Giáo dục*. 2024;24(1):36-41.
- Nguyễn Đăng Nhật, Trần Thị Phương, Trần Phương Vi, Phạm Quỳnh Anh, Lê Hoàng Nguyên Ngọc, Dương Đức Giáp. Thực trạng ứng dụng ChatGPT trong học tập của sinh viên khoa kỹ thuật và công nghệ - Đại học Huế. *Tạp Chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*. 2024;2:50-59.
- Phuong LT. ChatGPT in learning and research: perspectives from lecturers and students of universities in Da Nang city. *Vinh Univ J Sci*. 2024;53(1):155-162.
- Nguyễn Thị Phương Thảo, Bùi Mạnh Hùng, Nguyễn Thị Anh Phương, Nguyễn Huyền Trâm, Trương Mai Vĩnh Thoại, Nguyễn Sinh Nhật, Phạm Thị Thu Hà. Thực trạng sử dụng ChatGPT của sinh viên Y - Dược Huế và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên*. 2024;229(03):403-410.
- Nguyễn Thị Lệ Quỳnh, Nguyễn Thị Ngọc Anh, Đặng Thị Quỳnh Hoa, Trương Thị Quỳnh. Nhận thức về việc sử dụng ChatGPT làm công cụ hỗ trợ học tập và nghiên cứu của sinh viên Trường Đại học Ngoại ngữ - Đại học Đà Nẵng. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Đà Nẵng*. 2024;22(5B):64-68.
- Thái Thị Cẩm Trang. Thái độ và kì vọng của sinh viên sư phạm tiếng anh đối với ChatGPT: nghiên cứu tại Trường Đại học Sư Phạm Hà Nội. *Tạp chí Giáo dục*. 2023;23(10):51-56.
- Köhler C, Hartig J. ChatGPT in higher education: Measurement instruments to assess student

knowledge, usage, and attitude. *Contemp Educ Technol*. 2024;16(4):ep528.

15. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, et al. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:2701-2728.

16. Garrel J, Mayer J. Artificial Intelligence in studies-use of ChatGPT and AI-based tools among students in Germany. *Humanit Soc Sci Commun*. 2023;10(1):1-9.

17. Kieu LTT, Vinh PH, Mai NT, Linh TK, Dai TX, Hanh TN, Linh NN, Hang LT, Giang HM, Anh VTP, Thanh PC, Son DC, Dat LM. ChatGPT usage for academic purposes and influencing factors among students at Hanoi Medical University, Vietnam. *Health Dynamics*. 2025;2(5):183-192.

18. Halaweh M. ChatGPT in education: Strategies for responsible implementation. *Contemporary Educational Technology*. 2023;15(2):ep421.

19. Alammari D, Alamari E, Alamri R, Alharbi R, Felimban J and Aljohani J. Assessing medical students' attitudes, performance, and usage of ChatGPT in Jeddah, Saudi Arabia. *Front Artif Intell*. 2025;8:1577911.

20. Karata M, Cutright KM. Thinking about God increases acceptance of artificial intelligence in decision-making. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2023;120(33):e2218961120.

21. Gasaymeh A, Abu Qbeita A, AlMohtadi R and Beirat M. Exploring education students' use of ChatGPT for academic and personal purposes: insights from a developing country context. *Front Educ*. 2025;10:1580310.

22. Lee H. The rise of chat GPT: exploring its potential in medical education. *Anat Sci Educ*. 2023;17:926-931.

23. Zhang JS, Yoon C, Williams DKA, Pinkas A. Exploring the usage of chatgpt among medical students in the United States. *J Med Educ Curric Dev*. 2024;11:23821205241264695.

Cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2024

Bành Thị Danh Nguyên, Từ Thị Hà*

Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

Tác giả liên hệ: Bành Thị Danh Nguyên, email: banh.danhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 10/9/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 17/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ và cải thiện sự hài lòng của người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2024”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp trên 187 sản phụ mổ lấy thai, từ tháng 04/2024 đến tháng 09/2024.

Kết quả: Mức độ hài lòng theo nhóm tiêu chí cải thiện rõ: cung cấp thông tin tăng 25,10%; hướng dẫn và tư vấn tăng 23,26%; chăm sóc mẹ tăng 19,60% và gội đầu tăng mạnh nhất (27,29%); chăm sóc em bé tăng 21,01% và hài lòng về việc tắm cho bé tăng mạnh nhất (28,14%); kết quả nằm viện tăng 20,26%. Tỷ lệ hài lòng chung đạt 93%. Ý định quay lại/giới thiệu cho người khác đạt 65,08%; không muốn quay lại chỉ chiếm 0,86%.

Kết luận: Hiệu quả cải tiến thể hiện qua điểm hài lòng tăng ở tất cả nhóm tiêu chí. Tỷ lệ hài lòng chung đạt > 90% và tăng mạnh ý định quay lại/giới thiệu bệnh viện.

Từ khóa: *hài lòng của người bệnh, chăm sóc mẹ, chăm sóc bé.*

Improving the quality of care and enhancing the satisfaction of women after caesarean section at Ninh Thuan General Hospital in 2024

Banh Thi Danh Nguyen, Tu Thi Ha*

Ninh Thuan General Hospital

Abstract

Background: To improve service quality and enhance patient satisfaction, we are conducting the study Improving the Quality of Care and Enhancing Satisfaction of Post-Cesarean Mothers at Ninh Thuan General Hospital in 2024.

Materials and Methods: A Cross-sectional description with intervention on 187 women undergoing cesarean section from April 2024 to September 2024 at Ninh Thuan General Hospital.

Results: Providing information: increase 25.10%; Guidance and advice: increase 23.26%, Mother care: increase 19.60% and Hair washing is the most substantial increase (27.29%); Baby care: increase 21.01% and Baby shower is the most substantial increase (28.14%); Hospital stay results: increase 20.26%. Overall satisfaction rate reached 93%. Intention to return/recommend reached 65.08%. Don't want to go back: only 0.86%.

Conclusions: Improved effectiveness is demonstrated by increased satisfaction scores across all criteria groups, with an overall satisfaction rate exceeding 90% and a significant increase in intention to return/recommend the hospital.

Keywords: *patient's satisfaction, mother care, baby care.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỉ lệ mổ lấy thai (MLT) đã có sự gia tăng đáng kể trong những thập kỷ qua. Nếu vào những năm 70, tỉ lệ này chỉ ở mức 5 - 7%, thì đến năm 2003, tỉ lệ đã tăng lên 20-30% [1]. Tại Việt Nam, theo tổng kết công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em của Bộ Y tế năm 2022, tỉ lệ mổ lấy thai tại các cơ sở y tế tăng liên tục trong 15 năm qua, năm 2005 tỉ lệ mổ lấy thai là 12% tới 2022 tỉ lệ này là 37% [2]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương tỉ lệ mổ lấy thai lên đến 54,96% vào năm 2021 [3], tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2019 là 45% [4], tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là 56,67% vào năm 2019 [5] và tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận là 43,6% vào năm 2023 (so với 30,62% vào năm 2022) [6].

Mặc dù phẫu thuật mổ lấy thai là một biện pháp y tế hiệu quả trong nhiều trường hợp, nhưng việc chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh sau phẫu thuật đóng vai trò rất quan trọng trong việc bảo đảm quá trình phục hồi sau mổ diễn ra nhanh chóng và an toàn. Việc chăm sóc đúng cách giúp giảm thiểu các biến chứng hậu phẫu như tác dụng phụ của thuốc mê, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, từ đó nâng cao sức khỏe của cả mẹ và bé [7-9]. Đặc biệt, vai trò của đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh trong việc tư vấn, giáo dục sức khỏe, theo dõi và chăm sóc sau sinh rất quan trọng, giúp cải thiện không chỉ sức khỏe thể chất mà còn cả tình cảm và tinh thần của sản phụ và trẻ sơ sinh [10].

Tuy nhiên, một khảo sát của chúng tôi thực hiện vào năm 2023 với chủ đề “Khảo sát hoạt động chăm sóc sản phụ và bé sau phẫu thuật lấy thai tại Khoa Sản và Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận” đã chỉ ra rằng một số vấn đề quan trọng trong chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai vẫn chưa được chú trọng đúng mức. Cụ thể, có đến 24,5% sản phụ không được theo dõi dấu hiệu co hồi tử cung và ra máu âm đạo sau mổ đúng quy định, trong đó 0,5% không được theo dõi; 7,8% không được động viên an ủi; 6,8% không được hướng dẫn vệ sinh sau mổ; 6,5% sản phụ chỉ được theo dõi dấu hiệu sinh tồn một lần mỗi ngày; 5,2% không được hướng dẫn chế độ ăn sau mổ; 4,9% chưa được hướng dẫn theo dõi các bất thường của mẹ; 4,6% sản phụ không được tư vấn đúng về thời gian mang thai tiếp theo sau khi có sẹo mổ cũ; và 1,3% sản phụ không được hướng dẫn theo dõi những bất thường của trẻ.

Những vấn đề trên chỉ ra rằng công tác chăm sóc sản phụ và bé sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận cần phải được cải thiện để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài:

“Cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2024” với mục tiêu đánh giá hiệu quả việc áp dụng các giải pháp can thiệp nhằm mang lại sự hài lòng cho sản phụ mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là sản phụ sinh con bằng phương pháp mổ lấy thai tại Khoa Sản và Khoa Khám Chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, trong thời gian từ tháng 04/2024 đến tháng 9/2024. Các sản phụ này được lựa chọn dựa trên các tiêu chí lựa chọn và loại trừ rõ ràng nhằm đảm bảo tính đại diện và độ tin cậy của nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Sản phụ sinh con bằng phương pháp MLT và đã qua ít nhất 6 giờ sau phẫu thuật.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ đang trong tình trạng hôn mê hoặc sốc sau phẫu thuật.

- Sản phụ chuyển từ các bệnh viện khác đến Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận sau khi MLT.

- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 9/2024 tại Khoa Sản và Khoa Khám Chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp, nhằm đánh giá chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của sản phụ sau MLT, đồng thời thực hiện các giải pháp can thiệp cải thiện chất lượng chăm sóc trong suốt thời gian nghiên cứu.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được xác định là 20% số sản phụ sau MLT tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận mỗi tháng, tương ứng với khoảng 30 - 32 sản phụ/tháng. Tổng số mẫu khảo sát trong 6 tháng dự kiến là 187 lượt.

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống được sử dụng, với khoảng cách mẫu $k=5$. Mẫu được chọn sẽ có số thứ tự lần lượt là 5, 10, 15,... trong danh sách thống kê các sản phụ MLT của bệnh viện.

2.4.3. Công cụ thu thập số liệu và xử lý số liệu

Trước khi can thiệp, nhóm nghiên cứu sẽ tiến hành khảo sát ý kiến của bác sĩ, điều dưỡng và hộ sinh tại Khoa Sản và Khoa Khám Chữa bệnh theo yêu cầu nhằm xác định các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sản phụ. Các nguyên nhân cốt lõi sẽ

được phân tích bằng Biểu đồ Pareto (Biểu đồ 1).

Dựa vào Quyết định 56/QĐ-BYT, ngày 08/01/2024 về phương pháp đo lường sự hài lòng của người dân với dịch vụ y tế, chúng tôi xây dựng phiếu khảo sát sự hài lòng của sản phụ sau MLT để đánh giá sự hài lòng của sản phụ. Bộ câu hỏi này gồm 25 câu, được chia làm 04 tiêu chí, và chấm điểm theo thang Likert 5 với thang đo từ 1 đến 5, điểm tương ứng là: 1 điểm: Rất không hài lòng; 2 điểm: Không hài lòng; 3 điểm: Bình thường; 4 điểm: Hài lòng; 5 điểm: Rất hài lòng. Tỷ lệ hài lòng chung về công tác chăm sóc của điều dưỡng được tính là điểm trung bình cộng điểm đánh giá của sản phụ ở các nội dung khảo sát. Mức điểm xác định: Hài lòng với điểm ≥ 4 ; Không hài lòng với điểm < 4 .

Ngoài ra, chúng tôi còn khảo sát sự lựa chọn nhu cầu sử dụng dịch vụ tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận của sản phụ. Các phiếu khảo sát được cài đặt trên phần mềm Google Form và tạo mã QR để sản phụ có thể quét và trả lời.

Số liệu sẽ được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 để làm sạch và xử lý, sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4.4. Quy trình can thiệp và các biện pháp cải tiến

Nghiên cứu sẽ được thực hiện qua 2 giai đoạn và

5 chu kỳ cải tiến (CT) theo phương pháp PDSA (Plan-Do-Study-Act).

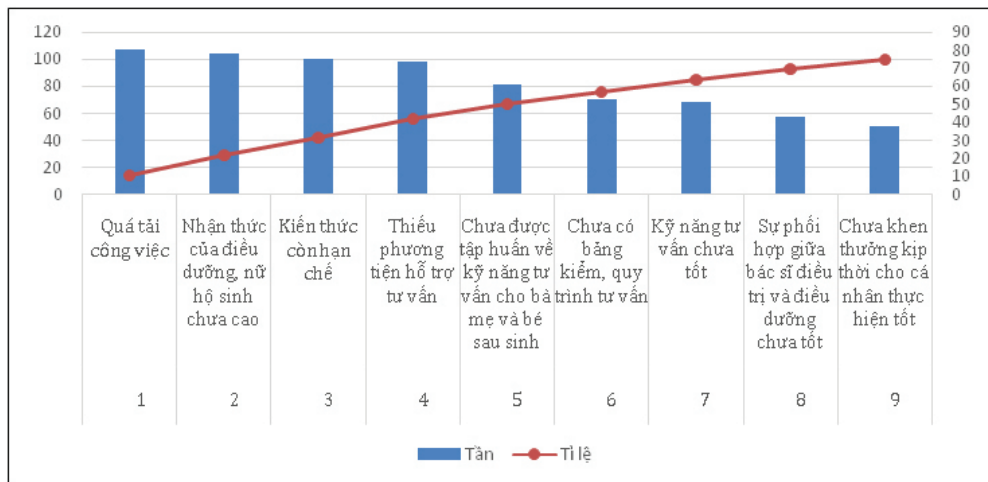
Giai đoạn 1 (trước can thiệp): Từ tháng 02 đến tháng 4/2024, nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát ban đầu và xác định các nguyên nhân cốt lõi ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc.

Giai đoạn 2 (sau can thiệp): Từ tháng 5 đến tháng 9/2024, các giải pháp can thiệp được triển khai và đánh giá hiệu quả qua các chu kỳ cải tiến.

Các biện pháp can thiệp bao gồm: Giảm quá tải công việc bằng cách rà soát và điều động nhân sự phù hợp để đảm bảo công tác chăm sóc sản phụ được thực hiện đầy đủ; Tổ chức các buổi tập huấn về kỹ năng truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân viên y tế (NVYT), tập huấn chăm sóc mẹ và bé; Phân tích các sự cố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh; Cập nhật và tập huấn quy trình tư vấn, giáo dục sức khỏe cho sản phụ sau mổ lấy thai; Tăng cường công tác giám sát và bổ sung các phương tiện hỗ trợ hoạt động chăm sóc mẹ và bé.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Sở Y tế tỉnh Ninh Thuận công nhận sáng kiến cấp cơ sở năm 2024 (QĐ số 600/QĐ-SYT ngày 04 tháng 12 năm 2024).



Biểu đồ 1. Pareto về các nguyên nhân cốt lõi ảnh hưởng đến tỷ lệ hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm thông tin người bệnh

Tỷ lệ sinh con lần 1 chiếm 39%, sinh con lần 2, lần 3 lần lượt chiếm tỷ lệ 35,3% và 25,7%. Như vậy, tỷ lệ sản phụ sinh con lần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất, sinh con lần ≥ 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất trong nhóm được

khảo sát.

Tỷ lệ sử dụng gói sinh dịch vụ chiếm 51,9%, còn lại 49,1% sản phụ không sử dụng gói sinh dịch vụ. Như vậy, không có sự khác biệt nhiều về tỷ lệ giữa sản phụ dùng gói dịch vụ và không sử dụng gói dịch vụ trong nhóm được khảo sát.

3.2. Kết quả hài lòng qua các tiêu chí khảo sát

3.2.1. Tiêu chí về cung cấp thông tin, truyền thông và tư vấn, hướng dẫn (Tiêu chí nhóm A)

Bảng 1. Điểm hài lòng về cung cấp thông tin, truyền thông và tư vấn, hướng dẫn

Điểm hài lòng	5/2024	6/2024	7/2024	8/2024	9/2024	TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm	p
Cung cấp thông tin (A1-A3)	3,53	3,87	3,93	4,08	4,24	3,93 ± 0,27	3,14	25,10	0,002
Truyền thông, tư vấn, hướng dẫn (A4-A7)	3,56	3,76	3,92	4,12	4,30	3,93 ± 0,28	3,19	23,26	0,004
Điểm trung bình	3,55	3,82	3,93	4,10	4,27	3,93 ± 0,26	3,17	24,23	0,003

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Các tiêu chí về cung cấp thông tin, truyền thông và tư vấn, hướng dẫn (nhóm A) qua khảo sát cho thấy điểm đánh giá hài lòng tăng rõ rệt qua các tháng. Trong đó, điểm hài lòng về cung cấp thông tin tăng 25,10% so với lúc trước can thiệp. Điểm hài lòng về truyền thông, tư vấn, hướng dẫn tăng 23,26% so với lúc trước can thiệp. Giá trị $p < 0,01$ ở tất cả các tiêu chí, chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và kết quả cải tiến là đáng tin cậy.

3.2.2. Tiêu chí về hài lòng dịch vụ chăm sóc bà mẹ (Tiêu chí nhóm B)

Bảng 2. Điểm hài lòng về dịch vụ chăm sóc bà mẹ

Điểm hài lòng	5/2024	6/2024	7/2024	8/2024	9/2024	TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm	p
Lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực của NVYT (B1-B4)	3,63	3,86	3,95	4,05	4,19	3,94 ± 0,21	3,44	14,41	0,006
Chăm sóc vết mổ (B5)	3,56	3,94	3,95	4,10	4,31	3,97 ± 0,28	3,21	23,73	0,003
Dịch vụ vệ sinh tăng sinh môn (B6)	3,36	3,88	3,92	4,10	4,22	3,90 ± ,32	3,21	21,37	0,01
Dịch vụ phục hồi sản chậu (B7)	3,59	3,90	3,97	4,16	4,26	3,98 ± 0,23	3,57	11,37	0,025
Dịch vụ gội đầu (B8)	3,38	3,89	3,93	4,10	4,24	3,91 ± 0,31	3,07	27,29	0,005
Điểm trung bình	3,50	3,89	3,94	4,10	4,24	3,94 ± 0,21	3,30	19,60	0,007

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Điểm hài lòng chung qua các tiêu chí khảo sát về dịch vụ chăm sóc bà mẹ tăng qua từng chu kỳ khảo sát và tăng 19,60% so với trước cải tiến. Trong đó, tiêu chí hài lòng về dịch vụ gội đầu có mức tăng cao nhất, tăng 27,29% so với lúc trước can thiệp, điểm hài lòng vào tháng 9/2024 đạt 4,24 điểm. Các tiêu chí còn lại tăng từ 11,37% đến 23,73%, tháng cuối chu kỳ cải tiến điểm hài lòng đạt 4,24 điểm. Giá trị $p < 0,01$ ở tất cả các tiêu chí, chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và kết quả cải tiến là đáng tin cậy.

3.2.3. Tiêu chí về hài lòng dịch vụ chăm sóc em bé (Tiêu chí nhóm C)

Bảng 3. Điểm hài lòng về chăm sóc em bé qua các chu kỳ cải tiến

Điểm hài lòng	5/2024	6/2024	7/2024	8/2024	9/2024	TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm	p
Theo dõi, thăm khám em bé (C1)	3,69	3,77	3,82	4,07	4,28	3,93 ± 0,26	3,35	17,19	0,006
Chăm sóc rốn bé (C2)	3, 69	3,77	3,97	4,03	4,31	4,01 ± 0,28	3,21	25,23	0,003
Dịch vụ lấy máu gót chân (C3)	3,86	3,78	3,92	4,04	4,26	3,97 ± 0,21	3,50	13,48	0,004
Dịch vụ tắm bé (C4)	3,60	3,77	3,94	4,08	4,28	3,93 ± 0,27	3,07	28,14	0,002
Điểm trung bình	3,71	3,77	3,91	4,05	4,28	3,96 ± 0,21	3,28	21,01	0,003

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Điểm hài lòng chung qua các tiêu chí khảo sát về dịch vụ chăm sóc em bé tăng qua từng chu kỳ khảo sát và tăng 21,01% so với trước cải tiến. Tiêu chí hài lòng về dịch vụ tắm bé có mức tăng cao nhất từ 3,07 lên 4,28 điểm, tăng 28,14%. Các tiêu chí còn lại tăng từ 13,48% tới 25,23% so với lúc trước can thiệp. Điểm hài lòng trung bình về dịch vụ chăm sóc bé tháng cuối chu kỳ cải tiến đạt 4,28/5 điểm. Giá trị $p < 0,01$ ở tất cả các tiêu chí, chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và kết quả cải tiến là đáng tin cậy.

3.2.4. Tiêu chí hài lòng về kết quả nằm viện (Tiêu chí nhóm D)

Bảng 4. Điểm hài lòng về kết quả nằm viện qua các chu kỳ cải tiến

Điểm hài lòng	5/2024	6/2024	7/2024	8/2024	9/2024	TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm	p
Kết quả nằm viện sinh đẻ an toàn (D1)	3,73	3,92	3,97	4,03	4,26	3,98 ± 0,21	3,28	21,4	0,001
Cấp phát, hướng dẫn sử dụng thuốc (D2)	3,69	3,97	3,95	4,03	4,35	4,00 ± 0,25	3,21	24,5	0,002
Giá cả dịch vụ y tế phù hợp, tương xứng với số tiền bỏ ra (D3)	3,47	3,75	3,75	4,03	4,17	3,83 ± 0,28	3,07	24,8	0,003
Điểm trung bình	3,63	3,88	3,89	4,03	4,26	3,93 ± 0,17	3,18	23,56	0,002

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Điểm hài lòng chung về kết quả nằm viện tăng qua từng chu kỳ cải tiến và tăng 23,56% so với trước cải tiến, đạt 4,26 điểm vào tháng cuối chu kỳ. Tiêu chí hài lòng về giá cả dịch vụ tương xứng với số tiền bỏ ra, có mức tăng cao nhất, từ 3,07 lên 4,17, tăng 24,8%. Giá trị $p < 0,01$ ở tất cả các tiêu chí, chứng tỏ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và kết quả cải tiến là đáng tin cậy.

3.2.5 Mức hài lòng của sản phụ với các dịch vụ chăm sóc mẹ và bé

Bảng 5. Kết quả đánh giá mức độ hài lòng của sản phụ qua các chu kỳ cải tiến

	Thời điểm khảo sát					TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm
	Tháng 5/2024	Tháng 6/2024	Tháng 7/2024	Tháng 8/2024	Tháng 9/2024			
Điểm đánh giá hài lòng	3,59	3,84	3,92	4,08	4,26	3,95 ± 0,256	3,28	20,26%
Hài lòng so với mong đợi	80%	82%	83%	92%	93%	-	74%	-

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Có sự thay đổi rõ rệt về mức độ hài lòng của sản phụ qua các đợt khảo sát, cụ thể: tại thời điểm bắt đầu khảo sát vào tháng 4/2024, tỉ lệ hài lòng của người bệnh so với mong đợi là 74%. Tỉ lệ này được cải thiện và tăng dần qua các chu kỳ, tháng 9/2024 đạt 93%. Qua 05 tháng cải tiến liên tục, điểm đánh giá hài lòng của sản phụ tăng 20,26% so với trước cải tiến, tăng từ 3,28 điểm lên 4,26 điểm vào tháng 9/2024.

Bảng 6. Thống kê điểm đánh giá chung các tiêu chí khảo sát

Nhóm tiêu chí	Tiêu chí	Tháng 9/2024	TB ± ĐLC	Trước CT	Tỉ lệ % tăng, giảm
1	Điểm hài lòng về nhóm tiêu chí cung cấp thông tin	4,24	3,93 ± 0,27	3,14	25,1
2	Điểm hài lòng về nhóm tiêu chí truyền thông tư vấn hướng dẫn	4,30	3,93 ± 0,28	3,19	23,26
3	Điểm hài lòng về chăm sóc bà mẹ: NVTY có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực, bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh phối hợp tốt	4,19	3,94 ± 0,21	3,44	14,41
4	Điểm hài lòng về điều dưỡng, hộ sinh chăm sóc vết mổ nhẹ nhàng	4,31	3,97 ± 0,28	3,21	23,73
5	Điểm hài lòng về dịch vụ vệ sinh tầng sinh môn	4,22	3,91 ± 0,32	3,21	21,37
6	Điểm hài lòng về dịch vụ phục hồi sàn chậu	4,26	3,98 ± 0,23	3,57	11,37
7	Điểm hài lòng về dịch vụ gọi đầu	4,24	3,91 ± 0,31	3,07	27,29
8	Điểm hài lòng về nhân viên y tế quan tâm, thăm khám bé trong quá trình nằm viện	4,28	3,93 ± 0,26	3,35	17,19
9	Điểm hài lòng về điều dưỡng, hộ sinh chăm sóc rốn bé hàng ngày	4,31	4,02 ± 0,28	3,21	25,23
10	Điểm hài lòng về dịch vụ lấy máu gót chân	4,26	3,97 ± 0,21	3,50	13,48
11	Điểm hài lòng về dịch vụ tắm bé	4,28	3,93 ± 0,27	3,07	28,14
12	Điểm hài lòng về kết quả nằm viện, giá cả dịch vụ y tế phù hợp, tương xứng với số tiền	4,26	3,94 ± 0,21	3,19	23,38
Điểm trung bình		4,26	3,95 ± 0,21	3,28	20,26

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Qua 5 chu kỳ cải tiến liên tục, điểm hài lòng của các sản phụ về các nhóm tiêu chí khảo sát được cải thiện rõ rệt. Chứng tỏ mức độ hài lòng của người bệnh tăng và điểm các tiêu chí tương đối cân bằng.

3.2.6. Kết quả khảo sát lựa chọn nhu cầu của người bệnh

Bảng 7. Kết quả khảo sát lựa chọn nhu cầu của người bệnh

Nội dung đánh giá	Thời điểm khảo sát					Tỉ lệ trung bình sau CT (%)	Tháng 4/2024 (Trước CT) (%)
	Tháng 5/2024	Tháng 6/2024	Tháng 7/2024	Tháng 8/2024	Tháng 9/2024		
Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn	4,34	0	0	0	0	0,86	7,20
Có thể sẽ quay lại	47,84	38,80	36,50	25,00	22,20	34,06	57,10
Chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác	47,82	61,20	64,50	75,00	77,80	65,08	35,70

Tỉ lệ trung bình khảo sát sự lựa chọn nhu cầu của người bệnh với dịch vụ của bệnh viện được đánh giá như sau: người bệnh chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác: từ 35,7% tại thời điểm tháng 4/2024 lên 65,08%. Người bệnh có thể sẽ quay lại: từ 57,10% giảm xuống còn 34,06%. Mức độ tin tưởng của người bệnh chuyển dần từ “có thể sẽ quay lại” sang “chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu cho người khác”. Tỉ lệ người bệnh chọn “không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn” rất thấp 0,86%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy những biện pháp can thiệp đã mang lại hiệu quả rõ rệt trong việc cải thiện sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận. Theo đó, tỉ lệ hài lòng chung đã tăng từ 74% vào tháng 4/2024 lên 93% vào tháng 9/2024, tương ứng với mức tăng 19%. Điểm hài lòng trung bình cũng tăng từ 3,28 lên 4,26 điểm, cải thiện 20,26% so với trước can thiệp. Sự cải thiện này phản ánh kết quả tích cực của các biện pháp can thiệp và cải tiến quy trình chăm sóc.

Một trong những yếu tố quan trọng góp phần vào sự cải thiện này là việc áp dụng công nghệ trong quá trình khảo sát và thu thập ý kiến từ sản phụ. Việc sử dụng mã QR và các công cụ khảo sát trực tuyến đã giúp việc thu thập thông tin trở nên dễ dàng và hiệu quả hơn. Các nhà quản lý có thể nhanh chóng nhận diện những vấn đề tồn tại trong quá trình chăm sóc và đưa ra giải pháp kịp thời. Đây là một yếu tố quan trọng trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt trong bối cảnh y tế hiện đại khi mà sự tham gia của công nghệ ngày càng đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ y tế [11, 12].

Kết quả khảo sát cũng cho thấy các tiêu chí đánh giá hài lòng có sự cải thiện rõ rệt qua từng chu kỳ. Cụ thể, nhóm tiêu chí liên quan đến việc cung cấp thông tin và tư vấn (nhóm A) đạt mức tăng đáng kể (23% - 25%), phản ánh hiệu quả của việc triển khai quy trình tư vấn chuẩn hóa và ứng dụng phần mềm trong việc cung cấp thông tin cho sản phụ. Điều này tương đồng với các nghiên cứu trước đó cho thấy

việc chuẩn hóa quy trình chăm sóc và tư vấn không chỉ nâng cao sự hài lòng của người bệnh mà còn giúp tăng cường sự hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe [13, 14].

Đặc biệt, sự cải thiện trong các dịch vụ chăm sóc bà mẹ và em bé như gội đầu, tắm bé và chăm sóc vết mổ đã mang lại những trải nghiệm tích cực cho sản phụ. Mặc dù những dịch vụ này có thể xem là yếu tố nhỏ, nhưng chúng đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện cảm giác được quan tâm và chăm sóc toàn diện của người bệnh. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, khẳng định rằng việc chú trọng đến những chi tiết nhỏ trong chăm sóc có thể tạo nên sự khác biệt lớn trong trải nghiệm và mức độ hài lòng của người bệnh [15].

Điều đáng chú ý là sự cải thiện trong mức độ hài lòng về chi phí dịch vụ y tế, với mức tăng lên đến gần 25%, cho thấy sản phụ đánh giá chất lượng chăm sóc được cung cấp xứng đáng với chi phí bỏ ra. Điều này phản ánh sự hài lòng không chỉ về mặt chất lượng chuyên môn mà còn về sự hợp lý và công bằng trong giá trị dịch vụ y tế mà bệnh viện cung cấp [16].

Ngoài ra, mức độ gắn bó và niềm tin của sản phụ vào bệnh viện cũng có sự thay đổi đáng kể. Tỉ lệ sản phụ “chắc chắn sẽ quay lại hoặc giới thiệu” đã tăng từ 35,70% lên 65,08% sau can thiệp, trong khi tỉ lệ sản phụ “không muốn quay lại” giảm xuống dưới 1%. Đây là một chỉ số quan trọng cho thấy rằng không chỉ chất lượng chuyên môn mà thái độ giao tiếp, sự quan tâm và trải nghiệm dịch vụ cũng đóng vai trò quan trọng trong sự hài lòng của người

bệnh. Điều này cũng được các nghiên cứu trước đây khẳng định rằng thái độ và sự giao tiếp của nhân viên y tế có ảnh hưởng trực tiếp đến sự hài lòng của bệnh nhân [12, 13, 15, 17].

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy các giải pháp can thiệp như ứng dụng công nghệ số, cải tiến quy trình chăm sóc, và nâng cao năng lực của đội ngũ nhân viên y tế đã giúp không chỉ nâng cao sự hài lòng của sản phụ mà còn tạo dựng hình ảnh bệnh viện thân thiện và chuyên nghiệp, là nơi mà người dân sẽ lựa chọn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi cần (89,14% người bệnh sẽ quay trở lại và chắc chắn quay trở lại). Các kết quả này khẳng định tầm quan trọng của việc kết hợp giữa công nghệ và nâng cao chất lượng nguồn nhân lực trong việc cải thiện chất lượng dịch vụ y tế, đồng thời cũng đóng góp vào việc xây dựng một hệ thống y tế bền vững và đáng tin cậy.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu “Cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận năm 2024” mang tính thực tiễn, ứng dụng cao. Các giải pháp can

thiệp trong nghiên cứu đã giúp cải thiện đáng kể chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận. Tỷ lệ hài lòng chung tăng từ 74% lên 93%, điểm trung bình tăng từ 3,28 lên 4,26 điểm. Việc ứng dụng công nghệ số, chuẩn hóa quy trình tư vấn và tăng cường đào tạo nhân viên y tế đã chứng minh hiệu quả và khả năng duy trì lâu dài. Duy trì và mở rộng ứng dụng công nghệ số trong khảo sát và phản hồi sự hài lòng, đồng thời phát triển hệ thống đánh giá trực tuyến thang điểm 5 sao (5*) để tiếp cận đa dạng người bệnh. Đề nghị bệnh viện tiếp tục mở rộng mô hình cải tiến này ra toàn viện, duy trì giám sát định kỳ, đồng thời hoàn thiện hệ thống phản hồi trực tuyến để nâng cao trải nghiệm người bệnh.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả khẳng định không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến việc thực hiện, phân tích kết quả hoặc công bố nghiên cứu này. Toàn bộ quá trình nghiên cứu được tiến hành một cách độc lập, trung thực và khách quan, với mục tiêu duy nhất là cải thiện chất lượng chăm sóc và nâng cao sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Nhung. Lợi ích và nguy cơ mổ lấy thai. Thời sự Y học. 2014; (3): 23–25.
2. Tỷ lệ sinh mổ tăng gấp ba trong 15 năm [Internet]. 2023 [truy cập ngày 10/10/2024]. Tại: <https://vnexpress.net/ty-le-sinh-mo-tang-gap-ba-trong-15-nam-4574399.html>.
3. Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng, Phạm Hoài Sơn, Nguyễn Thị Hồng Phượng, Lê Linh Huyền. Phân tích các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. Tạp Chí Phụ Sản. 2022; (3): 46-49.
4. Mã Thanh Tùng. Đánh giá tỷ lệ hài lòng và các yếu tố liên quan của sản phụ gây tê mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2020. Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch. 2022; (4): 89-97.
5. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện năm 2019 [báo cáo nội bộ]. Hà Nội: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội; 2019.
6. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận. Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện năm 2022 [báo cáo nội bộ]. Ninh Thuận: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận; 2022.
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2009.
8. Bộ Y tế. Cách chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai (2) [Internet]. [truy cập ngày 10/10/2024]. Tại: <http://mch.moh.gov.vn/bai-viet/lam-me-an-toan/cham-soc-sau-khi-de-c.35.html?page=2>.
9. Bùi Thị Thu Hà. Sức khỏe sinh sản. Hà Nội: Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2009.
10. Cao Ngọc Thành. Điều dưỡng sản phụ khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2013.
11. Đinh Thị Mỹ Hạnh, Đặng Ngọc Sang. Nghiên cứu xây dựng hệ thống khảo sát trực tuyến trong hoạt động đảm bảo chất lượng giáo dục tại Trường Cao đẳng Công nghệ Thông tin – Đại học Đà Nẵng. Tạp chí Khoa học và Công nghệ – Đại học Đà Nẵng. 2015;(12):68–74.
12. Ngô Quang Thiện, Nguyễn Trung Nghĩa. Sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023; (63): 54–62.
13. Đoàn Phước Thuộc, Dương Thị Hồng Liên, Nguyễn Viết Tứ, Trần Thị Thanh Thảo. Đánh giá sự hài lòng người bệnh nội trú về công tác chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế năm 2019. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế. 2020; 10(4): 16–24.

14. American Journal of Lifestyle Medicine. Utilizing digital health technologies for patient education in lifestyle medicine. Am J Lifestyle Med. 2020; 14(2): 152-158.

15. Đỗ Tuấn Đạt, Nguyễn Thị Thu Hà. Khảo sát sự hài lòng của sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa Sản thường A3, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 535(1): 151–156.

16. Võ Thị Thanh, Trần Quốc Lâm. Sự hài lòng của sản phụ và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa Sản Bệnh viện

Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 1B(6): 74-78.

17. Hồ Thị Nguyệt Hằng, Lê Thị Bích Trâm, Phan Minh Trí, Hồ Xuân Dũng, Hồ Thị Thùy Trang, Đặng Thị Thanh Phúc. Hiệu quả ứng dụng mã QR trong giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân sau hóa trị ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Điều dưỡng mở rộng lần thứ VII; tháng 11 năm 2023. Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2023: 251 – 257.

Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì bằng quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn với mão zirconia nguyên khối CAD/CAM

Đỗ Thành Tín¹, Nguyễn Thị Thùy Dương^{1*}, Bùi Ngọc Huyền Trang², Phan Toàn Khoa³, Đặng Minh Huy¹, Trần Tấn Tài^{1*}

¹ Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

² Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³ Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Văn Lang

Tác giả liên hệ: Trần Tấn Tài, email: ttai@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 15/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tải lực tức thì trong phục hồi implant đơn lẻ giúp rút ngắn thời gian điều trị, duy trì thẩm mỹ và tăng sự thoải mái cho bệnh nhân. Nghiên cứu nhằm đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL) và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì mão zirconia nguyên khối được chế tạo bằng với sự hỗ trợ của máy tính (CAD/CAM) theo quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 37 bệnh nhân mất răng đơn lẻ vùng sau, có độ ổn định sơ khởi implant đạt ≥ 70 . Mão zirconia được gắn 36 - 48 giờ sau phẫu thuật. OHRQoL được đánh giá bằng bảng câu hỏi OHIP-14VN (14 câu, 7 lĩnh vực, thang Likert 0 - 4). Mức độ hài lòng được đo bằng thang điểm thị giác tương tự (VAS) 100 mm tại T0, T3 và T6.

Kết quả: Điểm OHIP-14VN giảm có ý nghĩa từ T0 đến T6 ($p < 0,01$), cải thiện rõ ở đau thực thể và giới hạn chức năng. Điểm VAS tăng dần theo thời gian, đạt trên 90 tại T6. Đau sau phẫu thuật nhẹ, giảm nhanh trong tuần đầu. Tỷ lệ sống implant đạt 97,3%.

Kết luận: Phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì bằng quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn với mão zirconia nguyên khối CAD/CAM giúp cải thiện rõ rệt OHRQoL và sự hài lòng của bệnh nhân, thể hiện hướng điều trị hiện đại, lấy bệnh nhân làm trung tâm.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống; hài lòng bệnh nhân; implant tải lực tức thì; zirconia CAD/CAM; nha khoa kỹ thuật số.

Evaluation of changes in quality of life and patient satisfaction after immediate loading of single-tooth implants using a two-visit fully digital workflow with monolithic zirconia CAD/CAM crowns

Do Thanh Tín¹, Nguyen Thi Thuy Duong^{1*}, Bui Ngoc Huyen Trang², Phan Toan Khoa³, Dang Minh Huy¹, Tran Tan Tai^{1*}

¹ Faculty of Odonto-stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Faculty of Dentistry, Nguyen Tat Thanh University

³ Faculty of Dentistry, Van Lang University

Abstract

Background: Immediate loading of single-tooth implants shortens treatment time, preserves esthetics, and enhances patient comfort. This study aimed to evaluate changes in oral health-related quality of life (OHRQoL) and patient satisfaction after immediately loaded single-tooth implant restorations using monolithic zirconia crowns fabricated with computer-aided design and computer-aided manufacturing (CAD/CAM) in a two-visit fully digital workflow.

*: Đồng tác giả chính (Co-first author)

Materials and Methods: A prospective clinical study was conducted on 37 patients with single posterior tooth loss and sufficient primary implant stability ($ISQ \geq 70$). Monolithic zirconia crowns were delivered 36–48 hours after surgery. OHRQoL was assessed using the Vietnamese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14VN), consisting of 14 items across 7 domains, rated on a 5-point Likert scale (0–4). Patient satisfaction was measured using a 100-mm Visual Analog Scale (VAS) at baseline (T0), 3 months (T3), and 6 months (T6).

Results: Mean OHIP-14VN scores significantly decreased from T0 to T6 ($p < 0.01$), showing notable improvement in physical pain and functional limitation domains. VAS scores for satisfaction increased progressively over time, exceeding 90 at T6. Postoperative pain was mild and subsided rapidly within the first week. The cumulative implant survival rate was 97.3%.

Conclusion: Immediate loading of single-tooth implants using a two-visit digital workflow with monolithic zirconia CAD/CAM crowns significantly improved OHRQoL and patient satisfaction, reflecting a modern, patient-centered approach in contemporary implant dentistry.

Keywords: *Quality of life; patient satisfaction; immediate loading; zirconia CAD/CAM; digital dentistry.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép nha khoa hiện được xem là một phương thức điều trị tiêu chuẩn trong phục hồi mất răng, mang lại hiệu quả lâu dài cả về chức năng và thẩm mỹ. Tuy nhiên, các chỉ số lâm sàng truyền thống như tỉ lệ tồn tại của implant hay mức xương quanh implant chỉ phản ánh một phần của thành công điều trị. Trong bối cảnh nha khoa hiện đại hướng đến người bệnh, các kết quả báo cáo bởi bệnh nhân (Patient-Reported Outcomes - PROs) ngày càng được quan tâm như một thành phần thiết yếu trong đánh giá toàn diện, bên cạnh các chỉ số khách quan. Các yếu tố như chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (Oral Health-Related Quality of Life - OHRQoL), mức độ hài lòng và cảm nhận đau sau phẫu thuật phản ánh trực tiếp hiệu quả điều trị từ góc nhìn của bệnh nhân [1-4].

Trong số các công cụ đo lường PROs, bảng câu hỏi Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14) là một trong những thang đo được sử dụng phổ biến và có độ tin cậy cao trên toàn cầu [5, 6]. Phiên bản tiếng Việt đã được dịch, chuẩn hóa và thẩm định văn hóa – ngôn ngữ (OHIP-14VN), cho phép áp dụng trong nghiên cứu và lâm sàng tại Việt Nam [7]. Sự ra đời của công cụ này giúp việc đánh giá OHRQoL trở nên chính xác và phù hợp hơn với đặc thù dân số Việt Nam.

Cùng với sự phát triển của vật liệu và công nghệ, xu hướng tải lực tức thì (immediate loading) trong điều trị implant ngày càng phổ biến, được định nghĩa là việc gắn phục hình tạm hoặc phục hình sau cùng trong vòng 48 giờ sau khi đặt implant. Phác đồ này giúp rút ngắn thời gian điều trị, phục hồi sớm chức năng và thẩm mỹ, từ đó nâng cao trải nghiệm điều trị và sự hài lòng của bệnh nhân. Các bằng chứng lâm sàng cho thấy, với điều kiện đạt độ ổn định sơ khởi thích hợp, tải lực tức thì có thể đem lại kết quả tương

đương với tải lực trì hoãn truyền thống [8-11].

Trong các nghiên cứu quốc tế, OHRQoL đã được chứng minh là chỉ báo quan trọng phản ánh sự thành công tổng thể của phục hình implant. Feine và cộng sự (2018) trong Báo cáo đồng thuận ITI khẳng định rằng cải thiện OHRQoL là mục tiêu cốt lõi của điều trị implant lấy bệnh nhân làm trung tâm. Bishti và cộng sự (2021) cho thấy quy trình kỹ thuật số có thể nâng cao đáng kể điểm OHRQoL sau phục hồi implant, nhờ giảm thời gian điều trị và tăng độ chính xác phục hình [1-2]. Về biến số mức độ hài lòng, nhiều nghiên cứu (Alzarea 2016; Campos 2022) đã ghi nhận mối liên hệ chặt chẽ giữa sự hài lòng, chất lượng cuộc sống và đặc điểm quy trình điều trị [3, 5]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về PROs trong lĩnh vực implant nha khoa, đặc biệt với sự hỗ trợ của kỹ thuật số, còn rất hạn chế. Phần lớn các công trình mới chỉ tập trung đánh giá kết quả chức năng, ít đề cập đến trải nghiệm và cảm nhận của bệnh nhân. Khoảng trống này cho thấy cần có thêm dữ liệu thực chứng để phản ánh chính xác hơn giá trị điều trị từ góc nhìn người bệnh trong bối cảnh lâm sàng Việt Nam.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi OHRQoL và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau khi phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì bằng mão zirconia nguyên khối CAD/CAM theo quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu (prospective clinical study) được thực hiện tại Phòng khám Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Huế, trong giai đoạn từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025. Nghiên cứu tập trung đánh giá các kết quả báo cáo bởi bệnh nhân (PROs) sau phục hồi implant đơn lẻ tải

lực tức thì bằng mào zirconia nguyên khối CAD/CAM theo quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, mất răng đơn lẻ vùng sau với sống hàm đã lành ≥ 6 tháng; Chiều rộng sống hàm tối thiểu 7 mm, chiều cao xương ≥ 10 mm, niêm mạc sừng mặt ngoài ≥ 2 mm, khoảng liên hàm tối thiểu 5 mm; Có tình trạng sức khỏe toàn thân và răng miệng tốt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có nghiến răng, bệnh toàn thân ảnh hưởng đến quá trình lành thương, vệ sinh răng miệng kém. Trường hợp implant đặt không đạt độ ổn định sơ khởi (ISQ < 70).

Quy mô mẫu: Tổng cộng 37 bệnh nhân (37 vị trí implant đơn lẻ vùng sau) đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn tham gia nghiên cứu. Các thông tin nhân trắc, giới tính, tuổi và vị trí implant được ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Quy trình lâm sàng và phục hình

Tất cả implant (AnyRidge®, MegaGen, Hàn Quốc) được phục hồi theo quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn.

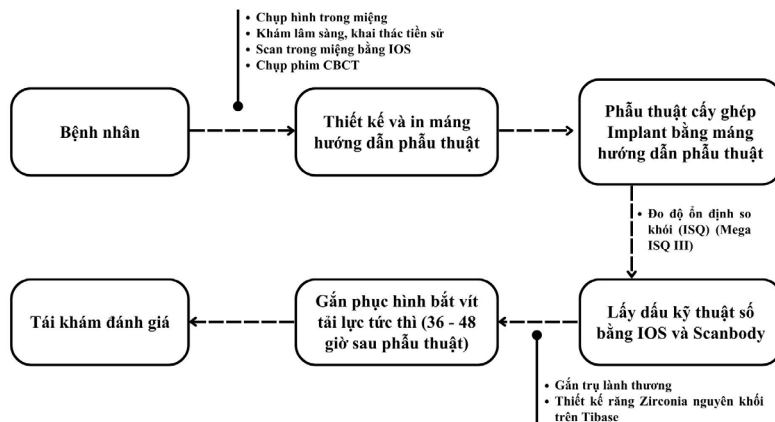
Giai đoạn tiền phẫu: Bệnh nhân được chụp Cone-beam Computed Tomography (CBCT) và quét trong miệng (intraoral scanning). Dữ liệu hình ảnh được nhập vào phần mềm lập kế hoạch phẫu thuật

kỹ thuật số dựa theo nguyên tắc prosthetically driven implant planning, đảm bảo vị trí, hướng và độ sâu implant phù hợp với yêu cầu phục hình sau cùng. Máng hướng dẫn phẫu thuật được thiết kế và chế tạo bằng công nghệ CAD/CAM.

Giai đoạn phẫu thuật: Implant được đặt theo vị trí đã hoạch định, sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật. Độ ổn định sơ khởi được đo bằng phương pháp phân tích tần số cộng hưởng (Resonance Frequency Analysis – RFA) thông qua thiết bị Mega ISQ II (MegaGen, Hàn Quốc). Các trường hợp đạt ISQ ≥ 70 hoặc mô-men xoắn ≥ 35 Ncm được chỉ định phục hồi tức thì.

Giai đoạn phục hình: Trong vòng 36 - 48 giờ sau phẫu thuật, bệnh nhân được phục hồi bằng mào zirconia nguyên khối CAD/CAM bắt vít trên abutment titanium. Dấu quét kỹ thuật số được thực hiện ngay sau khi đặt implant. Khớp cắn được điều chỉnh nhằm tránh cản trở sang bên và chỉ duy trì tiếp xúc nhẹ ở khớp cắn trung tâm.

Toàn bộ quy trình điều trị được tiến hành theo trình tự thống nhất, bao gồm các bước từ thăm khám, lập kế hoạch kỹ thuật số, phẫu thuật có hướng dẫn, đến phục hồi tức thì bằng mào zirconia nguyên khối CAD/CAM. Sơ đồ nghiên cứu minh họa các giai đoạn chính của quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn được trình bày trong Hình 1.



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu áp dụng quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn trong phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì (tham khảo theo nghiên cứu của nhóm tác giả)

2.4. Công cụ thu thập và chỉ số đánh giá

(1) Chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL):

Công cụ gốc được xây dựng bởi Slade & Spencer (1994) gồm 14 câu hỏi chia thành 7 lĩnh vực (subscales): giới hạn chức năng, đau thực thể, khó chịu tâm lý, thiếu năng thể chất, thiếu năng tâm lý,

thiếu năng xã hội và tàn tật. Mỗi câu hỏi được chấm theo thang Likert 5 mức (0 - 4): 0 = Không bao giờ, 1 = Hiếm khi, 2 = thỉnh thoảng, 3 = Thường xuyên, 4 = Luôn luôn. Tổng điểm dao động từ 0 đến 56, với điểm cao hơn thể hiện OHRQoL kém hơn [4]. Phiên bản OHIP-14VN đã được dịch, chuẩn hóa và kiểm định độ tin cậy (Cronbach's alpha = 0,93 khi bệnh

nhân tự điền và 0,91 khi được hỗ trợ) [7].

Đánh giá được thực hiện tại ba thời điểm: T0: Trước khi đặt implant (ban đầu); T3: Sau phẫu thuật 3 tháng; T6: Sau phẫu thuật 6 tháng.

(2) Mức độ hài lòng của bệnh nhân:

Được đánh giá bằng thang điểm thị giác (Visual Analog Scale - VAS) 100 mm, với giá trị 0 tương ứng “hoàn toàn không hài lòng” và 100 là “hoàn toàn hài lòng”.

Hai khía cạnh được khảo sát gồm chức năng nhai và thẩm mỹ, ghi nhận tại T3 và T6.

(3) Mức độ đau sau phẫu thuật:

Được đánh giá bằng thang VAS 10 điểm (0–10), trong đó 0 = Không đau, 10 = Đau dữ dội, ghi nhận vào ngày 1, ngày 3 và ngày 7 sau phẫu thuật.

2.5. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 (IBM Corp., Hoa Kỳ). Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC). So sánh lặp lại theo thời gian được thực hiện bằng phép kiểm Repeated Measures ANOVA với hiệu chỉnh Bonferroni. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học - Trường Đại học Y Dược Huế (Mã số: H2024/211, ngày phê duyệt 23/05/2024). Tất cả người tham gia đều được giải thích rõ mục tiêu, quy trình nghiên cứu và ký văn bản đồng thuận tự nguyện trước khi tiến hành.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nữ	23	62,2
Nam	14	37,8
Vị trí mất răng		
Hàm dưới	30	81,1
Hàm trên	7	18,9

Có tổng cộng 37 implant được đặt cho 37 bệnh nhân (tuổi trung bình: $31,86 \pm 6,29$), trong đó nữ chiếm đa số (62,2%). Phần lớn implant được đặt tại hàm dưới (81,1%). Tải lực tức thì đạt thành công ở 36/37 trường hợp (97,3%). Sau 6 tháng theo dõi, 36 implant vẫn duy trì chức năng, đạt tỉ lệ sống tích lũy 97,3%.

3.2. Sự thay đổi điểm OHIP-14VN theo thời gian

Bảng 2. Điểm OHIP-14VN trung bình theo thời gian

Thời điểm	OHIP-14VN (TB $\pm$ ĐLC)	p (so với T0)
T0 (Ban đầu)	$22,5 \pm 7,2$	–
T3 (3 tháng)	$12,8 \pm 5,9$	$< 0,01$
T6 (6 tháng)	$8,6 \pm 4,3$	$< 0,01$

Điểm OHIP-14VN trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ T0 đến T3 và T6 ($p < 0,01$), phản ánh sự cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL) sau phục hồi implant tải lực tức thì.

3.3. Sự thay đổi điểm OHIP-14VN theo từng lĩnh vực

Bảng 3. Điểm OHIP-14VN theo lĩnh vực

Lĩnh vực	T0 (TB $\pm$ ĐLC)	T3 (TB $\pm$ ĐLC)	p $\Delta(T0-T3)$	T6 (TB $\pm$ ĐLC)	p $\Delta(T0-T6)$
Giới hạn chức năng	$3,8 \pm 1,2$	$2,1 \pm 1,0$	$< 0,01$	$1,2 \pm 0,8$	$< 0,01$
Đau thực thể	$4,5 \pm 1,3$	$2,6 \pm 1,1$	$< 0,01$	$1,4 \pm 0,9$	$< 0,01$
Không thoải mái tâm lý	$3,9 \pm 1,1$	$2,3 \pm 1,0$	$< 0,01$	$1,5 \pm 0,7$	$< 0,01$

Thiếu năng thể chất	3,1 ± 1,0	1,8 ± 0,9	< 0,01	1,0 ± 0,6	< 0,01
Thiếu năng tâm lý	2,9 ± 0,9	1,7 ± 0,8	< 0,01	1,0 ± 0,6	< 0,01
Thiếu năng xã hội	2,2 ± 0,8	1,3 ± 0,6	< 0,01	0,8 ± 0,5	< 0,05

Cải thiện được ghi nhận ở cả bảy lĩnh vực của OHIP-14VN, trong đó sự thay đổi rõ nhất ở đau thực thể, giới hạn chức năng và khó chịu tâm lý. Các giá trị p đều nhỏ hơn 0,05, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm đo.

3.4. Mức độ hài lòng của bệnh nhân (VAS)

Bảng 4. Điểm hài lòng của bệnh nhân (VAS)

Biến số	T3 (TB ± ĐLC)	T6 (TB ± ĐLC)	p
Chức năng nhai	88,1 ± 6,7	92,4 ± 5,9	< 0,05
Thẩm mỹ	86,3 ± 7,4	90,7 ± 7,8	< 0,05

Điểm VAS tăng có ý nghĩa thống kê theo thời gian, đạt trên 90 tại thời điểm 6 tháng. Bệnh nhân ghi nhận mức độ hài lòng cao về cả chức năng và thẩm mỹ sau điều trị implant tải lực tức thì bằng mão zirconia CAD/CAM.

3.5. Mức độ đau sau phẫu thuật

Bảng 5. Giá trị VAS trung bình về mức độ đau sau phẫu thuật

Thời điểm	VAS (TB ± ĐLC)
Ngày 1	2,1 ± 1,2
Ngày 3	0,95 ± 0,91
Ngày 7	0,05 ± 0,23

Mức độ đau sau phẫu thuật nhìn chung nhẹ và giảm nhanh trong tuần đầu tiên. Phần lớn bệnh nhân không còn cảm giác đau hoặc chỉ đau rất nhẹ vào ngày thứ 7, cho thấy quy trình tải lực tức thì ít gây khó chịu sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã đánh giá các kết quả báo cáo bởi bệnh nhân (Patient-Reported Outcomes – PROs) sau phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì bằng mão zirconia nguyên khối CAD/CAM theo quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn. Kết quả cho thấy có sự cải thiện đáng kể về chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL), mức độ hài lòng cao của bệnh nhân, cùng với cảm nhận đau sau phẫu thuật ở mức nhẹ, phản ánh hiệu quả toàn diện của phương pháp này cả về lâm sàng và trải nghiệm người bệnh. Việc sử dụng thang đo OHIP-14VN, đã được chuẩn hóa ngôn ngữ và văn hóa, giúp kết quả nghiên cứu mang tính tin cậy và phù hợp trong bối cảnh lâm sàng Việt Nam [7].

4.1. Cải thiện chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL)

Điểm OHIP-14VN trung bình giảm rõ rệt giữa các thời điểm sau phục hình, phản ánh sự cải thiện đáng kể về chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng (OHRQoL) của bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế như của Alzarea (2016) và Bishti (2021) [1,3]. Sự cải thiện liên tục theo thời gian cho thấy bệnh nhân thích nghi tốt với

phục hình, đồng thời khẳng định hiệu quả phục hình trong việc nâng cao sức khỏe răng miệng tổng thể.

4.2. Sự thay đổi điểm OHIP-14VN theo từng lĩnh vực

Điểm trung bình của tất cả bảy lĩnh vực trong thang đo OHIP-14VN đều giảm sau phục hình, trong đó sự cải thiện rõ rệt nhất ghi nhận ở các lĩnh vực đau thực thể, giới hạn chức năng và khó chịu tâm lý. Tất cả các giá trị p đều nhỏ hơn 0,05, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm đánh giá. Xu hướng cải thiện đồng bộ giữa các lĩnh vực phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đây, khẳng định tác động tích cực của phục hình răng đối với cả khía cạnh thể chất lẫn tinh thần [14-16]. Kết quả này cho thấy điều trị phục hình không chỉ phục hồi chức năng nhai và phát âm, mà còn góp phần nâng cao cảm nhận tâm lý - xã hội và sự tự tin của bệnh nhân trong giao tiếp.

4.3. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng được ghi nhận cao ở cả hai khía cạnh chức năng và thẩm mỹ, với điểm trung bình vượt 90 tại thời điểm 6 tháng. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước về PROs trong phục hình implant đơn lẻ [17-19]. Sự hài lòng này có thể

được lý giải bởi quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn giúp rút ngắn thời gian điều trị, duy trì thẩm mỹ ngay sau phẫu thuật và giảm số lần hẹn tái khám. Việc sử dụng mào zirconia nguyên khối CAD/CAM thay cho sứ-kim loại truyền thống cũng góp phần nâng cao cảm nhận thẩm mỹ và tính tự nhiên của phục hình. Bên cạnh đó, độ chính xác và khả năng điều chỉnh khớp cắn tối ưu nhờ CAD/CAM giúp cải thiện chức năng ăn nhai và sự thoải mái khi sử dụng phục hình [20].

4.4. Mức độ đau sau phẫu thuật

Cảm giác đau sau phẫu thuật được ghi nhận ở mức nhẹ và giảm nhanh trong tuần đầu. Kết quả này phù hợp với các bằng chứng trước đây cho thấy phẫu thuật có hướng dẫn kỹ thuật số [21]. Các phẫu thuật có hỗ trợ máng hướng dẫn giúp hạn chế sang chấn mô mềm, rút ngắn thời gian thao tác và giảm phản ứng viêm hậu phẫu. Điều này củng cố giả thuyết rằng các quy trình xâm lấn tối thiểu có hỗ trợ kỹ thuật số không chỉ đảm bảo độ chính xác phẫu thuật mà còn nâng cao trải nghiệm của bệnh nhân và giảm khó chịu sau điều trị.

4.5. Vai trò của quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn trong phục hình implant

Quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn mang lại nhiều ưu điểm vượt trội: loại bỏ bước lấy dấu truyền thống, giảm sai số tích lũy, rút ngắn thời gian điều trị và cải

thiện độ chính xác của mào tạm cũng như mào sau cùng. Các báo cáo gần đây cho thấy phục hồi implant bằng quy trình kỹ thuật số đạt kết quả tương đương, thậm chí vượt trội, so với quy trình truyền thống về cả độ chính xác và sự hài lòng của bệnh nhân [22]. Việc gắn mào zirconia nguyên khối trong vòng 36–48 giờ sau phẫu thuật thể hiện bước tiến quan trọng của nha khoa kỹ thuật số, hướng tới điều trị nhanh, an toàn và lấy bệnh nhân làm trung tâm. Nghiên cứu này góp phần bổ sung bằng chứng lâm sàng khẳng định tính hiệu quả và khả thi của phác đồ phục hồi implant tức thì có hỗ trợ kỹ thuật số trong bối cảnh thực hành tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy quy trình kỹ thuật số hai lần hẹn với mào zirconia nguyên khối CAD/CAM trong phục hồi implant đơn lẻ tải lực tức thì giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng và nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân. Kết quả này khẳng định hiệu quả và tính khả thi của phương pháp điều trị, góp phần hướng đến mô hình chăm sóc nha khoa lấy bệnh nhân làm trung tâm.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishti S, Tuna T, Rittich A, Wolfart S. Patient-reported outcome measures (PROMs) of implant-supported reconstructions using digital workflows: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res.* 2021;32(Suppl 21):318–35.
2. Feine J, Abou-Ayash S, Al Mardini M, de Santana RB, Bjelke-Holtermann T, Bornstein MM, et al. Group 3 ITI Consensus Report: Patient-reported outcome measures associated with implant dentistry. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(Suppl 16):270–5.
3. Alzarea BK. Assessment and evaluation of quality of life (OHRQoL) of patients with dental implants using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) – a clinical study. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(4):ZC57–60.
4. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3–11.
5. Campos LA, Peltomäki T, Marôco J, Campos J. Use of Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) in different contexts: what is being measured? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24):13141.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284–90.
7. Anneloes EG, Thoa CN, Dick JW, Ewald MB, Nico HJC. A Vietnamese version of the 14-item Oral Health Impact Profile (OHIP-14VN). *Open J Epidemiol.* 2012;2(3):188–93.
8. Gallucci GO, Hamilton A, Zhou W, Buser D, Chen S. Implant placement and loading protocols in partially edentulous patients: a systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2018;29(Suppl 16):106–34.
9. Patel R, Ucer C, Wright S, Khan RS. Differences in dental implant survival between immediate vs delayed placement: a systematic review and meta-analysis. *Dent J (Basel).* 2023;11(9):225.
10. Chen L, Lin WS, Polido WD, Eckert GJ, Morton D. Accuracy, reproducibility, and dimensional stability of additively manufactured surgical templates. *J Prosthet Dent.* 2019;122(3):309–14.
11. Sanz-Sánchez I, Sanz-Martín I, Figuero E, Sanz M. Clinical efficacy of immediate implant loading protocols compared to conventional loading depending on the type of restoration: a systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2015;26(8):964–82.
12. Gianfreda F, Pesce P, Marcano E, Pistilli V, Bollero P, Canullo L. Clinical outcome of fully digital workflow for

single-implant-supported crowns: a retrospective clinical study. *Dent J (Basel)*. 2022;10(8):139.

13. Kouveliotis G, Papapmanoli E, Tasopoulos T, Tampakos I, Michas D, Tzanakakis EG, et al. Fully digital workflow for immediate loading using a minimally invasive surgical approach: a case report. *Prosthesis*. 2025;7(2):25–32.

14. Reissmann DR, Dard M, Lamprecht R, Struppek J, Heydecke G. Oral health-related quality of life in subjects with implant-supported prostheses: a systematic review. *J Dent*. 2017;65:22–40.

15. Reissmann DR, Enkling N, Moazzin R, Haueter M, Worni A, Schimmel M. Long-term changes in oral health-related quality of life over 5 years in patients treated with narrow diameter implants: a prospective clinical study. *J Dent*. 2018;75:84–90.

16. Waltenberger L, Reich S, Zwahlen M, Wolfart S. Effect of immediate all-digital restoration of single posterior implants: the SafetyCrown concept on patient-reported outcome measures, accuracy, and treatment time – a randomized clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2024;26(6):1135–48.

17. Chantler JGM, Evans CDJ, Zitzmann NU, Derksen W.

Clinical performance of single implant prostheses restored using titanium base abutments: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2023;34(Suppl 26):64–85.

18. Dong H, Zhou N, Liu H, Huang H, Yang G, Chen L, et al. Satisfaction analysis of patients with single implant treatments based on a questionnaire survey. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:695–704.

19. Morton D, Jaffin R, Weber HP. Immediate restoration and loading of dental implants: clinical considerations and protocols. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004;19(Suppl):103–8.

20. Afrashtehfar KI. Monolithic zirconia outperforms metal-ceramic in mechanical reliability for single implant crowns but lacks long-term validation. *Evid Based Dent*. 2025;26(2):76–7.

21. Joda T, Ferrari M, Gallucci GO, Wittneben JG, Brägger U. Digital technology in fixed implant prosthodontics. *Periodontol 2000*. 2017;73(1):178–92.

22. Joda T, Brägger U. Complete digital workflow for the production of implant-supported single-unit monolithic crowns. *Clin Oral Implants Res*. 2014;25(11):1304–6.

Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế

Nguyễn Thị Thúy Lan¹, Nguyễn Thị Mỹ², Trần Thị Tuyết¹, Đinh Bảo Kim Quy¹, Hoàng Thị Phương Thảo², Dương Thị Hồng Liên³, Trương Thị Hân³, Hoàng Thế Hiệp⁴, Tôn Nữ Minh Đức^{2*}

¹ Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Huế

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y- Dược, Đại học Huế

³ Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Huế

⁴ Bộ môn Sản, Trường Đại học Y- Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Tôn Nữ Minh Đức, email: tnmduc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 07/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá đau, chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan của sản phụ sau mổ lấy thai là cần thiết để định hướng các can thiệp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và cải thiện sức khỏe của bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Mục tiêu: 1. Mô tả trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y- Dược Huế; 2. Xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 176 sản phụ sau sinh tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 02/2021 - 12/2021. Nghiên cứu sử dụng Bảng kiểm đau rút gọn - phiên bản dành cho phụ nữ sau sinh (the Modified Brief Pain Inventory - Postpartum Version (MBPIPP)) để đánh giá đau trong thời gian nằm viện sau sinh và Thang đo Postpartum Sleep Quality Scale (PSQS-14) để đánh giá chất lượng giấc ngủ (CLGN).

Kết quả: Điểm trải nghiệm đau trung bình (TB) là $6,06 \pm 0,68/10$ điểm, trong đó điểm TB mức độ nghiêm trọng và mức độ ảnh hưởng của cơn đau lần lượt là: $4,64 \pm 0,75$ và $7,48 \pm 0,97$. Điểm (TB) về CLGN của sản phụ sau mổ lấy thai là $39,99 \pm 3,89/56$ điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm đau với nghề nghiệp ($p=0,049$), nhóm tuổi ($p = 0,039$), số lần sinh mổ ($p = 0,01$), hình thức sinh mổ ($p = 0,02$) và phương pháp nuôi dưỡng trẻ ($p=0,048$). Các yếu tố lo lắng trước sinh ($p = 0,004$) và số vị trí đau ($p = 0,001$) liên quan đến CLGN của sản phụ sau mổ lấy thai. Có mối tương quan thuận giữa CLGN và mức độ ảnh hưởng của cơn đau ($r = 0,215$; $p = 0,004$).

Kết luận: Đau và CLGN kém ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của sản phụ và khả năng cho trẻ bú mẹ sau sinh. Vì vậy, cần tăng cường các biện pháp quản lý đau cho sản phụ sau mổ lấy thai, đặc biệt là các trường hợp mổ cấp cứu, sản phụ trẻ tuổi, sinh mổ nhiều lần và hạn chế khả năng cho trẻ bú mẹ.

Từ khoá: chất lượng giấc ngủ, đau, sản phụ sau mổ lấy thai, yếu tố liên quan.

Study on factors related to pain and sleep quality of postpartum women after cesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Nguyen Thi Thuy Lan, Nguyen Thi May², Tran Thi Tuyet¹, Dinh Bao Kim Quy¹, Hoang Thi Phuong Thao², Duong Thi Hong Lien³, Trương Thị Hân³, Hoàng Thế Hiệp⁴, Ton Nu Minh Duc^{2*}

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

² Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³ Nursing Office, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

⁴ Department of Obstetrics, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Evaluating pain, sleep quality, and related factors is necessary for interventions to improve the quality of care among postpartum mothers and their newborn babies.

Objectives: 1. To Describe the pain experience and sleep quality of postpartum women after cesarean section at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, and 2. Identify factors related to the pain experience and sleep quality of postpartum mothers after cesarean section.

Material and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 176 postpartum mothers at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from February 2021 to December 2021. The study used a the Modified Brief Pain Inventory – Postpartum Version (MBPIPP) to assess pain and a Postpartum Sleep Quality Scale (PSQS-14) to assess maternal sleep quality.

Results: The average pain experience score was $6.06 \pm 0.68/10$, of which the average score of pain intensity and interference was 4.64 ± 0.75 and 7.48 ± 0.97 , respectively. The average score on the quality of sleep of postpartum mothers after cesarean section was $39.99 \pm 3.89/56$ points. The study results showed a statistically significant difference between postpartum women's pain experience with occupation ($p = 0.049$), age group ($p = 0.039$), number of cesarean sections ($p = 0.01$), type of cesarean section ($p = 0.02$), and method of nurturing the child ($p = 0.048$). Prenatal anxiety ($p = 0.004$) and the number of pain sites ($p = 0.001$) were factors associated with sleep quality. Sleep quality was positively correlated with the pain interference ($r = 0.215$, $p = 0.004$).

Conclusion: Pain and poor sleep quality greatly affect the health of postpartum mothers and their ability to breastfeed their newborn babies. Therefore, pain management measures should be strengthened for postpartum mothers after cesarean section, especially in cases of emergency cesarean sections, young mothers, repeated cesarean sections, and situations where breastfeeding initiation may be compromised.

Keyword: Sleep quality, Postoperative pain, Cesarean section, Postpartum women, Associated factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sản phụ sau mổ lấy thai phải trải qua nhiều vấn đề liên quan đến cả sức khỏe thể chất và tinh thần, bao gồm các trải nghiệm đau vết mổ, rối loạn chất lượng giấc ngủ, căng thẳng, stress tâm lý. Nghiên cứu của Demelash và cs. (2022) cho thấy 85,5% sản phụ sau mổ lấy thai trải qua các cơn đau từ vết mổ và đau do co bóp tử cung [1]. Sự đau đớn này có thể gia tăng nguy cơ mắc phải trầm cảm sau sinh gấp ba lần, làm giảm khả năng vận động sau mổ, ảnh hưởng đến việc cho trẻ bú mẹ và khả năng chăm sóc trẻ [2, 3]. Đau cấp tính sau mổ lấy thai có thể phát triển thành đau mạn tính kéo dài, tác động nghiêm trọng đến sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống của sản phụ. Kainu và cộng sự phát hiện thấy 22% (85/379) đối tượng nghiên cứu vẫn tồn tại cảm giác đau mặc dù đã một năm sau ngày sinh mổ lấy thai [4]. Do đó, việc đánh giá đau sau giai đoạn cấp tính là hoàn toàn cần thiết để có các can thiệp kịp thời giúp giảm đau mạn tính. Nhận thấy đau vết mổ sau lấy thai nhiều nhất trong vòng 24 giờ sau sinh và xét đến thời điểm thường xuất viện của sản phụ, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã tiến hành đánh giá đau ở ngày thứ 5 để sớm có nhận định ban đầu về nguy cơ đau kéo dài ở sản phụ sau mổ lấy thai ngay trước khi họ xuất viện [5]. Ngoài ra, đánh giá mức độ đau và mức độ giảm đau trong thời gian nằm viện sau sinh là cần thiết để lượng giá hiệu quả của các can thiệp giảm đau cho sản phụ tại bệnh viện từ đó đề xuất các giải pháp

nhằm nâng cao chất lượng và hiệu quả chăm sóc.

Sau mổ lấy thai, sản phụ không chỉ chống chịu với các cơn đau thể xác mà còn có nguy cơ cao bị rối loạn chất lượng giấc ngủ. Melike và Nuriye đã nhấn mạnh rằng, so với sản phụ sinh thường, sản phụ sinh mổ lấy thai dễ bị mất ngủ hơn bởi vì những sự không thoải do vết mổ gây ra trong quá trình hồi phục, thường thức giấc giữa đêm nhiều hơn, và do đó có tổng thời gian ngủ bị giảm sút đáng kể [6]. Nghiên cứu của Erbas cho thấy có đến 97% sản phụ sau mổ lấy thai gặp các vấn đề về giấc ngủ ở ngày thứ hai sau xuất viện; tỉ lệ này lúc một tuần và tám tuần sau sinh lần lượt là 81,8% và 15,2% [7]. Đáng chú ý, rối loạn giấc ngủ ở sản phụ sau mổ lấy thai ảnh hưởng xấu đến tình trạng sức khỏe của cả bà mẹ và trẻ bởi vì chất lượng giấc ngủ kém làm giảm khả năng chăm sóc và cho trẻ bú, đặc biệt là khi thiếu sự hỗ trợ từ gia đình [6].

Việc điều dưỡng, hộ sinh nhận định đúng mức độ đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai sẽ giúp lập các kế hoạch chăm sóc phù hợp, nâng cao sức khỏe thể chất và tinh thần cho bà mẹ và trẻ sơ sinh trong thời gian nằm viện, cũng như tạo điều kiện tốt cho sự gắn bó tình cảm mẹ con và xây dựng các kỹ năng chăm sóc trẻ trong tương lai [6, 8]. Hơn thế nữa, nghiên cứu về mức độ đau, chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan sẽ cung cấp các thông tin khoa học làm cơ sở định hướng cho các chương trình can thiệp điều dưỡng hiệu quả hơn cho phụ nữ

sau sinh. Tuy nhiên, các nghiên cứu về vấn đề này trên địa bàn thành phố Huế nói riêng và cả nước nói chung vẫn còn hạn chế. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 176 sản phụ sau mổ lấy thai từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Tiêu chuẩn chọn: Sản phụ sau mổ lấy thai từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ trong tình trạng cấp cứu, sản phụ có các bất thường trong giao tiếp như bị điếc, bị câm, không có khả năng hiểu và nói tiếng Việt, sản phụ có thai chết lưu hoặc có tai biến sản khoa, sản phụ sinh con bất thường, có dị tật bẩm sinh, sản phụ có rối loạn giấc ngủ mãn tính, đau mãn tính.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 02/2021 - 2/2021.

- Địa điểm: Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu gồm một mẫu, xác định một trung bình sử dụng sai số tương đối:

$$n = \frac{Z^2 \frac{\sigma^2}{1 - \frac{\alpha}{2}}}{\epsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$

ϵ sai số tương đối = 1, μ giá trị trung bình = 0,05, σ là độ lệch chuẩn = 0,55

1. Theo nghiên cứu (NC) của Phạm Thị Tình và cộng sự (2020) trên 190 sản phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, mức độ đau TB của nhóm NC là $5,98 \pm 0,923/10$ điểm sử dụng thang điểm Brief Pain Inventory-SF, $\mu = 5,98$, $\sigma = 0,92$, chọn $\epsilon = 0,03$, thay vào công thức ta có: $n_1 = 102$

2. Theo NC của Aslihan Aksu & Duygu Vefikuluçay Yilmaz (2019) trên 128 sản phụ sau mổ lấy thai tại Thổ Nhĩ Kỳ [9], điểm trung bình chất lượng giấc ngủ

sử dụng thang đo Postpartum Sleep Quality Scale là $33,57 \pm 11,26$, $\mu = 11,26$, $\sigma = 33,57$, chọn $\epsilon = 0,05$, thay vào công thức ta có: $n_2 = 173$.

Theo tính chất của nghiên cứu, chúng tôi chọn cỡ mẫu: 173 sản phụ để bao trùm cả hai cỡ mẫu. Lấy thêm 10% cỡ mẫu để phòng sai sót trong quá trình thu thập số liệu. Vậy, cỡ mẫu cần thiết là 191 mẫu. Trên thực tế, chúng tôi khảo sát 191 bà mẹ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và có 15 phiếu bị loại do thiếu thông tin/thông tin thiếu logic. Vì vậy, kết quả nghiên cứu được phân tích trên 176 mẫu.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn các sản phụ đáp ứng tiêu chí chọn mẫu đưa vào nghiên cứu cho đến khi đạt cỡ mẫu.

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn vào thời điểm trước khi xuất viện vào sáng ngày thứ 5 sau sinh để nhận định trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ trong thời gian nằm viện sau sinh của sản phụ.

2.3.5. Phương tiện nghiên cứu và cách đánh giá:

Bộ công cụ nghiên cứu được thiết kế gồm 3 phần: (A) Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử sản khoa, (B) Bảng kiểm đau rút gọn - phiên bản dành cho phụ nữ sau sinh (the Modified Brief Pain Inventory – Postpartum Version (MBPIPP)), (C) Thang đo chất lượng giấc ngủ sau sinh Postpartum Sleep Quality Scale (PSQS).

A- **Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm sản khoa:**

Đặc điểm nhân khẩu học bao gồm: tuổi, học vấn, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, mô hình gia đình, ... và đặc điểm sản khoa bao gồm: tiền sử sản khoa, phương pháp sinh, áp dụng phương pháp da kề da sau sinh, cho bú trong 1h đầu sau sinh, tiền sử sinh mổ trước đây, ...

B- **Đánh giá đau:**

trải nghiệm đau thường được khuyến nghị đo lường bằng thang điểm đau Brief Pain Inventory-Short Form của Charles S. Cleeland (1991) [10], đây là thang nhận định đau được đánh giá là phù hợp nhất để nhận định đau ở phụ nữ sau sinh, tuy nhiên tổng quan đánh giá các bộ công cụ cũng cho kết quả thang điểm này thiếu các thành tố về nhận định ảnh hưởng của đau đến vai trò làm mẹ khi đánh giá trên phụ nữ sau sinh [11]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng Bảng kiểm đau rút gọn - phiên bản dành cho phụ nữ sau sinh (the Modified Brief Pain Inventory - Postpartum Version (MBPIPP) bản Tiếng Việt có hiệu chỉnh của Phạm Thị Tình (2022) [12]. Trong phiên bản này, tác giả đã hiệu chỉnh lĩnh vực Ảnh hưởng của Đau, mục “ảnh hưởng đến công việc bình thường” bằng “ảnh hưởng đến khả năng tự chăm sóc bản thân” do phụ nữ sau sinh trong thời gian nằm viện thường không tham gia các công việc nghề

nghiệp, trong khi đó ảnh hưởng của đau đến khả năng tự chăm sóc bản thân chưa được đánh giá trong bộ công cụ gốc. Ngoài ra, theo ý kiến của chuyên gia sản khoa, phiên bản này có thêm hai mục mới để đánh giá sự ảnh hưởng của đau đến vai trò làm mẹ, bao gồm: “Ảnh hưởng đến khả năng chăm sóc em bé”, và “Ảnh hưởng đến khả năng cho trẻ bú mẹ”. Phiên bản hiệu chỉnh này có độ tin cậy nội tại Cronbach’s alpha khá cao lần lượt là: 0,786 đối với mức độ đau và 0,833 đối với ảnh hưởng của đau [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Cronbach’s alpha đối với mức độ nghiêm trọng của cơn đau là 0,831 và đối với mức độ ảnh hưởng của cơn đau là 0,901. Bộ công cụ này có 9 yếu tố: Sàng lọc cơn đau, vị trí đau, mức độ nghiêm trọng của cơn đau, thuốc giảm đau, mức độ giảm đau trong thời gian nằm viện, mức độ ảnh hưởng của cơn đau. Quy ước: Điểm trải nghiệm đau là điểm TB của hai điểm số chính: điểm mức độ nghiêm trọng của cơn đau và điểm mức độ ảnh hưởng của cơn đau. Điểm càng cao thể hiện trải nghiệm đau càng trầm trọng [12]. Điểm mức độ nghiêm trọng của cơn đau được tính từ bốn mục về cường độ đau (bao gồm: mức độ đau nhất, mức độ đau lúc ít đau nhất, mức độ đau thường xuyên nhất trong thời gian nằm viện sau sinh và mức độ đau hiện tại). Mỗi mục được đánh giá từ 0 (không đau) đến 10 (mức độ đau nặng nhất bạn có thể tưởng tượng) và đóng góp vào điểm cuối cùng, điểm trung bình của 4 mục. Điểm TB càng lớn thể hiện mức độ đau càng trầm trọng; Điểm mức độ ảnh hưởng của cơn đau: gồm tám mục được đánh giá từ 0 (không gây ảnh hưởng) đến 10 (gây cản trở hoàn toàn) và đóng góp vào điểm cuối cùng, điểm TB của 8 mục (bao gồm: ảnh hưởng đến hoạt động chung, tâm trạng, khả năng đi lại, khả năng tự chăm sóc, giấc ngủ, sự tận hưởng cuộc sống, khả năng chăm sóc trẻ, khả năng cho trẻ bú mẹ). Điểm TB mức độ ảnh hưởng của cơn đau càng lớn thể hiện mức độ ảnh hưởng của đau đến hoạt động chức năng càng cao [12].

C- Đánh giá chất lượng giấc ngủ: sử dụng thang đo chất lượng giấc ngủ sau sinh Postpartum Sleep

Quality Scale (PSQS-14). PSQS được phát triển bởi Yang et al (2013) [13]. Thang đo được dịch sang tiếng Việt bằng phương pháp dịch ngược và tiến hành điều tra thử trên 30 mẫu có cùng đặc tính với đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) để hiệu chỉnh trước khi đưa vào điều tra chính thức. Để phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, chúng tôi hiệu chỉnh thang đo để đánh giá chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai trong thời gian nằm viện, thay các câu dẫn “trong vòng 2 tuần sau sinh” thành “trong thời gian nằm viện sau sinh”. PSQS là thang đo có 14 mục, các mục của thang điểm được chấm từ 0 đến 4 (với 0 = không bao giờ đến 4 = luôn luôn) dưới dạng thang đo Likert. Bộ câu hỏi được chia làm 3 phần: Phần 1: Rối loạn chức năng ban ngày liên quan đến chăm sóc sơ sinh lúc ban đêm (mục 4, 5, 7, 8, 11, 12); phần 2: Hiệu quả giấc ngủ liên quan đến triệu chứng thể chất (mục 3, 6, 9, 10, 13) và phần 3: Chất lượng giấc ngủ (mục 1, 2, 14). Cronbach’s alpha của bộ công cụ trong nghiên cứu này là 0,782. Quy ước tính điểm: Điểm số chất lượng giấc ngủ của sản phụ là điểm TB của 14 mục nêu trên, tổng điểm dao động từ 0 đến 56 điểm, điểm số càng cao chất lượng giấc ngủ của sản phụ càng giảm [13].

2.3.6. Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định Mann-Whitney Test và Kruskal-Wallis Test để xác định các yếu tố liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ với các biến độc lập và tương quan Spearman Correlation để xác định mối tương quan giữa trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ, với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.3.7. Đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và được cấp kinh phí thực hiện. Nghiên cứu đã được sự cho phép của Lãnh đạo khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia, mọi thông tin liên quan đều được mã hóa đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học		n	%
Nhóm tuổi	18 - < 24	9	5,1
	24 - 35	131	74,4
	> 35	36	20,5
Dân tộc	Kinh	173	98,3
	Khác	3	1,7

Nghề nghiệp	Công nhân	50	28,4
	Buôn bán	44	25,0
	Nội trợ	32	18,2
	Nhân viên văn phòng	20	11,4
	Giáo viên	15	8,5
	Nhân viên y tế	6	3,4
	Khác	9	5,1
Tình trạng hôn nhân hiện tại	Đã kết hôn	163	92,6
	Chưa kết hôn	12	6,8
	Ly hôn/ly thân	1	0,6
BMI (kg/m ²)	< 18,5	35	19,9
	18,5 - 22,9	105	59,7
	23 - 24,9	22	12,5
	≥ 25	14	8,0
Lo lắng trước sinh	Có	62	35,2
	Không	114	64,8

Đối tượng nghiên cứu phần lớn là sản phụ sau mổ lấy thai từ 24 - 35 tuổi (74,4%) và dân tộc Kinh (98,3%). Về nghề nghiệp, công nhân chiếm nhiều nhất với 28,4%.

Bảng 2. Đặc điểm sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm sản khoa		n	%
Kế hoạch mang thai	Có thai theo kế hoạch	128	72,7
	Vỡ kế hoạch	48	27,3
Sinh mổ lần thứ	Lần 1	87	49,4
	Lần 2	53	30,1
	Lần 3	34	19,3
	Lần 4	2	1,1
Hình thức sinh mổ	Sinh mổ chủ động	3	1,7
	Sinh mổ cấp cứu	173	98,3
Phương pháp vô cảm	Gây mê toàn thân/ gây mê tĩnh mạch	3	1,7
	Gây tê túy sống	173	98,3
	Gây tê ngoài màng cứng	0	0
	Gây tê vùng	0	0
Phương pháp nuôi dưỡng trẻ	Cho trẻ bú mẹ trực tiếp hoàn toàn	0	0
	Cho trẻ bú bình	4	2,3
	Kết hợp bú mẹ trực tiếp và bú bình	172	97,7
Tình trạng giấc ngủ của trẻ	Tốt	172	97,7
	Trung bình	4	2,3
	Kém	0	0

Phần lớn là sản phụ có thai theo kế hoạch (72,7%) và sinh mổ cấp cứu (98,3%). 98,3 sản phụ sử dụng phương pháp vô cảm là gây tê ngoài màng cứng. Phương pháp nuôi dưỡng trẻ được sử dụng nhiều nhất là kết hợp bú mẹ trực tiếp và bú bình (97,7%). Về tình trạng giấc ngủ, trẻ có giấc ngủ tốt chiếm tỉ lệ cao nhất với 97,7%.

3.2. Trải nghiệm đau của sản phụ trong thời gian nằm viện sau mổ lấy thai

Bảng 3. Trải nghiệm đau của sản phụ trong thời gian nằm viện sau mổ lấy thai

Đặc điểm		n	%			
Vị trí đau	Vết mổ	174	98,9			
	Lưng	128	72,7			
	Vú	111	63,1			
	Vein	83	47,2			
	Tử cung go	65	36,9			
	Vai gáy	50	28,4			
	Mông	42	23,9			
	Đầu	34	19,3			
	Khác	5	2,8			
Vị trí đau nhất	Vết mổ	162	92,0			
	Vú	7	4,0			
	Lưng	4	2,3			
	Khác	3	1,7			
Phương pháp giảm đau không dùng thuốc	Không dùng	44	25,0			
	Massage	30	17,0			
	Chườm ấm	116	65,9			
	Khác	11	6,3			
Phương pháp giảm đau dùng thuốc	Paracetamol 0,5 g uống	176	100			
	Paracetamol 1 g truyền tĩnh mạch	175	99,4			
	Voltaren 100 mg nhét hậu môn	45	25,6			
Tỉ lệ giảm đau trong thời gian nằm viện sau dùng các phương pháp giảm đau 13 (7,4)		≤ 50% n (%)	> 50% n (%)	Mean	SD	Min - Max
		163 (92,6)	76,93	12,27	20 - 90	
Mức độ nghiêm trọng của cơn đau				4,64	0,75	2,00 - 8,00
Mức độ ảnh hưởng của cơn đau				7,48	0,97	1,50 - 9,00
Điểm trải nghiệm đau				6,06	0,68	1,75 - 7,88

Về vị trí đau, có 98,9% sản phụ đau vết mổ, 72,7% đau lưng và 63,1% đau tại vú sau mổ lấy thai. Trong đó, vị trí đau nhất vẫn là đau tại vết mổ với 92%. Về phương pháp giảm đau có dùng thuốc, 100% sản phụ đều sử dụng paracetamol đường uống và 25,6% dùng Voltaren 100mg nhét hậu môn. Có 92,6% sản phụ cảm thấy giảm được > 50% mức độ đau sau khi dùng các phương pháp giảm đau. Điểm trải nghiệm đau TB là 6,06 ± 0,68. Mức độ nghiêm trọng và mức độ ảnh hưởng của cơn đau có điểm TB lần lượt là: 4,64 ± 0,75 và 7,48 ± 0,97.

3.3. Chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai

Bảng 4. Chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mean	SD	Min - Max
Rối loạn chức năng ban ngày liên quan đến chăm sóc sơ sinh lúc ban đêm	17,35	1,93	10 - 23
Hiệu quả giấc ngủ liên quan đến triệu chứng thể chất	11,45	1,76	4 - 15
Chất lượng giấc ngủ và hài lòng về CLGN	11,19	1,32	1 - 12
Tổng điểm chất lượng giấc ngủ	39,99	3,89	16 - 47

Tổng điểm TB chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai là 39,99 ± 3,89.

3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm chung với trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với trải nghiệm đau

Đặc điểm	Tổng (N = 176)	Trải nghiệm đau trung bình	Độ lệch chuẩn	Z/ X²	p
Nhóm tuổi					
18 - < 24	9	6,39	0,25	6,49	0,039**
24 - 35	131	6,06	0,72		
> 35	36	5,99	0,55		
Nghề nghiệp					
Công nhân	50	6,02	0,44	12,62	0,049**
Buôn bán	44	6,14	0,87		
Nội trợ	32	5,93	0,86		
Nhân viên văn phòng	20	6,19	0,66		
Giáo viên	15	5,84	0,39		
Nhân viên y tế	6	6,26	0,23		
Khác	9	6,32	0,50		
Sinh mổ lần thứ					
Lần 1	87	6,17	0,49	10,97	0,01**
Lần 2	53	5,85	0,89		
Lần 3	34	6,04	0,61		
Lần 4	2	7,09	0,04		
Hình thức sinh mổ					
Sinh mổ chủ động	3	5,10	0,69	-2,335	0,02*
Sinh mổ cấp cứu	173	6,08	0,67		
Phương pháp nuôi dưỡng trẻ					
Cho trẻ bú mẹ trực tiếp hoàn toàn	0	0	0	3,89	0,048**
Cho trẻ bú bình	4	6,64	0,52		
Kết hợp bú mẹ trực tiếp và bú bình	172	6,05	0,68		

Ghi chú: * Mann-Whitney Test, ** Kruskal-Wallis Test

Nghiên cứu chỉ tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm đau ở sản phụ sau mổ lấy thai với các yếu tố: nhóm tuổi ($p = 0,039$), nghề nghiệp ($p = 0,049$), số lần sinh mổ ($p = 0,01$), hình thức sinh mổ ($p = 0,02$) và phương pháp nuôi dưỡng trẻ ($p = 0,048$); không **tìm thấy** mối liên quan với các yếu tố dân tộc, tình trạng hôn nhân, BMI, lo lắng trước sinh, kế hoạch mang thai, phương pháp vô cảm, và tình trạng giấc ngủ của trẻ ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với chất lượng giấc ngủ

Đau	Tần số (N = 176)	Chất lượng giấc ngủ trung bình	Độ lệch chuẩn	Z/ χ^2/r	p
Số vị trí đau					
1 - 2 vị trí	11	30,3	6,36	13,64	0,001**
3 - 5 vị trí	156	40,9	2,43		
> 5 vị trí	9	35,6	0,5		

Phương pháp giảm đau dùng thuốc					
Paracetamol	45	40,00	.	-1,91	0,056*
Paracetamol + Voltaren	131	40,13	3,01		
Hiệu quả giảm đau					
<= 50%	13	39,97	3,91	- 1,09	0,273*
Trên 50%	163	41,00	2,82		
Trải nghiệm đau					
Mức độ nghiêm trọng của đau	176	-	-	-0,009	0,910***
Mức độ ảnh hưởng của cơn đau	176	-	-	0,21	0,004***
Điểm trải nghiệm đau	176	-	-	0,11	0,117***

Ghi chú: * Mann-Whitney Test, ** Kruskal-Wallis Test *** Spearman Correlation

Kết quả cho thấy chỉ có yếu tố lo lắng trước sinh liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng giấc ngủ với $p < 0,05$, nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ với các biến đặc điểm chung khác ($p > 0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ

Đau	Tần số (N = 176)	Chất lượng giấc ngủ trung bình	Độ lệch chuẩn	Z/ X ² /r	p
Số vị trí đau					
1 - 2 vị trí	11	30,3	6,36		
3 - 5 vị trí	156	40,9	2,43	13,64	0,001**
> 5 vị trí	9	35,6	0,5		
Phương pháp giảm đau dùng thuốc					
Paracetamol	45	40,00	.	-1,912	0,056*
Paracetamol + Voltaren	131	40,13	3,01		
Hiệu quả giảm đau					
<= 50%	13	39,97	3,91	- 1,097	0,273*
Trên 50%	163	41,00	2,82		
Trải nghiệm đau					
Mức độ nghiêm trọng của đau	176	-	-	-0,009	0,910***
Mức độ ảnh hưởng của cơn đau	176	-	-	0,215	0,004***
Điểm trải nghiệm đau	176	-	-	0,118	0,117***

Ghi chú: * Mann-Whitney Test, ** Kruskal-Wallis Test, *** Spearman Correlation

Số vị trí đau liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng giấc ngủ của sản phụ mổ lấy thai với $p = 0,001$. Chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai có mối tương quan thuận với mức độ ảnh hưởng của cơn đau ($r = 0,215$; $p = 0,004$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy, điểm trải nghiệm đau TB của sản phụ trong nghiên cứu là 6,06, phản ánh rằng phần lớn các trường hợp rơi vào mức độ đau vừa phải. Mức độ nghiêm trọng và mức độ ảnh

hưởng của cơn đau có giá trị TB lần lượt là $4,64 \pm 0,75$ và $7,48 \pm 0,97$. Những kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của Phạm Thị Tình, trong đó điểm trải nghiệm đau TB ghi nhận là 5,98 [12]. Về vị trí đau, kết quả nghiên cứu (Bảng 3) chỉ ra rằng hai vị trí đau thường gặp nhất sau mổ lấy thai là vết mổ và vùng lưng. Trong đó, 98,9% sản phụ ghi nhận đau tại vết mổ, và đây cũng là vị trí gây khó chịu nhiều

nhất. Tỷ lệ này cao hơn báo cáo của Borges NC và cộng sự (2016) với 92,7% [14] song vẫn thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Tình, trong đó 100% sản phụ đều cảm nhận đau tại vị trí vết mổ. Ngoài đau tại vết mổ, có 72,7% sản phụ cho biết xuất hiện đau lưng sau sinh mổ, vượt xa kết quả 31,6% trong nghiên cứu của Phạm Thị Tình [12]. Hiện tượng này được lý giải bởi thực tế rằng 98,3% sản phụ trong nghiên cứu được gây tê tủy sống (Bảng 2). Kỹ thuật can thiệp trực tiếp vào cột sống có thể gây tổn thương vi thể tại chỗ hoặc kích thích các cấu trúc thần kinh - cơ, làm xuất hiện cảm giác đau sau phẫu thuật [15]. Hơn nữa, vùng cột sống thắt lưng vốn phải chịu áp lực lớn trong thai kỳ, dễ bị thay đổi đường cong sinh lý và chịu tải trọng từ thai nhi. Do đó, khi kết hợp với thủ thuật gây tê, nguy cơ xuất hiện hoặc kéo dài đau lưng sau sinh tăng lên đáng kể [16].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% sản phụ được sử dụng paracetamol đường uống để giảm đau, và 25,6% dùng Voltaren 100 mg đặt trực tràng. Tỷ lệ này khác biệt so với báo cáo của Demelash G (2022), trong đó diclofenac và tramadol là hai thuốc giảm đau phổ biến nhất được lựa chọn, với 73,2% sản phụ sử dụng diclofenac – hoạt chất chính trong Voltaren [17]. Kết quả này cũng không hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Trần Huyền Trân (2020), khi 89,7% sản phụ được dùng diclofenac đặt trực tràng, tiếp theo là paracetamol đường uống và nefopam tiêm truyền tĩnh mạch [18]. Như vậy, so với một số các bệnh viện khác trong nước, việc kê đơn và sử dụng Voltaren tại địa bàn nghiên cứu còn khá dè dặt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng điểm TB chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai đạt $39,99 \pm 3,89$, dao động từ 16 đến 47 điểm. Mức điểm này cao hơn so với nghiên cứu của Aslihan [8], được tiến hành trên 128 sản phụ tại Thổ Nhĩ Kỳ, trong đó điểm TB trên thang Postpartum Sleep Quality Scale ghi nhận là $33,57 \pm 11,26$ [9]. Trong đó, kết quả nghiên cứu (bảng 4) của chúng tôi cho thấy sản phụ sau mổ lấy thai có điểm rối loạn chức năng ban ngày liên quan đến chăm sóc sơ sinh ban đêm TB là $17,35 \pm 1,93$, phản ánh sự ảnh hưởng rõ rệt của việc thức đêm chăm trẻ đối với khả năng hoạt động vào ban ngày. Hiệu quả giấc ngủ liên quan triệu chứng thể chất đạt $11,45 \pm 1,76$, cho thấy các triệu chứng hậu phẫu (đau vết mổ, căng tức cơ, khó tìm tư thế ngủ) làm suy giảm đáng kể chất lượng giấc ngủ. Trong khi đó, chất lượng giấc ngủ và mức độ hài lòng về giấc ngủ ghi nhận $11,19 \pm 1,32$, cho thấy mặc dù có những hạn chế khách quan, phần lớn sản phụ vẫn đánh giá trải nghiệm ngủ tương đối chấp nhận được. Những kết quả này phù hợp với quan sát của Montgomery-

Downs và cộng sự, cho thấy sự gián đoạn giấc ngủ sau sinh có liên quan trực tiếp đến suy giảm chức năng thần kinh - hành vi ban ngày [19]. Yılmaz và Erbaş (2024) cũng ghi nhận 83,9% phụ nữ sau mổ lấy thai có chất lượng giấc ngủ kém, với điểm PSQI trung bình $8,57 \pm 3,53$, đồng thời phát hiện mối tương quan chặt chẽ giữa mức độ nặng của triệu chứng thể chất và chất lượng giấc ngủ [20]. Ngoài ra, tổng quan hệ thống gần đây về hoạt động thể chất sau sinh cho thấy vận động phù hợp giúp cải thiện chất lượng ngủ và giảm mệt mỏi ban ngày [21].

4.2. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm đau và chất lượng giấc ngủ của sản phụ sau mổ lấy thai tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến trải nghiệm đau của sản phụ sau mổ lấy thai bao gồm: nghề nghiệp, nhóm tuổi, số lần mổ lấy thai trước đó, hình thức sinh mổ và phương thức nuôi dưỡng trẻ ($p < 0,05$). Nghề nghiệp có mối liên quan đáng kể với mức độ đau ($p = 0,049$), cho thấy những công việc trước sinh đòi hỏi vận động nhiều, tư thế lao động gò bó hoặc thời gian nghỉ ngơi hạn chế có thể làm tăng gánh nặng lên cơ và dây chằng, khiến người mẹ dễ nhạy cảm hơn với đau sau mổ, đồng thời làm chậm tiến trình hồi phục. Kết quả này tương đồng với nhận định của Bałanda-Bałydyga và cộng sự [11], rằng việc chuẩn bị và tổ chức các hoạt động thể chất trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa kiểm soát đau và thúc đẩy hồi phục sau mổ lấy thai [19]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy điểm đau sau mổ lấy thai giảm dần theo tuổi ($18 - < 24$: 6,39; $24 - 35$: 6,06; > 35 : 5,99) và khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,039$), gợi ý xu hướng “tuổi càng cao - đau cấp càng thấp”. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu quan sát tại Journal of Obstetric Anaesthesia & Critical Care, cho thấy mức độ đau sau mổ lấy thai càng giảm khi tuổi càng tăng [22]. Ngoài lĩnh vực sản khoa, tổng quan gần đây về tuổi và đau hậu phẫu cũng ghi nhận cường độ đau có xu hướng giảm theo tuổi ở nhiều phẫu thuật, củng cố cơ chế sinh lý-tâm lý liên quan đến tuổi [23]. Hơn nữa, các tổng quan về đau kéo dài sau mổ lấy thai nêu tuổi trẻ là yếu tố nguy cơ của đau dai dẳng, nhấn mạnh nhu cầu tối ưu kiểm soát đau sớm ở nhóm sản phụ trẻ [24]. Ngoài ra, sản phụ có tiền sử mổ lấy thai trước báo cáo mức độ đau cao hơn ($p=0,01$), phù hợp với nghiên cứu so sánh giữa mổ lần đầu và mổ lặp lại của Getahun Z và cộng sự, trong đó nguy cơ đau hậu phẫu tăng rõ rệt ở nhóm sinh mổ nhiều lần [25]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy nhóm sinh mổ chủ động có mức độ đau TB thấp hơn nhóm

sinh mổ cấp cứu; điều này tương đồng với nghiên cứu của Emrich và cộng sự, trong đó sinh mổ cấp cứu được xác định là yếu tố nguy cơ gây đau nhiều hơn và cản trở hoạt động hằng ngày so với sinh mổ chủ động, có thể do sự chuẩn bị tâm lý trước mổ tốt hơn ở nhóm chủ động [26]. Về phương thức nuôi dưỡng trẻ, các bà mẹ có điểm đau cao hơn thì hạn chế trong khả năng cho trẻ bú mẹ và thường trẻ phải dùng sữa bình. Nghiên cứu của Hooda và cộng sự (2023) cũng chỉ ra mối tương quan rõ ràng giữa mức điểm đau thấp và khả năng cho bú/ vận động sớm hơn [27]. Những phát hiện trên nhấn mạnh rằng trải nghiệm đau sau mổ lấy thai không chỉ phụ thuộc vào yếu tố sinh học mà còn liên quan chặt chẽ đến yếu tố tâm lý, nghề nghiệp và sự hỗ trợ trong chăm sóc trẻ. Việc quản lý đau tốt sẽ góp phần thúc đẩy và tạo điều kiện thuận lợi để nuôi con bằng sữa mẹ sớm sau sinh.

Kết quả của chúng tôi cho thấy lo lắng trước sinh có liên quan có ý nghĩa thống kê đến chất lượng giấc ngủ sau mổ lấy thai: nhóm lo lắng có điểm TB $40,94 \pm 3,15$, cao hơn nhóm không lo lắng ($39,47 \pm 4,16$, $p = 0,004$). Lo âu trong thai kỳ, nhất là ở phụ nữ lần đầu mổ, có thể kích hoạt trục hạ đồi-tuyến yên-thượng thận, làm tăng cortisol và trạng thái cảnh giác, từ đó cản trở thư giãn và giấc ngủ sau phẫu thuật [28]. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Pascal và cộng sự cho thấy lo âu và căng thẳng khi mang thai liên quan rõ rệt đến chất lượng giấc ngủ kém [19]. Các cơ chế sinh học và tâm lý mà nhóm tác giả đề xuất có thể tiếp tục ảnh hưởng tới giấc ngủ hậu sản, nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc và can thiệp giảm lo lắng trước sinh nhằm cải thiện giấc ngủ sau mổ lấy thai.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chất lượng giấc ngủ có mối tương quan thuận với trải nghiệm đau sau mổ lấy thai: số vị trí đau liên quan đáng kể đến điểm chất lượng giấc ngủ ($p = 0,001$), và mức độ ảnh hưởng của cơn đau cũng tương quan thuận với chất lượng ngủ ($r = 0,215$; $p = 0,004$). Điều này cho thấy phạm vi và cường độ đau hậu phẫu là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng nghỉ ngơi và phục hồi của sản phụ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Yilmaz và Erbaş [19], trong

đó mức độ triệu chứng thể chất sau sinh mổ, đặc biệt là đau vết mổ là một trong những triệu chứng hay gặp nhất và có mối liên quan vừa phải với chất lượng giấc ngủ ($r = 0,438$; $p < 0,001$); thành phần “thời lượng ngủ” cũng liên quan chặt chẽ đến mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng ($r = 0,215$; $p = 0,003$). Tương tự, Topaloglu báo cáo rằng gia tăng cường độ đau sau mổ lấy thai làm giảm đáng kể chất lượng giấc ngủ và làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ trong giai đoạn hậu sản [29].

Như vậy, kết quả của chúng tôi và các nghiên cứu trước đều nhấn mạnh rằng việc kiểm soát đau hiệu quả có vai trò then chốt trong cải thiện giấc ngủ cho sản phụ sau mổ lấy thai nhờ đó giúp hạn chế gián đoạn giấc ngủ, thúc đẩy quá trình hồi phục.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 176 sản phụ sau mổ lấy thai cho thấy điểm trải nghiệm đau TB là $6,06 \pm 0,68/10$ điểm. Trong đó, mức độ nghiêm trọng và mức độ ảnh hưởng của cơn đau có điểm TB lần lượt là $4,64 \pm 0,75$ và $7,48 \pm 0,97$. Tổng điểm TB chất lượng giấc ngủ của sản phụ là $39,99 \pm 3,89/56$ điểm. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm đau của sản phụ mổ lấy thai bao gồm: Nghề nghiệp ($p = 0,049$), nhóm tuổi ($p = 0,039$) số lần sinh mổ ($p = 0,01$), hình thức sinh mổ ($p = 0,02$) và phương pháp nuôi dưỡng trẻ ($p = 0,048$). Trong khi đó, lo lắng trước sinh ($p = 0,004$) và số vị trí đau ($p = 0,001$) liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng giấc ngủ. Chất lượng giấc ngủ của sản phụ có mối tương quan thuận với mức độ ảnh hưởng của cơn đau ($r = 0,215$; $p = 0,004$).

Phụ nữ sau sinh, đặc biệt là các sản phụ sinh mổ cần được quan tâm nhiều hơn đến chất lượng giấc ngủ và kiểm soát đau, nhất là đau tại vết mổ. Người nhà và nhân viên y tế cần tăng cường các biện pháp quản lý đau cho sản phụ sau mổ lấy thai mổ, đặc biệt là các trường hợp mổ cấp cứu, sinh mổ nhiều lần và hạn chế khả năng cho trẻ bú mẹ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Demelash G, Berhe YW, Gebregzi AH, Chekol WB. Prevalence and factors associated with postoperative pain after cesarean section at a comprehensive specialized hospital in Northwest Ethiopia: prospective observational study. *Open Access Surgery*. 2022;1-8.
2. Duran S, Vural G. Problems experienced by the

- mothers in post-cesarean period: a narrative review. *Iranian journal of public health*. 2023;52(10):2036.
3. Brock H Gamez ASH. Predicting Severity of Acute Pain After Cesarean Delivery: A Narrative Review. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1606-14.
4. Kainu JP, Halmesmäki E, Korttila KT, Sarvela PJ.

Persistent Pain After Cesarean Delivery and Vaginal Delivery: A Prospective Cohort Study. *Anesth Analg*. 2016;123(6):1535-45.

5. Takahashi K, Asaka Y. Exploring the relationship between pain intensity, self-management of pain and pain self-efficacy on post-operative pain on day 5 after cesarean section: A cross-sectional study in Mie prefecture in Japan. *European Journal of Midwifery*. 2024;8:10.18332/ejm/194961.

6. Yılmaz M, Erbaş N. The Relationship Between Postpartum Physical Symptom Severity and Sleep Quality in Women with Cesarean Section: Relationship Between Post-Cesarean Symptoms and Sleep. 2024.

7. Babacan Gümüş A, Sipkin S, Keskin G. Determination of care needs according to functional health patterns model of elderly individuals who live in a nursing home. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2012;3:13-21.

8. Alawor II, John JM, Divya Mol P, Ann Maria K, Argungu ZM. Nurses' Role in Post-Operative Pain Management after Cesarean Section at Aster Sanad Hospital, Riyadh. *Sch Int J Obstet Gynec*. 2025;8(9):275-8.

9. Aslıhan Aksu DVY, . The relationship of postpartum sleep quality and breastfeeding self-efficacy of Turkish mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;3(4): 833-9.

10. Charles S. Cleeland. The Brief Pain Inventory. 1991.

11. Sultan P, Ando K, Sultan E, Hawkins JE, Chitneni A, Sharawi N, et al. A systematic review of patient-reported outcome measures to assess postpartum pain using Consensus Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) guidelines. *British journal of anaesthesia*. 2021;127(2):264-74.

12. Tinh PT, Nguyet NT, Trang HTT, Phuong NTA, Duc TNM. Pain experiences and effectiveness of pain management after cesarean section in postpartum mothers at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. *Tạp chí Y Dược Huế*. 2025;15(4):71-9.

13. Chiu-Ling Yang, Chen-Hsiang Yu, Chung-Hey Chen. Development and validation of the postpartum sleep quality scale. *J Nurs Res*. 2013;21(2):148-54.

14. Carvalho Borges N, Costa e Silva B, Fortunato Pedrosa C, Cavalcante Silva T, Silva Ferreira Tatagiba B, Varanda Pereira L. Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana. *Enfermería Global*. 2016;16(4).

15. Yu C, Madsen M, Akande O, Oh MY, Mattie R, Lee DW. Narrative review on postoperative pain management following spine surgery. *Neurospine*. 2025;22(2):403.

16. Komatsu R, Ando K, Flood PD. Factors associated with persistent pain after childbirth: a narrative review. *Br J Anaesth*. 2020;124(3):e117-e30.

17. Demelash G BY, Gebregzi AH, Chekol WB, . Prevalence and Factors Associated with Postoperative Pain

After Cesarean Section at a Comprehensive Specialized Hospital in Northwest Ethiopia: Prospective Observational Study. *Open Access Surgery*. 2021;15:1-8.

18. Trần TH. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc giảm đau sau mổ lấy thai tại bệnh viện Từ Dũ. Luận văn thạc sĩ Dược học, trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2020.

19. Dewi12 C, Rahayu S, Habiddin I. Case-based learning (CBL) in chemistry learning: A systematic review: pdfs.semanticscholar.org; 2022.

20. Yılmaz M, Erbaş N. The Relationship Between Postpartum Physical Symptom Severity and Sleep Quality in Women with Cesarean Section. *Gazi Medical Journal*. 2024.

21. Jones PA, Ruchat S-M, Khan-Afridi Z, Ali MU, Matenchuk BA, Leonard S, et al. Impact of postpartum physical activity on maternal sleep: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2025;59(8):576-83.

22. Kasim M, Malviya D, Nath SS, Misra S, Kumar S, Parashar S, et al. Effect of age of gravida on post-cesarean section pain: an observational study. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 2023;13(1):9-16.

23. Kim J-H, Sohn J-H, Lee J-J, Kwon Y-S. Age-related variations in postoperative pain intensity across 10 surgical procedures: a retrospective study of five hospitals in South Korea. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(18):5912.

24. Sun K, Pan P. Persistent pain after cesarean delivery. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2019;40:78-90.

25. Getahun Z, Kebede M, Tilla M, Asnak G, Iuzzolino M, Urmale A, et al. Comparison of postoperative pain severity between primary and repeated cesarean section: a prospective cohort study. *BMC anesthesiology*. 2025;25(1):97.

26. Emrich NL, Tascón Padrón L, Komann M, Arnold C, Dreiling J, Meißner W, et al. Risk factors for severe pain and impairment of daily life activities after cesarean section—a prospective multi-center study of 11,932 patients. *Journal of clinical medicine*. 2023;12(22):6999.

27. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, Consortium Rc. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*. 2013;50(2):143-53.

28. Pascal R, Casas I, Genero M, Nakaki A, Youssef L, Larroya M, et al. Maternal stress, anxiety, well-being, and sleep quality in pregnant women throughout gestation. *Journal of clinical medicine*. 2023;12(23):7333.

29. AKTAŞ D, İSKENDER Ö, TOPALOĞLU MG. Relationship Between the Level of Pain and Quality of Sleep in Women After a Cesarean-section. *Bezmialem Science*. 2020.

Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ trên bệnh nhân ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ - Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế

Phạm Nguyễn Tường¹, Đậu Thị Thanh¹, Nguyễn Thị Giang³, Đặng Thị Thanh Loan⁴,
Tôn Nữ Mỹ Hạnh⁵, Nguyễn Thị Diệu My¹, Tôn Nữ Minh Đức^{2*}

¹ Trung tâm ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế

² Khoa Điều Dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

³ Bệnh viện Đa khoa Diên Châu, Nghệ An; ⁴ Bệnh viện Đa khoa thị xã Kỳ Anh, Hà Tĩnh

⁵ Phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Trung ương Huế

Tác giả liên hệ: Tôn Nữ Minh Đức, email: tnmduc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 15/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu về mức độ đau và chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư có thể cung cấp thông tin góp phần định hướng cho việc lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng phù hợp, nhằm nâng cao hiệu quả và chất lượng chăm sóc người bệnh.

Mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị giảm đau đang sử dụng ở người bệnh ung thư; 2. Tìm hiểu mức độ đau, chất lượng giấc ngủ và (3) Tìm hiểu tương quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ, và xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ trên bệnh nhân ung thư.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 12/2023 - 6/2024. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ Bảng kiểm đau rút gọn hiệu chỉnh (BPI: Brief pain inventory) để đánh giá đau và Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) để đánh giá chất lượng giấc ngủ (CLGN) của người bệnh ung thư.

Kết quả: Điểm trung bình CLGN theo thang PSQI là $9,30 \pm 3,48$ điểm với tỉ lệ người bệnh ung thư có CLGN kém chiếm 84,6%. Điểm mức độ đau trung bình là $4,62 \pm 1,65$ điểm với tỉ lệ đau vừa chiếm 50%, đau nhiều 10,2%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận giữa CLGN và mức độ đau ($r = 0,182$, $p = 0,049$). Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến gồm 6 yếu tố (mức độ đau, mức độ lo lắng, triệu chứng kèm theo, sử dụng thuốc hướng thần, giảm đau bằng phẫu thuật, và hóa trị) giải thích được 18,8% sự thay đổi chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư với $F = 4,29$, $p = 0,001$.

Kết luận: Đau và CLGN kém ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư, vì vậy, cần tăng cường các biện pháp quản lý đau và hỗ trợ nâng cao CLGN cho người bệnh ung thư.

Từ khoá: bệnh nhân ung thư, chất lượng giấc ngủ, đau, PSQI, BPI.

Study on the relationship between pain and sleep quality in cancer patients at the Palliative Care Department, Cancer Center, Hue Central Hospital

Pham Nguyen Tuong¹, Dau Thi Thanh¹, Nguyen Thi Giang³, Dang Thi Thanh Loan⁴,
Ton Nu My Hanh⁵, Nguyen Thi Dieu My¹, Ton Nu Minh Duc^{2*}

¹ Oncology Center - Hue Central Hospital

² Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³ Dien Chau General Hospital, Nghe An; ⁴ Ky Anh Town General Hospital, Ha Tinh

⁵ Department of General Planning, Hue Central Hospital

Abstract

Introduction: Research on pain levels and sleep quality in cancer patients can provide valuable insights to inform the development of effective nursing care plans, thereby enhancing the effectiveness and quality of patient care.

Objectives: 1. To investigate the clinical characteristics and current pain management methods used in cancer patients; 2. To assess the pain levels and sleep, and (3) To examine the correlation between pain levels and sleep quality and identify factors associated with sleep quality in cancer patients.

Subjects and Methods: This was a cross-sectional descriptive study conducted on 118 cancer patients at the Palliative Care Department, Cancer Center, Hue Central Hospital, from December 2023 to June 2024. The study used the Brief Pain Inventory (BPI) to assess pain and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to evaluate sleep quality in cancer patients.

Results: The mean PSQI score was 9.30 ± 3.48 , with 84.6% of patients classified as having poor sleep quality. The mean pain score was 4.62 ± 1.65 , with 50% of patients reporting moderate pain and 10.2% reporting severe pain. A positive correlation was found between sleep quality and pain levels ($r = 0.182$, $p = 0.049$). Multivariate linear regression analysis identified six significant factors-pain level, anxiety level, accompanying symptoms, use of psychotropic drugs, pain relief by surgery, and chemotherapy-that together explained 18.8% of the variance in sleep quality among cancer patients ($F = 4.29$, $p = 0.001$). **Conclusion:** Pain and poor sleep quality significantly affect the health and quality of life of cancer patients. Therefore, strengthening pain management and implementing targeted interventions to improve sleep quality are essential components in enhancing overall patient care in oncology settings.

Keywords: cancer patients, sleep quality, pain, PSQI, BPI.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh không lây nhiễm toàn cầu. Theo số liệu thống kê từ cuộc điều tra từ 185 quốc gia trên thế giới về tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong của ung thư, hằng năm có khoảng 19,3 triệu trường hợp được phát hiện mắc ung thư và xấp xỉ 10 triệu ca tử vong toàn cầu năm 2020 [1]. Ung thư dẫn đến các tổn hại rất lớn cả thể chất lẫn tinh thần người bệnh, trong đó, đau và chất lượng giấc ngủ kém là các phản nản phổ biến ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [2-5].

Chủ đề về mức độ đau và chất lượng cuộc giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư đã tìm thấy trong một số nghiên cứu trên thế giới. Tại Việt Nam, hai nghiên cứu về chủ đề chất lượng giấc ngủ và mức độ đau ở bệnh nhân ung thư: Nguyễn Phương Mai và cs (2021) nghiên cứu về mức độ đau và các yếu tố liên quan trên 110 bệnh nhân ung thư tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh cho thấy tất cả người bệnh đều than phiền về đau, trong đó mức độ đau trung bình chiếm 38,2% và đau nặng chiếm 34,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau và số vị trí đau và kiểu đau ($p = 0,001$) [4]; Nguyễn Thị Ngoãn và cs (2022) nghiên cứu trên 104 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho kết quả điểm trung bình chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI là $10,6 \pm 5,2$, trong đó, tỉ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém chiếm 79,8%; nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ với giới tính và tình trạng trầm cảm, lo âu ($p < 0,05$) [3]. Tuy nhiên rất ít nghiên cứu đánh

giá mối liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ trong thời gian nằm viện của người bệnh ung thư. Hơn nữa, người điều dưỡng có vai trò rất quan trọng trong việc đánh giá, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân ung thư nói chung, đặc biệt là cải thiện mức độ đau và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu tập trung mô tả tỉ lệ đau ở một số nhóm bệnh hoặc phân tích đơn lẻ một triệu chứng, chủ yếu ở bệnh nhân ung thư điều trị nội trú hoặc ngoại trú nói chung, chưa đi sâu vào nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn hoặc đang điều trị tại các khoa chăm sóc giảm nhẹ [3, 4, 6, 7].

Hiện nay, tại miền Trung Việt Nam nói chung và Bệnh viện Trung ương Huế nói riêng, rất ít nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư đang được chăm sóc giảm nhẹ. Chính sự thiếu hụt về thông tin của mối liên hệ này đã gây khó khăn cho việc xây dựng các can thiệp điều dưỡng, tối ưu hóa quản lý triệu chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Do đó, việc thực hiện nghiên cứu đánh giá đặc điểm đau, chất lượng giấc ngủ và mối liên hệ giữa hai yếu tố này ở bệnh nhân ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế là cần thiết. Kết quả nghiên cứu không chỉ góp phần cung cấp dữ liệu mang tính thực hành lâm sàng, mà còn tạo cơ sở cho việc hoạch định chiến lược chăm sóc toàn diện, nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân ung thư tại Việt Nam. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 3 mục tiêu nghiên cứu:

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị giảm đau đang sử dụng ở người bệnh ung thư tại khoa chăm sóc giảm nhẹ, Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế*

2. *Tìm hiểu mức độ đau và chất lượng giấc ngủ của người bệnh ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế*

3. *Xác định mối liên quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ trên người bệnh ung thư*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh ung thư từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** người bệnh ung thư từ 18 tuổi trở lên tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ có thời gian nằm viện từ 21 ngày trở lên, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân trong tình trạng nặng, quá yếu hoặc mệt, không đủ tỉnh táo để trả lời phỏng vấn, bệnh nhân bị rối loạn giấc ngủ mãn tính.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 12/2023 - 6/2024

2.3 Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu gồm 1 mẫu, xác định một trung bình sử dụng sai số tương đối:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{\sigma^2}{\epsilon^2 \mu^2}}$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$

ϵ sai số tương đối, μ giá trị trung bình, σ là độ lệch chuẩn

Nguyễn Phương Mai và cs (2022) nghiên cứu trên 104 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế cho kết quả điểm trung bình chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI là $10,6 \pm 5,2$ [4]. Vì vậy, $\mu = 10,6$; $\sigma = 5,2$, chọn $\epsilon = 0,08$, thay vào công thức ta có: $n = 115$. Lấy thêm 10% cỡ mẫu để phòng sai sót trong quá trình thu thập số liệu. Vậy, cỡ mẫu cần thiết là 127 mẫu. Trên thực tế, sau khi phỏng vấn 127 đối tượng tham gia nghiên cứu, qua quá trình soát phiếu phát hiện 9 phiếu không hợp lệ (thiếu thông tin, thông tin không logic, ...) nên bị loại. Vì vậy, kết quả nghiên cứu được phân tích trên 118 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện tất cả các đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Trên thực tế, chúng tôi chọn được 118 người bệnh ung thư tham gia nghiên cứu này.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn.

2.3.3. Công cụ nghiên cứu:

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, gồm 3 phần:

(1) Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng: đặc điểm nhân khẩu học bao gồm: tuổi, học vấn, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, mô hình gia đình, ...; đặc điểm lâm sàng bao gồm: loại ung thư, giai đoạn bệnh, các bệnh lý đi kèm, phương pháp điều trị, các phương pháp giảm đau đang sử dụng, hiệu quả của các phương pháp giảm đau, ...

(2) Thang điểm Bảng kiểm đau rút gọn (Brief Pain Inventory-SF): thang điểm đau Brief Pain Inventory-SF được phát triển bởi Charles S. Cleeland (1991) được sử dụng rộng rãi để đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau đến sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Thang đo gồm 2 phần: mức độ đau (Severity) và ảnh hưởng của đau (Interference). Hệ số Cronbach's alpha của phần mức độ đau trong thang đo gốc là 0,85, cho thấy độ tin cậy nội tại cao [8]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng Phần đánh giá mức độ đau của Bảng kiểm đau rút gọn (BPI: Brief pain inventory) phiên bản Tiếng Việt có hiệu chỉnh của Phạm Thị Tình (2022) [9]. Độ tin cậy Cronbach's alpha của bộ công cụ này đối với mức độ nghiêm trọng của cơn đau là 0,786 [9]. Bộ công cụ gồm 4 câu hỏi sử dụng thang đánh giá đau bằng số (NRS) từ 0 đến 10, bao gồm các yếu tố: mức độ đau lúc đau nhất, lúc ít đau nhất, mức độ đau thường xuyên nhất trong thời gian nằm viện và mức độ đau hiện tại. Quy ước tính điểm: Điểm mức độ nghiêm trọng của cơn đau được tính từ bốn mục về cường độ đau, mỗi mục được đánh giá từ 0 (không đau) đến 10 (mức độ đau khủng khiếp nhất) và đóng góp vào điểm cuối cùng, điểm trung bình của 4 mục, điểm càng cao cho thấy mức độ đau càng trầm trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang đo có độ tin cậy Cronbach's alpha = 0,805

(3) Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): Thang điểm PSQI được phát triển vào năm 1989 sử dụng để chấm và đánh giá chất lượng giấc ngủ cho bệnh nhân, nó có tác dụng đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng gần nhất, thang đo độ tin cậy Cronbach's alpha = 0,83 [10]. Bộ câu hỏi này bao gồm 19 câu, chia thành 7 thành phần có trọng số ngang nhau bao

gồm: chất lượng giấc ngủ chủ quan (1 câu); độ trễ giấc ngủ (2 câu); thời gian ngủ (1 câu); hiệu quả giấc ngủ (3 câu); rối loạn giấc ngủ (9 câu); sử dụng thuốc ngủ (1 câu); rối loạn hoạt động chức năng ban ngày (2 câu). Mỗi câu được đánh giá từ 0-3 điểm theo cảm nhận của người trả lời. Tổng điểm của thang đo là điểm tổng của 7 mục thành phần giao động từ 0 đến 21 điểm. Chất lượng giấc ngủ kém được định nghĩa là điểm PSQI > 5. Nghiên cứu sử dụng thang điểm PSQI phiên bản tiếng Việt (2014) đã nhận được quyền sử dụng của tác giả Tô Minh Ngọc và Trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng CHAC, thang đo có độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha là 0,789 [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang đo có độ tin cậy Cronbach's alpha = 0,756.

2.3.4. Định nghĩa biến:

(1) Biến độc lập: Tuổi: Là biến định lượng, được ghi nhận theo số tuổi thực của người bệnh tại thời điểm thu thập số liệu, sau đó phân nhóm thành bốn mức: < 40 tuổi, 40 - 59 tuổi, 60 - 74 tuổi và ≥ 75 tuổi [12]; Dân tộc: Là biến định tính, phân thành hai nhóm: người Kinh và các dân tộc khác; Khu vực sinh sống: Là biến định tính, được phân loại thành nông thôn và thành thị; Nghề nghiệp: Là biến định tính đa nhóm, ghi nhận theo nghề hiện tại hoặc gần nhất của người bệnh, bao gồm: nội trợ, nông dân, công nhân, hưu trí, già, buôn bán và nhóm nghề khác; Mức hưởng bảo hiểm y tế: Là biến định tính thứ bậc, ghi nhận theo tỉ lệ thanh toán chi phí khám chữa bệnh (100%, 95%, 80% và trái tuyến); Tình trạng hôn nhân hiện tại: Là biến định tính, phân thành ba nhóm: đã kết hôn, chưa kết hôn và góa/bụa; Người chăm sóc chính trong thời gian nằm viện: Là biến định tính, xác định dựa trên thân nhân trực tiếp chăm sóc người bệnh, gồm các nhóm: vợ/chồng, con, cha/mẹ/anh/chi/em/họ hàng và không có người chăm sóc; Loại ung thư: Là biến định tính, ghi nhận dựa trên chẩn đoán mô bệnh học, phân loại theo vị trí nguyên phát như: ung thư phổi, đường tiêu hóa, vùng hàm mặt, vú - phụ khoa, gan - thận - tiết niệu, bàng quang, tuyến tiền liệt...; thời gian chẩn đoán lần đầu: Là biến định tính thứ bậc, tính từ thời điểm được chẩn đoán ung thư đến thời gian thu thập số liệu, phân thành các nhóm: ≤ 6 tháng, > 6 - 12 tháng, > 1 năm - ≤ 5 năm và > 5 năm [13]; Giai đoạn bệnh: Là biến định tính, xác định theo giai đoạn tiến triển của ung thư dựa vào hồ sơ bệnh án, gồm: giai đoạn I-II, giai đoạn III và giai đoạn IV [14]; Các phương pháp giảm đau đang sử dụng: Là biến định tính đa lựa chọn, gồm: thuốc giảm đau theo thang bậc của WHO,

Phẫu thuật giảm đau (giải phóng chèn ép), Tâm lý liệu pháp, Xạ trị chống đau (giảm áp lực/chèn ép), Giảm đau bằng PP y học cổ truyền hoặc Khác (Hoá trị, nội tiết, miễn dịch); Số lượng phương pháp giảm đau đã và đang sử dụng: Là biến định tính, phân loại thành: 1 phương pháp, 2 phương pháp hoặc ≥ 3 phương pháp; Các thuốc khác đang sử dụng: Là biến định tính đa lựa chọn, gồm: thuốc chống loạn thần, thuốc kháng viêm, thuốc kháng sinh, thuốc chống co giật và nhóm khác; Các triệu chứng kèm theo: Là biến định tính, ghi nhận các biểu hiện thường gặp gồm: khó thở, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiểu tiện, ho hoặc không có triệu chứng; Mức độ lo lắng hiện tại: Là biến định tính thứ bậc, được tự báo cáo bởi người bệnh, phân theo ba mức: rất lo lắng, lo lắng mức độ vừa và không lo lắng; Mức độ hài lòng với chăm sóc: Là biến định tính thứ bậc, phân thành: rất hài lòng, bình thường và không hài lòng.

(2) Biến phụ thuộc: Mức độ đau: Biến được đo bằng phần đánh giá mức độ nghiêm trọng của thang BPI-SF (phiên bản tiếng Việt của Phạm Thị Tình, 2022), gồm 4 mục sử dụng thang số NRS từ 0-10. Điểm trung bình của bốn mục (đau nhất, nhẹ nhất, thường xuyên nhất và đau hiện tại) được sử dụng làm điểm mức độ đau, điểm càng cao cho thấy mức độ đau càng nhiều [8, 9]; Chất lượng giấc ngủ: Biến được đánh giá bằng thang PSQI (phiên bản tiếng Việt của Tô Minh Ngọc và CHAC, 2014), gồm 7 thành phần với tổng điểm từ 0-21, điểm càng cao chất lượng giấc ngủ càng giảm. Người bệnh có điểm PSQI > 5 được xác định là có chất lượng giấc ngủ kém [11, 15].

2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn, tần số và tỉ lệ phần trăm; Thống kê phân tích sử dụng kiểm định tương quan Spearman Correlation để xác định mối tương quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ; mô hình hồi quy đa biến Linear regression được sử dụng để xác định các yếu tố liên lượng chất lượng giấc ngủ với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế và Hội đồng khoa học Bệnh viện Trung Ương Huế. Nghiên cứu đã được sự cho phép của Lãnh đạo Khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia, mọi thông tin liên quan đều được mã hóa đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (N=118)

Đặc điểm nhân khẩu học		N	%
Mean ± SD (Min-Max)		60,03 ± 11,04 (34 - 86)	
Tuổi	< 40 tuổi	4	3,4
	40 - 59 tuổi	47	39,8
	60 - 74 tuổi	57	48,3
	≥ 75 tuổi	10	8,5
Dân tộc	Kinh	117	99,2
	Khác	1	0,8
Khu vực sống	Nông thôn	72	61
	Thành thị	46	39
Nghề nghiệp	Nội trợ	16	13,6
	Nông dân	25	21,2
	Công nhân	5	4,2
	Hưu trí	11	9,3
	Già	32	27,1
	Buôn bán	8	6,8
	Khác	21	17,8
Mức hưởng Bảo hiểm	100%	56	47,5
	95%	10	8,5
	80%	49	41,5
	Trái tuyến	3	2,5
Tình trạng hôn nhân hiện tại	Đã kết hôn	107	90,7
	Chưa kết hôn	8	6,8
	Góa bụa	3	2,5
Người chăm sóc chủ yếu trong thời gian nằm viện	Vợ/Chồng	63	53,4
	Con	38	32,2
	Cha/mẹ/Anh/Chị/Em/Họ hàng	9	7,6
	Không có người chăm sóc	8	6,8

Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 60,03 ± 11,04 tuổi và dân tộc Kinh chiếm đa số (99,2%). Phần lớn đã kết hôn (90,7%). Đa số người bệnh hưởng bảo hiểm y tế mức 100% (47,5%) và 80% (41,5%). Vợ/chồng hoặc con cái là người chăm sóc chính của ĐTNC với tỉ lệ lần lượt là 53,4% và 32,2%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và phương pháp giảm đau của đối tượng nghiên cứu (N=118)

Đặc điểm lâm sàng		N	%
Loại ung thư	K phổi	36	30,5
	K đường tiêu hóa	33	28
	K vùng hàm mặt	12	10,2
	K vú và phụ khoa	12	10,2
	Khác (K gan, K tiền liệt tuyến, K bàng quang, K thận...)	25	21,2
Thời gian chẩn đoán lần đầu	≤ 6 tháng	60	50,8
	> 6 tháng - ≤ 12 tháng	20	16,9
	> 1 năm - ≤ 5 năm	34	28,8
	> 5 năm	4	3,4

Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I, II	1	0,8
	Giai đoạn III	18	15,3
	Giai đoạn IV	99	83,9
Các phương pháp giảm đau đang sử dụng (nhiều lựa chọn)	Thuốc giảm đau (bậc 1, bậc 2, bậc 3)	117	83,6
	Phẫu thuật giảm đau (giải phóng chèn ép)	3	2,1
	Tâm lý liệu pháp	1	0,7
	Xạ trị chống đau (giảm áp lực/chèn ép)	4	2,9
	Giảm đau bằng PP y học cổ truyền	6	4,3
	Khác (Hoá trị, nội tiết, miễn dịch)	9	6,4
Số lượng phương pháp giảm đau đã và đang sử dụng	1 phương pháp	97	82,2
	2 phương pháp	19	16,1
	3 phương pháp	2	1,7
Các thuốc khác đang sử dụng (nhiều lựa chọn)	Thuốc hướng thần	66	55,9
	Thuốc kháng viêm	47	39,8
	Thuốc kháng sinh	100	84,7
	Thuốc cầm máu	29	24,6
	Khác	14	11,9
Các triệu chứng kèm theo	Không có triệu chứng	24	20,3
	Khó thở	34	28,8
	Rối loạn tiêu hóa	34	28,8
	Rối loạn tiểu tiện	5	4,3
	Ho	21	17,8
Mức độ lo lắng hiện tại	Rất lo lắng	26	22,1
	Lo lắng mức độ vừa	64	54,2
	Không lo lắng	28	23,7
Mức độ hài lòng với dịch vụ chăm sóc	Rất hài lòng	96	81,4
	Bình thường	21	17,8
	Không hài lòng	1	0,8

Ung thư phổi và ung thư đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (lần lượt là 30,5% và 28%). Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn III và IV (99,2%). Phương pháp giảm đau phổ biến nhất là thuốc giảm đau chiếm 83,6%. Ngoài đau, khó thở và rối loạn tiêu hóa là hai triệu chứng kèm theo phổ biến nhất với tỉ lệ tương đương 28,8%. Tỉ lệ bệnh nhân lo lắng ở mức độ vừa và rất lo lắng khá cao (76,3%). Về mức độ hài lòng khi nằm viện, có 81,4 % người bệnh rất hài lòng.

3.2. Chất lượng giấc ngủ và Mức độ đau của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Chất lượng giấc ngủ (PSQI) của đối tượng nghiên cứu (N = 118)

Chất lượng giấc ngủ	Mean	SD	Min - Max
Chất lượng giấc ngủ chủ quan	1,58	0,67	0 - 3
Độ trễ giấc ngủ	1,83	0,89	0 - 3
Thời gian ngủ	1,77	1,16	0 - 3
Hiệu quả giấc ngủ	0,11	0,38	0 - 2
Rối loạn giấc ngủ	1,50	0,55	0 - 3
Sử dụng thuốc ngủ	1,54	1,23	0 - 3
Rối loạn hoạt động chức năng ban ngày	0,95	0,90	0 - 3
Tổng điểm PSQI	9,30	3,48	2 - 16

Phân độ chất lượng giấc ngủ (CLGN)	CLGN kém PSQI > 5	CLGN tốt PSQI ≤ 5
	n (%)	n (%)
	102 (86,4)	16 (13,6)

Tổng điểm trung bình chất lượng giấc ngủ PSQI của người bệnh là: $9,30 \pm 3,48$. Trong đó, có 86,4% người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5).

Bảng 4. Mức độ đau của đối tượng nghiên cứu (N=118)

Mức độ đau	Đau ít (0 - 4)	Đau vừa (5 - 6)	Đau nhiều (7 - 10)	Mean	SD	Min - Max
	n (%)	n (%)	n (%)			
Mức độ đau nhất trong thời gian nằm viện	8 (6,8)	28 (23,7)	82 (69,2)	7,31	1,79	2 -10
Mức độ đau ít nhất trong thời gian nằm viện	89 (75,4)	24 (20,3)	5 (4,2)	3,35	1,72	0 - 9
Mức độ đau trung bình trong thời gian nằm viện	58 (49,2)	38 (32,2)	22 (18,6)	4,48	2,01	0 - 9
Mức độ đau hiện tại	81 (68,6)	18 (15,3)	19 (16,1)	3,37	2,59	0 - 10
Điểm TB mức độ đau	47 (39,8)	59 (50,0)	12 (10,2)	4,62	1,65	0,7 – 8,7
Tỉ lệ % giảm đau trong thời gian nằm viện sau dùng các phương pháp giảm đau	≤ 50%	> 50%		66,86	26,13	0 - 100
	n (%)	n (%)				
	29 (24,6)	89 (75,4)				

Mức độ đau trung bình của đối tượng nghiên cứu theo thang đo BPI là: $4,62 \pm 1,65$ điểm. Về mặt phân độ, đa số bệnh nhân đau ở mức trung bình chiếm 50%, 10,2% đau nhiều và 39,8% đau nhẹ. Tỉ lệ % giảm đau trong thời gian nằm viện sau khi dùng các phương pháp giảm đau trung bình là $66,86\% \pm 26,13$, trong đó 75,4% người bệnh giảm được trên 50% mức độ đau.

3.4. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư

Bảng 5. Mối tương quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ

	Chất lượng giấc ngủ	Mức độ đau
Chất lượng giấc ngủ	1	0,182 (p* = 0,049)
Mức độ đau	-	1

*Spearman Correlation

Có mối tương quan thuận giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ với $p = 0,049$.

Bảng 6. Mô hình hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ (N=118)

Yếu tố liên quan	B	SE	β	p	F/R ² /p*
Mức độ đau	0,54	0,18	0,26	0,004	F = 4,29 R ² = 0,188 p = 0,001
Mức độ lo lắng	-0,89	0,45	-0,18	0,048	
Triệu chứng kèm theo	-0,43	0,21	-0,19	0,039	
Giảm đau bằng Phẫu thuật	-1,35	0,62	-1,19	0,032	
Sử dụng thuốc hướng thần	-1,13	0,61	-1,16	0,068	
Hóa trị	0,52	0,66	0,07	0,43	

* Linear Regression

Mô hình hồi quy đa biến gồm 6 yếu tố (Mức độ đau, Mức độ lo lắng, Triệu chứng kèm theo, Sử dụng thuốc hướng thần, Giảm đau bằng Phẫu thuật, và Hóa trị) giải thích được 18,8% sự thay đổi chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư tại Khoa chăm sóc giảm nhẹ với $F = 4,29$, $p = 0,001$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị giảm đau ở bệnh nhân ung thư

Nghiên cứu trên 118 người bệnh ung thư tại Khoa chăm sóc giảm nhẹ cho thấy phần lớn người bệnh bị ung thư phổi (30,5%) và ung thư đường tiêu hóa (28%). Điều này phù hợp với thống kê toàn cầu, trong đó ung thư phổi và đại trực tràng nằm trong nhóm có tỉ lệ mắc và tử vong hàng đầu [1]. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này ở giai đoạn muộn (giai đoạn IV) chiếm 83,9%. Kết quả này có sự chênh lệch với nghiên cứu của Nguyễn Phương Mai và cs (2021) nghiên cứu trên 104 bệnh nhân với tỉ lệ ung thư giai đoạn IV chiếm 37,5% [4]. Lý giải cho vấn đề này, tác giả nghiên cứu trên số liệu nghiên cứu của chúng tôi được thu thập tại khoa chăm sóc giảm nhẹ nơi mà bệnh nhân hầu hết ở giai đoạn muộn, đến để được chăm sóc làm giảm nhẹ các triệu chứng. Đối với đối tượng này, các nhu cầu chăm sóc giảm đau và chất lượng giấc ngủ lại càng đặt ra là vấn đề cấp thiết.

Phương pháp giảm đau được sử dụng phổ biến nhất cho người bệnh ung thư tại đây là thuốc giảm đau (83,6%) tuân theo khuyến cáo của tháp giảm đau WHO [16]. Tuy nhiên, tỉ lệ áp dụng các phương pháp không dùng thuốc như xạ trị chống đau (2,9%), tâm lý liệu pháp (0,7%) hay y học cổ truyền (4,3%) vẫn còn hạn chế. Đa số người bệnh chỉ sử dụng một phương pháp giảm đau chiếm 82,2%, điều này cho thấy thực hành lâm sàng chủ yếu vẫn nghiêng về tiếp cận đơn trị liệu, trong khi khuyến cáo quốc tế nhấn mạnh đến chăm sóc giảm nhẹ đa mô thức [16]. Thêm vào đó, chỉ có 17,8% bệnh nhân sử dụng 2 hoặc nhiều hơn các phương pháp giảm đau, phản ánh sự thiếu tích hợp giữa các mô hình điều trị. Các tài liệu nghiên cứu về các phương pháp giảm đau trên bệnh nhân ung thư còn hạn chế nên các kết quả nghiên cứu này góp phần so sánh đánh giá cho các nghiên cứu tiếp theo.

Ngoài triệu chứng đau sự xuất hiện phổ biến, các triệu chứng kèm theo như khó thở (28,8%), rối loạn tiêu hóa (28,8%), và ho (17,8%) cho thấy nhu cầu quản lý triệu chứng là rất lớn ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. Cùng với đó, việc sử dụng các thuốc hỗ trợ như kháng sinh (84,7%) và thuốc hướng thần (55,9%) phản ánh thực trạng bệnh nhân đang đối mặt với biến chứng nhiễm trùng, rối loạn tâm thần hoặc lo âu liên quan đến bệnh lý. Những triệu chứng này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn làm gia tăng gánh nặng điều trị [17]. Dù có đến 76,3% bệnh nhân cho biết đang lo lắng hoặc rất lo lắng, nhưng mức độ hài lòng với dịch vụ chăm sóc lại rất cao (81,4% rất hài lòng). Điều này cho thấy đội

ngũ chăm sóc đã đáp ứng được phần nào nhu cầu cảm xúc và tâm lý, dù bệnh nhân vẫn cần được hỗ trợ tâm lý sâu hơn. Các nghiên cứu cho thấy hỗ trợ tinh thần đóng vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị và chất lượng sống bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối [17].

4.2. Chất lượng giấc ngủ và mức độ đau của người bệnh ung thư

Chất lượng giấc ngủ ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe thể chất, tinh thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI là $9,30 \pm 3,48$ điểm với tỉ lệ người bệnh ung thư có chất lượng giấc ngủ kém chiếm 86,4%. Nghiên cứu của Mystakidou và cs (2007) trên 102 bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối cho thấy điểm Trung bình PSQI của đối tượng nghiên cứu là $12,0 \pm 4,55$, thể hiện CLGN kém hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [18]. Điều này có thể là do Mystakidou và cs nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối còn chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân ung thư của cả ba giai đoạn bệnh (I, III, IV). Tại Việt Nam, Nguyễn Thị Ngoãn và cs (2022) nghiên cứu trên 104 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho kết quả điểm trung bình chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI là $10,6 \pm 5,2$, trong đó, tỉ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém chiếm 79,8%, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [3].

Về các thành tố cấu thành thang đo, lĩnh vực “độ trễ giấc ngủ” bị rối loạn nhiều nhất (điểm cao nhất với mean 1,83) chỉ ra thời gian vào giấc bị trì hoãn - một biểu hiện thường gặp trong các nghiên cứu về rối loạn ngủ trong ung thư và được cho là chịu ảnh hưởng của đau mạn, tác dụng phụ điều trị và rối loạn cảm xúc [19, 20]. Tiếp đến là “thời gian ngủ” (mean 1,77) phản ánh giảm thời lượng ngủ thực tế giảm; điều này tương đồng với báo cáo ở bệnh nhân ung thư tiến triển và người sống sót kéo dài, nơi thời lượng ngủ thường giảm do triệu chứng bệnh và các can thiệp điều trị [5]. Ngược lại, thành phần “hiệu quả giấc ngủ” thấp (mean 0,11) cho thấy phần lớn thời gian nằm ở giường không tương ứng với thời gian ngủ kém - điều này có thể do bệnh nhân nội trú nghỉ ngơi nhiều dù chất lượng và thời lượng giấc ngủ kém, một hiện tượng đã được mô tả trong các nghiên cứu lâm sàng [21, 22]. Rối loạn giấc ngủ đạt điểm trung bình khá, phù hợp với báo cáo rằng các triệu chứng thể chất (đau, khó thở, kích thích tiêu hóa, ho) làm tăng thức giấc và giảm liên tục giấc ngủ [18, 23, 24]. Cuối cùng, “rối loạn hoạt động chức năng ban ngày” (mean 0,95) được cho rằng ít bị ảnh hưởng nhất trong tất cả bảy thành phần. Như vậy,

mặc dù bệnh nhân ngủ kém, mức ảnh hưởng đến sinh hoạt ban ngày không biểu hiện rõ. Các nghiên cứu như của Jung et al. (2025) cũng ghi nhận thành phần này thường có độ nhạy thấp trong nhóm bệnh nhân ung thư do hoạt động ban ngày vốn đã giới hạn bởi đau, mệt mỏi hoặc điều trị [25]. Vì vậy, khi đánh giá chất lượng giấc ngủ, cần chú trọng các thành phần khác (như độ trễ ngủ, rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ) thay vì chỉ dựa vào chức năng ban ngày.

Đối với người bệnh ung thư, đau là triệu chứng phổ biến và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình mức độ đau là $4,62 \pm 1,65$ điểm theo thang BPI, với tỉ lệ đau mức trung bình chiếm 50%, đau nhiều/nặng chiếm 10,2%. Nguyễn Phương Mai và cs (2021) nghiên cứu về mức độ đau và các yếu tố liên quan trên 110 bệnh nhân ung thư tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh cho thấy tất cả người bệnh đều than phiền về đau, trong đó mức độ đau trung bình chiếm 38,2% và đau nặng chiếm 34,5% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Khoa chăm sóc giảm nhẹ, nơi mà việc quản lý giảm đau cho người bệnh là một trong những chiến lược trọng tâm. Chính vì vậy, có đến 75,4% người bệnh cảm thấy giảm được trên 50% mức độ đau sau khi sử dụng các phương pháp giảm đau trong thời gian nằm viện. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến tỉ lệ người bệnh đau nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phương Mai và cs.

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh đau nhiều khá thấp khoảng 10% phần nào thể hiện được hiệu quả của các phương pháp quản lý đau hiện tại. Vì vậy, cần tiếp tục lượng giá và phát huy công tác quản lý đau nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Bên cạnh đó, tỉ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém rất cao, gần 85%. Vì vậy, việc triển khai các biện pháp nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh ung thư là cấp thiết.

4.3. Mối tương quan giữa mức độ đau liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư

Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ đau và chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư có thể góp phần cung cấp các dữ liệu khoa học giúp định hướng phát triển các can thiệp điều dưỡng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan thuận giữa chất lượng giấc ngủ và mức độ đau ($r = 0,182$, $p = 0,049$). Mô hình hồi quy đa biến gồm 6 yếu tố (Mức độ đau, Mức độ lo lắng, Triệu chứng kèm theo, Sử dụng thuốc hướng thần, Giảm đau bằng Phẫu thuật, và Hóa trị) giải thích được 18,8% sự

thay đổi chất lượng giấc ngủ ở người bệnh ung thư tại Khoa chăm sóc giảm nhẹ với $F = 4,29$, $p = 0,001$. Mystakidou và cs (2007) tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ với sự tuyệt vọng và các phương pháp giảm đau trên bệnh nhân ung thư [24]. Nguyễn Thị Ngoan và cs (2022) nghiên cứu trên 104 bệnh nhân ung thư tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ với tình trạng trầm cảm, lo âu [3]. Một nghiên cứu khác của Mystakidou và cs (2007) trên 102 bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối cho thấy chất lượng cuộc sống ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ trực tiếp hoặc gián tiếp thông qua ảnh hưởng đến mức độ đau [18]. Các phương pháp điều trị phẫu thuật và hóa trị được tìm thấy có liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh ung thư, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài và cộng sự [26]. Việc sử dụng các thuốc hướng thần đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống, quản lý đau và giảm lo âu ở người bệnh ung thư [27]. Điều này có thể gián tiếp tác động đến việc nâng cao chất lượng giấc ngủ vì giảm đau và giảm lo âu tương quan thuận với chất lượng giấc ngủ. Đau và chất lượng giấc ngủ kém ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. Vì vậy, cần tăng cường các biện pháp quản lý đau và hỗ trợ nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh ung thư.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân ung thư tại Khoa Chăm sóc giảm nhẹ - Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 12/2023 - 6/2024 cho thấy tỉ lệ người bệnh ung thư có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5) rất cao, chiếm đến 84,6%, tỉ lệ đau vừa chiếm 50%, đau nhiều chiếm 10,2%. Bên cạnh đó, nghiên cứu tìm thấy các yếu tố mức độ đau, lo lắng, triệu chứng kèm theo và can thiệp giảm đau bằng phẫu thuật có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư ($p < 0,001$). Do đó, cần tăng cường đánh giá và kiểm soát đau một cách toàn diện, thường quy trong thực hành lâm sàng; chú trọng can thiệp tâm lý nhằm giảm lo lắng và nâng cao sức khỏe tinh thần cho người bệnh; đồng thời phát hiện, quản lý hiệu quả các triệu chứng kèm theo. Đối với bệnh nhân có được giảm đau bằng phẫu thuật cần có can thiệp phù hợp nhằm nâng cao chất lượng giấc ngủ. Ngoài ra, mặc dù việc sử dụng thuốc hướng thần và hóa trị chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, vẫn cần được tiếp tục theo dõi và nghiên cứu trên mẫu lớn hơn để đánh giá rõ hơn tác động của các yếu tố này. Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý cần xây dựng và triển khai các chương trình

đào tạo, hướng dẫn lâm sàng về kiểm soát đau, hỗ trợ tâm lý và quản lý triệu chứng cho nhân viên y tế trong lĩnh vực chăm sóc giảm nhẹ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. Al Maqbali M, Al Sinani M, Alsayed A, Gleason AM. Prevalence of Sleep Disturbance in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Nurs Res. 2022;31(6):1107-23.
3. Ngôãn NT, Trúc NLT, Chi TTK. Mức độ đau ở người bệnh ung thư đang điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022(49):154-63.
4. Nguyễn Phương Mai, Nguyễn Lê Thành Nhân, Dương Ngọc Thanh Vân, Phạm Tăng Trí Tuệ, Nguyễn Thị Đăng Thư, Phùng Phương, et al. Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y học lâm sàng. 2021;71:12-20.
5. Pérez C, Ochoa D, Sánchez N, Ballesteros AI, Santidrián S, López I, et al. Pain in Long-Term Cancer Survivors: Prevalence and Impact in a Cohort Composed Mostly of Breast Cancer Survivors. Cancers. 2024;16(8):1581.
6. Nguyễn TM, Trần VL, Phạm TTH, Nguyễn BT. Thực trạng rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Hải Dương năm 2018. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2018;1(2):72-8.
7. Phan TAD, Nguyễn TCM, Đinh THN, Lê TTT. Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân sau phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2020;3(5):55-61.
8. Cleeland C. Measurement of pain by subjective report. Advances in pain research and therapy. 1989;12(Pain Measurement):391-403.
9. Tinh PT, Nguyệt NT, Trang HTT, Phương NTA, Đức TNM. Pain experiences and effectiveness of pain management after cesarean section in postpartum mothers at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. Tạp chí Y Dược Huế. 2025;15(4):71-9.
10. Smyth C. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI). SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 1999. p. 10-.
11. Ngọc TM, Do Nguyen N, Lam PK, Lan TTX, Huyền NXB. Validity of the Vietnamese version of the Pittsburgh sleep quality index. 2015.
12. Nhim V, Bencomo-Alvarez AE, Alvarado L, Kilcoyne M, Gonzalez-Henry MA, Olivas IM, et al. Racial/ethnic differences in the clinical presentation and survival of breast cancer by subtype. Frontiers in Oncology. 2024;14:1443399.
13. Wang W-X, Wu Y-S, Qi L-P, Wu AM, Zhu Y-Y, Gong W-J, et al. Prevalence of mental disorders and their associations with age at diagnosis and time since diagnosis of nasopharyngeal cancer. Frontiers in Public Health. 2024;12:1469001.
14. Edition S, Edge S, Byrd D. AJCC cancer staging manual. AJCC cancer staging manual. 2017;13.
15. Smyth C. The Pittsburgh sleep quality index (PSQI). Bd. 25. Journal of gerontological nursing SLACK Incorporated Thorofare, NJ. 1999:10-.
16. Organization WH. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization, 2018. apps who int/medic inedo cs/docum ents/s2360 5en/s2360 5en pdf Accessed. 2020;12.
17. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. Mol Psychiatry. 2020;25(12):3186-97.
18. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Gennatas K, Smyrniotis V, et al. The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. Sleep. 2007;30(6):737-42.
19. Fiorentino L, Rissling M, Liu L, Ancoli-Israel S. The Symptom Cluster of Sleep, Fatigue and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients: Severity of the Problem and Treatment Options. Drug Discov Today Dis Models. 2011;8(4):167-73.
20. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Cancers (Basel). 2023;15(3).
21. Kreutz C, Müller J, Schmidt ME, Steindorf K. Comparison of subjectively and objectively assessed sleep problems in breast cancer patients starting neoadjuvant chemotherapy. Supportive Care in Cancer. 2021;29(2):1015-23.
22. Kulpacharapong S, Chewcharat P, Ruxrungtham K, Gonlachanvit S, Patcharatrakul T, Chaitusaney B, et al. Sleep Quality of Hospitalized Patients, Contributing Factors, and Prevalence of Associated Disorders. Sleep Disord. 2020;2020:8518396.
23. Liu L, Ancoli-Israel S. Sleep Disturbances in Cancer. Psychiatr Ann. 2008;38(9):627-34.

24. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, et al. Sleep quality in advanced cancer patients. *Journal of psychosomatic research*. 2007;62(5):527-33.

25. Jung MS, Park M, Cha K, Cui X, Lee AR, Hwang J. Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Korean Breast Cancer Survivors: A Confirmatory Factor Analysis. *Healthcare*. 2025;13(19):2481.

26. Hoài CT, Thu HTM, Hoài HTT, Linh LTD. Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538(1).

27. Bader H, Farraj H, Maghnam J, Abu Omar Y. Investigating the therapeutic efficacy of psilocybin in advanced cancer patients: A comprehensive review and meta-analysis. *World J Clin Oncol*. 2024;15(7):908-19.

Đặc điểm dịch tễ học và nguyên nhân gây ngộ độc cấp tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023

Trần Thị Lý*, Lê Thị Lương, Cao Thị Suong, Nguyễn Thị Thủy

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Tác giả liên hệ: Trần Thị Lý, email: tranthily6989@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 20/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 27/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển. Ngộ độc cấp ngày càng đa dạng về tác nhân cũng như hoàn cảnh gây ngộ độc cấp.

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm dịch tễ học và nguyên nhân gây ngộ độc cấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 1124 bệnh nhân điều trị tại Khoa Chống độc, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Tỷ lệ nam giới là 61,3%, nữ giới là 38,7%, nhóm tuổi 46-60 cao nhất với 28,0%, nông dân, lao động tự do 51,0%, người già, tàn tật, mất sức lao động 30,2%. Bệnh nhân ở nông thôn 67,3%, thành thị 26,2%. Tác nhân gây ngộ độc cấp: nọc độc 35,8%, trong đó nọc rắn 24,5%, nọc ong 5,5%, rượu 20%, thuốc tân dược 13,9%. Ngộ độc cấp do cố ý là 42,2%: lạm dụng 28,7%, tự tử 13,4%. Ngộ độc cấp do không cố ý là 57,8%: tai nạn 36,2%, ngộ độc thực phẩm 11,6%. Đường vào của chất độc: đường tiêu hóa 59,6%, đường da, mắt 36,3%.

Kết luận: Ngộ độc cấp gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Nông dân, lao động tự do gặp nhiều nhất với 51,0% và thường gặp ở khu vực nông thôn với 67,3%. Ngộ độc cấp do nọc độc chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,5%, sau đó là rượu với 26,5%. Đường vào của chất độc chủ yếu là đường tiêu hóa và qua da.

Từ khóa: dịch tễ học, nguyên nhân, ngộ độc cấp.

Epidemiological characteristics and causes of acute poisoning at Nghe An General Friendship Hospital, 2023

Tran Thi Ly*, Le Thi Luong, Cao Thi Suong, Nguyen Thi Thuy

Nghe An General Friendship Hospital

Abstract

Background: Acute poisoning is a common medical emergency in both low- and high-income settings. In recent years, the spectrum of toxic agents and the circumstances of exposure have become increasingly diverse.

Materials and Methods: To describe the epidemiological characteristics and causes of acute poisoning.

Materials and Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study of 1,124 patients treated for acute poisoning at the Poison Control Department of Nghe An General Friendship Hospital from January to December 2023. Data on demographics, occupation, place of residence, toxic agents, intent and circumstances of poisoning, and routes of exposure were collected and analyzed descriptively.

Results: Males and females accounted for 61.3% and 38.7%, respectively. The 46-60-year age group had the highest proportion (28.0%). By occupation, farmers and freelance workers represented 51.0%, and the elderly/individuals with loss of working capacity accounted for 30.2%. Most cases originated from rural areas (67.3%), with 26.2% from urban areas. The principal toxic agents were venoms (33.5% in total; snake venom 24.5% and bee venom 5.5%), alcohol (26.5%), and pharmaceuticals (13.9%). Intentional poisonings comprised 42.2%, including 28.7% due to substance abuse and 13.4% due to suicide; unintentional poisonings made up

57.8%, including 36.2% from accidents and 11.6% from food poisoning. The main routes of exposure were the gastrointestinal tract (59.6%) and skin/ocular contact (36.3%).

Conclusions: Acute poisoning occurred more frequently in males than in females. Farmers and freelance workers were the most affected occupational groups, and the majority of cases came from rural areas. Venom-related poisoning was the most common etiology, followed by alcohol. The predominant routes of exposure were ingestion and dermal/ocular contact.

Keywords: *Epidemiological, causes, acute poisoning.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở khoa Hồi sức tích cực và Chống độc không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển. Thống kê của hiệp hội Chống độc Hoa Kỳ (AAPCC) cho biết hàng năm có hơn 4 triệu người ngộ độc, tiêu tốn khoảng 81 triệu USD mỗi năm [1]. Tỷ lệ ngộ độc gây tử vong ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình là cao hơn gấp 4 lần so với các quốc gia thu nhập cao [2]. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của đất nước, các dịch vụ kinh tế thị trường, các loại hóa chất công nghiệp, nông nghiệp, hóa chất bảo quản và chế biến thực phẩm, dược phẩm được lưu thông dễ dàng. Trong đó không ít các loại nhập lậu không rõ nguồn gốc, kém phẩm chất cũng tràn vào nước ta. Vì vậy, số trường hợp ngộ độc cấp ngày càng tăng cao. Tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, số bệnh nhân nhiễm độc đến khám và điều trị vào năm 1998 là 118 người nhưng đến năm 2003 con số này đã tăng lên tới 1669 người [3]. Tại Bệnh viện Trung Ương Huế ngộ độc cấp đứng thứ 7 trong các nguyên nhân hàng đầu nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực [4].

Với những thành tựu khoa học kỹ thuật và y học hiện đại, việc tiếp cận và sử dụng nhiều loại hoá - dược chất mới trong đời sống của người dân ngày càng trở nên phổ biến. Bên cạnh việc ứng dụng những thành tựu kể trên thì ngành y tế cũng luôn cố gắng nâng cao nhận thức cho người dân về những nguy cơ và tác hại của ngộ độc hoá chất, độc chất và dược chất; đồng thời không ngừng nghiên cứu và hoàn thiện các phương pháp kỹ thuật cứu sống người bệnh. Tuy nhiên, do nhiều nguyên nhân khác nhau, số ca ngộ độc trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng vẫn gia tăng gây nhiều thiệt hại cho xã hội.

Để làm giảm bớt được tỷ lệ ngộ độc cấp cũng như điều trị có kết quả tốt những trường hợp ngộ độc cấp, chúng ta cần phải biết rất rõ các tác nhân gây ngộ độc cấp, hoàn cảnh xảy ra và các yếu tố khác liên quan đến ngộ độc cấp. Từ đó giúp các bác sĩ đưa ra các phương pháp điều trị phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, góp phần làm giảm đáng kể số

lượng bệnh nhân nặng chuyển về, rút ngắn thời gian điều trị và nâng cao tiên lượng sống cho bệnh nhân. Đây cũng là tiền đề để xây dựng các phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về phòng tránh ngộ độc cấp trong cộng đồng. Hiện nay, tại Nghệ An cũng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về tình hình ngộ độc cấp, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm dịch tễ học và nguyên nhân gây ngộ độc cấp tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023” với mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm dịch tễ học và nguyên nhân gây ngộ độc cấp tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp điều trị tại khoa Chống độc, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán Ngộ độc cấp.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không khai thác được hết thông tin theo bệnh án nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán ngộ độc cấp

Bệnh nhân cần đạt một trong các tiêu chuẩn sau:

- Có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc cấp
 - + Đột ngột có biểu hiện bất thường trên một bệnh nhân bình thường khỏe mạnh hoặc có bệnh thông thường mức độ nhẹ (ho, sốt, ỉa chảy,...)
 - + Các biểu hiện lâm sàng phù hợp với ngộ độc cấp, đặc biệt có giá trị là các triệu chứng, các hội chứng đặc hiệu của một số loại ngộ độc cấp thường gặp (hội chứng Opioid, hội chứng Muscarinic...).
 - + Các biểu hiện lâm sàng không phải do các nguyên nhân khác gây ra [5]
- Có bằng chứng nhiễm độc
 - + Người khác bắt gặp bệnh nhân đang dùng thuốc, hóa chất độc có dán nhãn tên rõ ràng.
 - + Không bắt gặp bệnh nhân dùng trực tiếp nhưng thấy bệnh nhân có biểu hiện bất thường bên cạnh vỏ chai có mở nắp.

+ Không có bằng chứng nhưng có xét nghiệm đặc trưng cho loại ngộ độc (ví dụ : xét nghiệm hoạt độ men Cholinesterase, nồng độ methemoglobin máu...) biến đổi phù hợp với lâm sàng.

+ Có dấu vết hóa chất đặc trưng (mùi dầu hỏa, mùi thuốc trừ sâu).

+ Có vết cắn, đốt trên người.

+ Tiếp xúc với chất gây độc.

- Xét nghiệm độc chất: phát hiện thuốc, hóa chất trong máu, nước tiểu, dịch dạ dày...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) \frac{p(1-p)}{(d)^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

$Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)$: hệ số tin cậy (mức độ tin cậy 95%, Z = 1,96)

α : mức ý nghĩa thống kê (với $\alpha = 0,05$)

p=0,5

d là sai số tương đối, chọn d = 0,05

Thay vào công thức tính ta được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 384 mẫu.

2.2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nơi sinh sống.

- Tác nhân gây ra ngộ độc cấp, hoàn cảnh xảy ra ngộ độc cấp, đường vào của chất độc.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Sử dụng bệnh án mẫu dùng trong nghiên cứu.

Khai thác thông tin qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn

trực tiếp.

- Kiểm tra các thông tin trong bệnh án nghiên cứu, sau đó tiến hành nhập dữ liệu vào phần mềm excel, SPSS.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm Excel 2016 và SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được hội đồng nghiên cứu khoa học bệnh viện thông qua, mọi thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và bí mật cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân ngộ độc cấp

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính, tuổi (n = 1124)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	689	61,3
	Nữ	435	38,7
Tuổi	≤ 18	102	8,3
	19 - 25	64	5,2
	26 - 35	145	11,8
	36 - 45	188	15,4
	46 - 60	343	28,0
	61 - 80	241	19,7
	> 80	41	3,3
	$\bar{X} \pm SD$ (nhỏ nhất- lớn nhất)	46,9 ± 19,08 (2 - 101)	

Nam giới chiếm tỉ lệ cao nhất 61,3%, độ tuổi 46 - 60 chiếm tỉ lệ cao nhất 28,0%, độ tuổi từ 61 - 80 chiếm 19,7%.

Bảng 2. Đặc điểm về nghề nghiệp, khu vực sinh sống (n = 1124)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	96	8,5
	Cán bộ, công nhân viên chức	115	10,2
	Nông dân, lao động tự do	573	51,0
	Già, tàn tật, mất sức lao động	340	30,2
Địa dư	Nông thôn	756	67,3
	Miền núi	73	6,5
	Thành thị	295	26,2

Nông dân, lao động tự do chiếm 51,0%, người già, tàn tật, mất sức lao động chiếm 30,2%. Bệnh nhân sống ở vùng nông thôn chiếm 67,3%.

Bảng 3. Hoàn cảnh xảy ra ngộ độc cấp (n = 1124)

Hoàn cảnh xảy ra		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Cố ý	Lạm dụng	323	28,7	42,2
	Tự tử	151	13,4	
Không cố ý	Tai nạn	407	36,2	57,8
	Ngộ độc thực phẩm	130	11,6	
	Dùng sai, quá liều	90	8,0	
	Ăn uống nhầm	17	1,5	
	Nghề nghiệp	6	0,5	
Tổng		1124	100	

Ngộ độc cấp do cố ý chiếm 42,2%, trong đó lạm dụng chiếm 28,7%. Ngộ độc cấp do không cố ý chiếm 57,8%, trong đó tai nạn chiếm 36,2%.

Bảng 4. Đường vào của chất độc (n = 1124)

Đường vào của chất độc	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tiêu hóa	679	60,4
Da, mắt	402	35,8
Hô hấp	43	3,8
Tổng	1124	100

Đường vào của chất độc từ đường tiêu hóa chiếm đa số với 60,4%.

3.2. Nguyên nhân gây ngộ độc cấp

Bảng 5. Tác nhân gây ngộ độc cấp (n=1124).

Tác nhân		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Nọc độc	Nọc rắn	275	24,5	35,8
	Nọc ong	62	5,5	
	Động vật, côn trùng khác	65	5,8	
Thuốc tân dược	Thuốc an thần, gây ngủ	38	3,4	13,9
	Thuốc chống trầm cảm	11	1,0	
	Paracetamol	16	1,4	
	Thuốc tân dược khác	91	8,1	
Hóa chất	Thuốc diệt cỏ diaquat	4	0,4	9,3
	Thuốc diệt cỏ khác	17	1,5	
	Thuốc diệt chuột	42	3,7	
	Thuốc trừ sâu	20	1,8	
	Hóa chất khác	21	1,9	
Tác nhân		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Thuốc nam		50	4,4	
Rượu		231	20,6	
Thực phẩm		123	10,9	
Khí độc		7	0,6	
Chất gây nghiện		36	3,2	

Chất vô cơ	2	0,2
Thực vật	13	1,2
Tổng	1124	100

Nhóm nọc độc chiếm 35,8% trong đó nọc rắn chiếm 24,5%. Rượu chiếm 20,0% và thuốc tân dược chiếm 13,9%.

4. BÀN LUẬN

Trong số các bệnh nhân nhập viện vì ngộ độc cấp, nam giới chiếm ưu thế với 61,3%. Độ tuổi bị ngộ độc cấp chủ yếu là độ tuổi lao động: 46 - 60 tuổi chiếm 28,0%, 36 - 45 tuổi chiếm 15,4% (Bảng 1). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Hanh khi nghiên cứu tình hình ngộ độc cấp tại khoa HSTC, Bệnh viện Trung ương Huế (năm 2021) với tỉ lệ nam giới là 60,26% và nữ giới là 39,74%, độ tuổi bị ngộ độc cấp cũng gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động [4]. Với đặc điểm dân cư và văn hóa của nước ta thì nam giới đang đóng vai trò là trụ cột chính trong mỗi gia đình. Vì vậy, nguy cơ dẫn đến các tai nạn như rắn độc cắn, ong đốt vẫn còn gặp nhiều. Ngoài ra, nam giới là đối tượng tiếp xúc với các nguy cơ ngộ độc chất như lạm dụng rượu bia, các chất gây nghiện. Vì vậy, tỉ lệ nam giới mắc các ngộ độc cấp nói chung đều cao hơn nữ giới.

Nhóm nông dân, lao động tự do chiếm tỉ lệ cao nhất với 51,0%. Tiếp đó là nhóm người già, tàn tật, mất sức lao động với 30,2% (Bảng 2). Nhóm nông dân, lao động tự do là nhóm đối tượng thường xuyên tiếp xúc với chất độc như các loại hóa chất bảo vệ thực vật và lao động trong môi trường dễ gặp các tai nạn: động vật, côn trùng cắn. Nhóm người già, tàn tật, mất sức lao động là nhóm đứng thứ 2 về nguy cơ ngộ độc cấp, đây là nhóm khó kiểm soát trong việc sử dụng các loại thuốc, các loại hóa chất và khả năng tự bảo vệ khi gặp rắn, côn trùng và ong kém hơn nên dễ bị tai nạn xảy ra. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài trong khu vực cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu dịch tễ học tình hình ngộ độc cấp trên 493 bệnh nhân ngộ độc cấp ở tỉnh Giang Tô - Trung Quốc, tỉ lệ nông dân chiếm đa số 45,23% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thuộc khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 67,3%, sau đó là nhóm thành thị với 26,2% và nhóm miền núi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6,5% (Bảng 2). Điều này có thể giải thích do đó nhóm đối tượng trong độ tuổi lao động, vùng nông thôn, thường xuyên làm việc và tiếp xúc các tác nhân gây độc như nọc độc động vật, côn trùng, hay các loại thuốc, hóa chất trừ sâu. Các huyện ở vùng miền núi có khoảng cách rất xa với bệnh viện HNĐK Nghệ An, các trường hợp bệnh lý ngộ độc cấp mức độ nhẹ và trung bình

có thể nhập viện ở các tuyến dưới và bệnh viện khu vực như Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc và Tây Nam điều trị.

Kết quả nghiên cứu cho thấy ngộ độc không cố ý chiếm tỉ lệ 57,8% bao gồm nhiều nhất là tai nạn 36,2%, sau đó là ngộ độc thực phẩm 11,6%, dùng sai, quá liều 8,0%. Ngộ độc cấp do cố ý chiếm tỉ lệ 42,2% bao gồm lạm dụng 28,7%, tự tử 13,4% (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thắng tại khoa HSTC bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2016: hoàn cảnh ngộ độc chủ yếu là không cố ý với 61,2%; do tự tử chiếm tỉ lệ thấp với 23,9% [7]. Theo tác giả Zhang Y năm 2018, ngộ độc cấp do tai nạn 56,7%, do lạm dụng 22,1% và do cố tình tự tử chiếm 20,3% [8].

Một số nghiên cứu trên thế giới cho kết quả khác, theo Getie A, Belayneh YM bệnh viện Dessie, đông bắc Ethiopia, trong số 120 trường hợp ngộ độc cấp tính có 77 trường hợp (64,2%) là các trường hợp ngộ độc cố ý [9]. Điều này có thể lý giải do ở Việt Nam là khu vực khí hậu nhiệt đới nên gia tăng về số lượng ngộ độc cấp do tai nạn liên quan đến nọc độc. Và việc quản lý sử dụng thuốc tân dược hay các loại hóa chất cũng chưa nghiêm ngặt.

Đường nhiễm độc chủ yếu là đường tiêu hóa với 60,4% chủ yếu do thực phẩm, các loại thuốc uống và hóa chất. Đường da, mắt chiếm tỉ lệ 35,8% chủ yếu do các loại rắn, côn trùng cắn. Đường hô hấp chiếm tỉ lệ 3,8% là các trường hợp hít các chất gây nghiện, thuốc lá điện tử, khí độc (khí CO, N₂O,...) (Bảng 4). Kết quả này tương tự với kết quả của Hoàng Minh Đức: ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa chiếm 87,7% và đường hô hấp chiếm 3,6% [10]. Kết quả của Zhang Y ở Trung Quốc, đường uống là phổ biến nhất với 86,2%, tiếp theo là đường hô hấp 11,8% và đường tiếp xúc 2,0% [8]. Theo nghiên cứu của Jun-hua và cộng sự, ngộ độc qua đường tiêu hóa chiếm 84,18% [6].

Tác nhân gây ngộ độc cấp chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm nọc độc với 35,8%, trong đó nọc rắn chiếm 24,5%, tiếp đó là rượu với 20,0% (Bảng 5). Điều này phù hợp với đặc điểm địa hình dân cư và nghề nghiệp trong địa bàn tỉnh Nghệ An, diện tích nông thôn, miền núi rộng, chủ yếu người dân là nông dân lao động dễ tiếp xúc với các loại động vật độc. Kết quả này phù

hợp với nghiên cứu của tác giả Hoàng Trọng Hanh với tỉ lệ các loại nọc độc chiếm 33,55% và Nguyễn Tiến Thắng tại Khoa HSTC - Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, tỉ lệ động vật cắn cao nhất chiếm 50,8% [4, 7]. Theo nghiên cứu của Getie A và cộng sự, tác nhân gây ngộ độc cấp chủ yếu là thuốc trừ sâu 45%, hóa chất gia dụng 22,5% và thực phẩm 15,8% [9].

Hiện nay, vẫn còn tình trạng bệnh nhân lạm dụng thuốc an thần. Trong số 156 bệnh nhân ngộ độc cấp do thuốc tân dược, có 48 bệnh nhân ngộ độc thuốc an thần, 11 bệnh nhân ngộ độc thuốc chống trầm cảm (Bảng 5). Thông thường thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm là những loại thuốc được cấp phát cho bệnh nhân điều trị ngoại trú các bệnh lý về trầm cảm, rối loạn tâm thần, tâm thần phân liệt. Kết quả trên cho thấy việc giám sát, quản lý sử dụng thuốc an thần kinh, thuốc chống trầm cảm chưa thật sự chặt chẽ. Các bệnh nhân vẫn sử dụng quá liều hoặc cố ý tự tử. Một nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc Bạch Mai cho thấy trong các trường hợp ngộ độc thuốc an thần kinh, có đến 88,5% các trường hợp xảy ra do hành vi tự tử [11]. Ngoài ra, thuốc an thần gây ngủ hiện nay trên thị trường vẫn có bán tại các nhà thuốc, người dân dễ dàng mua để sử dụng cho các triệu chứng mất ngủ hoặc hành vi tự tử. Cần có sự giám sát chặt chẽ về việc kê đơn, bán các loại thuốc an thần để hạn chế ngộ độc thuốc an thần xảy ra.

Hóa chất gây ngộ độc cấp chủ yếu là thuốc diệt chuột, thuốc diệt cỏ và thuốc trừ sâu. Thậm chí loại

thuốc diệt cỏ như Diaquat là loại bị cấm trên thị trường nhưng thực tế vẫn có bệnh nhân ngộ độc Diaquat. Tại Bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ tử vong do ngộ độc thuốc diệt cỏ diaquat là 63,2% [12]. Nhóm bệnh nhân ngộ độc cấp do hóa chất chủ yếu là hành vi tự tử. Tình trạng mua bán, sử dụng, bảo quản hóa chất chưa được giám sát chặt chẽ dẫn đến những hậu quả nặng nề khi bị ngộ độc. Các loại hóa chất này khi bị ngộ độc gây ra các triệu chứng lâm sàng nặng nề, đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tình hình ngộ độc cấp xảy ra nam giới nhiều hơn nữ giới. Tuổi trung bình của ngộ độc cấp là $46,9 \pm 19,08$. Ngộ độc cấp xảy ra chủ yếu ở nhóm nông dân và người lao động tự do. Khu vực nông thôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,3%. Tác nhân gây ngộ độc cấp nhiều nhất là nọc độc chiếm 35,8%, trong đó nọc rắn chiếm 24,5%. Ngộ độc rượu chiếm tỉ lệ 20,6% và thuốc tân dược chiếm 13,9%. Hoàn cảnh xảy ra ngộ cấp do không cố ý chiếm tỉ lệ 57,8% và do cố ý chiếm 42,2%.

6. KIẾN NGHỊ

Xây dựng các chương trình giáo dục, truyền thông tiếp cận đến người dân về cách phòng tránh ngộ độc và biện pháp xử trí ban đầu khi bị ngộ độc.

Tuyên bố xung đột lợi ích: Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Youniss J, Villanueva P. Characterization of US poison centers: a 1998 survey conducted by the American Association of Poison Control Centers. *Vet Hum Toxicol*. 2000;42:43–53.
2. Bari MS, et al. Four-year study on acute poisoning cases admitted to a tertiary hospital in Bangladesh: emerging trend of poisoning in commuters. *Asia Pac J Med Toxicol*. 2014;3:152–6.
3. Đặng TX, Nguyễn TD. Tình hình ngộ độc cấp tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai 2001–2003. Hội nghị toàn quốc về Hồi sức Cấp cứu và Chống độc lần thứ V; 2005. p. 407–12.
4. Hoàng TH, Nguyễn VP, và cộng sự. Tình hình ngộ độc cấp tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2021;70:79–85.
5. Mowry JB, et al. Annual report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 30th annual report. *Clin Toxicol (Phila)*. 2013;51:955–1151.
6. Jun-Hua S, Jin-Song Z, Li Q, Lei W, Bao-Feng Z, Jia L, et al. Epidemiological analysis of single-center acute poisoning cases based on poisoning treatment platform. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Jul 9;100(27):e26555.
7. Nguyễn TT. Nghiên cứu tình hình ngộ độc cấp điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2015-2016 [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.benhviendakhoatinhquangninh.vn/ngnien-cuu-khcn/de-tai-ngnien-cuu-tinh-hinh-ngo-doc-cap-dieu-tri-tai-khoa-hoi-suc-tich-cuc-benh-vien-da-khoa-tinh-quang-ninh-trong-2-nam-2015-2016.2495.html>
8. Zhang Y, Yu B, Wang N, Li T. Acute poisoning in Shenyang, China: a retrospective and descriptive study from 2012 to 2016. *BMJ Open*. 2018 Aug 29;8(8):e021881.
9. Getie A, Belayneh YM. A retrospective study of acute poisoning cases and their management at emergency department of Dessie Referral Hospital, Northeast

Ethiopia. Drug Healthc Patient Saf. 2020 Mar 5;12:41–8.

10. Hoàng MĐ. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ngộ độc cấp tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang [Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2009.

11. Lưu VH, Đặng TX. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc cấp một số thuốc an thần kinh thường gặp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508(2):48–51.

12. Nguyễn NT, Trần HT, Hà TH. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ngộ độc hóa chất diệt cỏ Diaquat và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535(1):107–10.

Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng

Trần Thị Thu¹, Võ Thị Xoan^{2*}

¹ Bệnh viện C Đà Nẵng

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược - Đà Nẵng

Tác giả liên hệ: Võ Thị Xoan, email: vtxoan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 30/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 24/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gút là bệnh lý mạn tính, trong đó tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh và phòng ngừa biến chứng. Tuy nhiên, mức độ tuân thủ ở người bệnh còn hạn chế.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả sự tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút điều trị ngoại trú tại Bệnh viện C Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 245 người bệnh gút điều trị ngoại trú. Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu được đánh giá bằng thang đo tuân thủ thuốc chung (GMAS). Các yếu tố liên quan gồm đặc điểm nhân khẩu - lâm sàng, nhận thức về bệnh (BIPQ) và niềm tin về thuốc (BMQ). Phân tích số liệu với các phép thống kê mô tả, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis và tương quan Spearman.

Kết quả: Điểm trung bình tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric là $24,82 \pm 3,92/33$; chỉ có 29% người bệnh đạt mức tuân thủ. Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có trình độ học vấn trên THPT ($p = 0,003$). Bên cạnh đó, tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có mối tương quan thuận với nhận thức về bệnh ($\rho = 0,134$; $p = 0,036$) và sự cần thiết của thuốc ($\rho = 0,178$; $p = 0,005$); đồng thời tương quan nghịch với số cơn gút cấp/năm ($\rho = -0,437$; $p < 0,001$) và mối lo ngại về thuốc ($\rho = -0,148$; $p = 0,02$).

Kết luận: Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu của người bệnh gút là thấp và chịu ảnh hưởng bởi cả yếu tố nhân khẩu, đặc điểm lâm sàng, nhận thức về bệnh và niềm tin vào thuốc. Các chương trình giáo dục sức khỏe và tư vấn cá thể hóa là cần thiết để nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh lâu dài.

Từ khóa: Gút; tuân thủ thuốc; thuốc hạ acid uric; niềm tin về thuốc; nhận thức về bệnh.

Adherence to urate-lowering therapy and associated factors among patients with gout at the Outpatient Department, Da Nang C Hospital

Tran Thi Thu¹, Vo Thi Xoan^{2*}

¹ Da Nang C Hospital

² Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Abstract

Background: Gout is a chronic disease in which adherence to urate-lowering therapy plays a crucial role in disease control and prevention of complications. However, treatment adherence among patients remains suboptimal.

Objectives: This study aimed to describe adherence to urate-lowering therapy and associated factors among outpatients with gout at C Hospital, Da Nang.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 245 outpatients with gout. Adherence to urate-lowering therapy was assessed using the General Medication Adherence Scale (GMAS). Associated factors included sociodemographic and clinical characteristics, Brief illness perception questionnaire (BIPQ), and Beliefs about medicines questionnaire (BMQ). Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman correlation tests.

Results: The mean adherence score was 24.82 ± 3.92 out of 33; only 29% of patients achieved adherence. Higher adherence was observed among patients with education above high school level ($p = 0.003$). Adherence was positively correlated with illness perception ($\rho = 0.134$; $p = 0.036$) and perceived necessity of medication ($\rho = 0.178$; $p = 0.005$), while negatively correlated with the number of acute gout attacks per year ($\rho = -0.437$; $p < 0.001$) and medication concerns ($\rho = -0.148$; $p = 0.02$).

Conclusion: Adherence to urate-lowering therapy among patients with gout was low and influenced by sociodemographic characteristics, clinical features, illness perception, and beliefs about medicines. Health education programs and individualized counseling are necessary to improve adherence and enhance long-term disease control.

Keywords: *gout; medication adherence; urate-lowering therapy; beliefs about medicines; illness perception*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh viêm khớp do lắng đọng tinh thể monosodium urate tại khớp và mô mềm, gây đau và viêm cấp thường kèm theo hệ quả mạn tính nếu không được điều trị hiệu quả. Theo phân tích gần đây, tần suất mắc bệnh gút trên toàn cầu đang gia tăng rõ rệt, liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ như thừa cân, hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường và bệnh thận mạn tính. Gút không chỉ ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và tử vong sớm [1].

Tuy nhiên, khoảng cách giữa mục tiêu điều trị và thực tế tuân thủ điều trị vẫn còn lớn. Một phân tích hệ thống đánh giá việc tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric cho thấy tỉ lệ tuân thủ trung bình chỉ khoảng 47% [2]. Trong khi đó, một nghiên cứu quy mô lớn tại Canada chỉ ra rằng chỉ 52,3% người bệnh đạt được mục tiêu điều trị acid uric trong 1 năm đầu của liệu pháp hạ acid uric [3]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra mức tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở nhóm người bệnh gút rất thấp, với chỉ 1,4% tuân thủ tốt, 34,3% ở mức trung bình, và 64,3% tuân thủ kém [4]. Điều này cho thấy tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric là thách thức toàn cầu.

Tình trạng tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric không đầy đủ này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng kiểm soát bệnh và nguy cơ tái phát cấp [5]. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra nhiều yếu tố như nhân khẩu học (tuổi, giới, ...), số cơn gút, nhận thức về bệnh, niềm tin vào thuốc có liên quan đến mức tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh [6, 7].

Ở Việt Nam, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh mạn tính, song nghiên cứu về tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút còn hạn chế. Việc đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric và các yếu tố liên quan là cần thiết nhằm đề xuất biện pháp can thiệp phù hợp, nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh và chất lượng

cuộc sống của người bệnh. Xuất phát từ thực tiễn này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***"Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng"*** với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả sự tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng.
2. Xác định một số yếu tố liên quan tới sự tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh gút đang điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên;
- Người bệnh có chẩn đoán Gút, mã ICD 10: M10;
- Điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện C Đà Nẵng;
- Có chỉ định dùng thuốc hạ acid uric máu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh không đủ minh mẫn để trả lời câu hỏi: Sử dụng bảng bộ câu hỏi đánh giá suy giảm nhận thức (6 CIT) với tổng điểm > 7 điểm;
- Người bệnh đang trong tình trạng cấp cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 09/2023 - 07/2024 tại khoa Khám bệnh, bệnh Viện C Đà Nẵng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

với $\alpha = 0,05$; $d = 0,06$; $p = 0,357$ [4]. Vì vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 245 người bệnh.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.3.4 Bộ công cụ nghiên cứu

Dữ liệu được thu thập qua bộ câu hỏi gồm 4 phần:

Phần 1: gồm các biến mô tả về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được phát triển bởi nhóm nghiên cứu dựa trên tổng quan tài liệu: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, số cơn gút cấp/năm, bệnh kèm.

Phần 2: Bộ câu hỏi ngắn về nhận thức bệnh tật (Brief illness perception questionnaire: BIPQ) do Broadbent E. và cộng sự phát triển (2006) được sử dụng để đánh giá nhận thức về bệnh của người bệnh. Bộ câu hỏi gồm 9 câu, trong đó 8 câu được trả lời theo thang điểm từ 0 đến 10, tổng điểm của thang đo từ 0 đến 80, điểm càng cao cho thấy nhận thức bệnh tật càng cao [8]. Câu hỏi thứ 9 là câu hỏi mở về nguyên nhân gây bệnh, trong nghiên cứu hiện tại chúng tôi không sử dụng câu hỏi này. Bộ câu hỏi này đã được dịch sang tiếng Việt trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự năm 2019 với hệ số Cronbach's alpha dao động từ 0,62 – 0,85 [9]. Độ tin cậy của bộ câu hỏi trong nghiên cứu hiện tại của chúng tôi với hệ số Cronbach's alpha là 0,761.

Phần 3: Thang đo niềm tin về thuốc (Beliefs about medicines questionnaire: BMQ) được sử dụng để đánh giá niềm tin của người bệnh về thuốc. Thang đo được phát triển bởi Robert Horne và cộng sự (1999), gồm 10 câu hỏi, chia thành hai lĩnh vực: Sự cần thiết và mối lo ngại. Mỗi câu được chấm theo thang điểm Likert 5 điểm, từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý). Tổng điểm của mỗi lĩnh vực là từ 5 - 25 điểm, điểm càng cao cho thấy niềm tin về sự cần thiết của thuốc càng cao và mối lo ngại tác dụng phụ của thuốc càng cao [10]. Bộ câu hỏi này đã được dịch sang tiếng Việt trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự năm 2019 với hệ số Cronbach's alpha của lĩnh vực sự cần thiết và mối lo ngại lần lượt là 0,64 và 0,62 [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hệ số Cronbach's alpha của lĩnh vực sự cần thiết là 0,919 và lĩnh vực mối lo ngại là 0,792.

Phần 4: Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric được đánh giá bằng thang đo tuân thủ thuốc chung (General Medication Adherence Scale: GMAS) phát triển bởi Atta Abbas Naqvi và cộng sự (2018). Thang đo gồm có 11 câu hỏi, mỗi câu hỏi được cho điểm từ 0 - 3 điểm (luôn luôn: 0 điểm, thường xuyên: 1 điểm, thỉnh thoảng/đôi khi: 2 điểm, không bao giờ: 3 điểm). Tổng điểm thang đo từ 0 - 33 điểm, điểm càng cao cho thấy tuân thủ điều trị thuốc càng cao. Ngoài ra, tuân thủ điều trị thuốc còn được phân loại thành 2 nhóm: không tuân thủ điều trị (0 - 26 điểm) và có tuân thủ điều trị (≥ 27 điểm). Bộ câu hỏi này đã được đánh giá tính giá trị và độ tin cậy trên

người bệnh mắc bệnh mạn tính với hệ số Cronbach's alpha là 0,84 [11]. Bộ câu hỏi này đã được dịch sang tiếng Việt trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thảo Hương năm 2021 với hệ số Cronbach's alpha là 0,817 [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hệ số Cronbach's alpha của bộ câu hỏi là 0,745.

2.3.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phát bộ câu hỏi đã soạn sẵn cho người bệnh tự điền.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

Các phép thống kê mô tả bao gồm: tỉ lệ phần trăm, tần suất, giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị nhỏ nhất (GTNN), giá trị lớn nhất (GTLN) được sử dụng để mô tả các biến.

Trước khi xử lý số liệu, nhóm nghiên cứu đã kiểm tra tính phân phối chuẩn của dữ liệu bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov và kết quả cho thấy là dữ liệu không phân phối chuẩn ($p < 0,05$). Vì vậy, phép kiểm Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, và tương quan Spearman được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút. Mức ý nghĩa thống kê được chấp nhận khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi có sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng với Quyết định số 124/CT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 10 năm 2023. Tất cả các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được cung cấp cụ thể thông tin về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu là tự nguyện và có thể từ chối tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào. Đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia thì ký giấy chấp thuận bằng văn bản. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 245)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	234	95,5
Nữ	11	4,5
Trình độ học vấn		
Từ THPT trở xuống	93	38,0
Trên THPT	152	62,0

Bệnh kèm		
Có	203	82,9
Không	42	17,1
Tuổi (năm) (TB ± ĐLC)		
68,45 ± 8,20		
Số cơn gút/năm (TB ± ĐLC)		
4,13 ± 5,09		

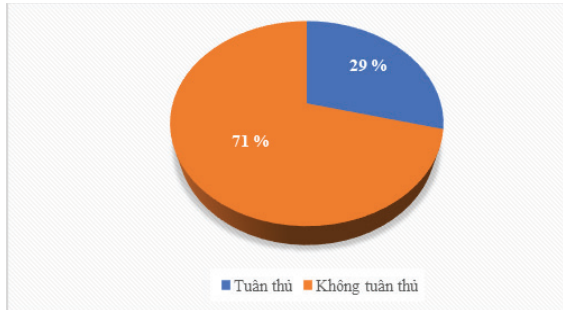
Trong số 245 người bệnh tham gia nghiên cứu, đa số là nam giới (95,5%), với tuổi trung bình là 68,45 ± 8,20. Phần lớn người bệnh có bệnh kèm (82,9%) và hơn một nửa có trình độ học vấn trên trung học phổ thông (62%). Số cơn gút trung bình ghi nhận trong một năm là 4,13 ± 5,09 (Bảng 1).

Bảng 2. Nhận thức bệnh tật và niềm tin về thuốc của người bệnh gút (n = 245)

Nội dung	Khoảng điểm thang đo	ĐTB ± ĐLC	GTNN	GTLN
Nhận thức bệnh tật				
	0 - 80	49,81 ± 9,36	23	74
Niềm tin về thuốc				
Sự cần thiết	5 - 25	17,76 ± 4,08	5	25
Mối lo ngại	5 - 25	15,65 ± 3,23	5	22

Kết quả đánh giá nhận thức bệnh tật bằng thang đo BIPQ cho thấy điểm trung bình là 49,81 ± 9,36/80. Đối với niềm tin về thuốc, điểm trung bình về sự cần thiết đạt 17,76 ± 4,08/25 và điểm trung bình của sự lo ngại là 15,65 ± 3,23/25 (Bảng 2).

3.2. Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút (n = 245)

Trong tổng số 245 người bệnh, chỉ có 29% tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu. Điểm trung bình tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric theo thang đo GMAS là 24,82 ± 3,92/33 (Biểu đồ 1).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút

Bảng 3. So sánh tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric giữa các nhóm người bệnh (n = 245)

Biến số	Thứ hạng trung bình tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric	p
Giới tính		
Nam	123,21	0,830
Nữ	118,55	
Trình độ học vấn		
Từ THPT trở xuống	105,61	0,003
Trên THPT	133,64	
Bệnh kèm		
Có	123,33	0,870
Không	121,38	

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric theo trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu (p = 0,003).

Bảng 4. Mối tương quan giữa một số yếu tố và tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút (n = 245)

Biến số	Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric	
	Hệ số tương quan (rho)	p
Tuổi	0,67	0,300
Số cơn gút cấp/năm	-0,437	<0,001
Nhận thức bệnh tật	0,134	0,036
Niềm tin về thuốc		
Sự cần thiết	0,178	0,005
Mối lo ngại	-0,148	0,02

Nghiên cứu hiện tại cho thấy tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với nhận thức bệnh tật (rho = 0,134, p = 0,036) và niềm tin vào sự cần thiết của thuốc (rho = 0,178, p = 0,005). Ngược lại, tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có mối tương quan nghịch với số cơn gút cấp/năm (rho = -0,437, p < 0,001) và mối lo ngại khi sử dụng thuốc (rho = -0,148, p = 0,02) (Bảng 4).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người bệnh gút tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu

chỉ đạt 29%, với điểm trung bình $24,82 \pm 3,92$ trên tổng điểm 33 theo thang đo GMAS. Kết quả này phản ánh thực trạng tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric còn thấp ở nhóm người bệnh ngoại trú. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó, vốn cho thấy tuân thủ điều trị thuốc trong bệnh gút luôn ở mức thấp hơn so với các bệnh mạn tính khác [13]. So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ này thấp hơn đáng kể so với mức trung bình toàn cầu. Một phân tích hệ thống trên nhiều quốc gia báo cáo tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu dao động 17 - 83,5%, với tỉ lệ trung bình là 47% [2]. Nghiên cứu tại Canada (2024) ghi nhận chỉ 52,3% người bệnh đạt mục tiêu acid uric sau một năm khởi trị thuốc hạ acid uric, và tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric là yếu tố dự báo quan trọng nhất cho khả năng đạt đích điều trị [3]. Tương tự, nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2024 cho thấy tỉ lệ “tuân thủ điều trị thuốc kém” là 55,29% (tức là 44,71% đạt mức tốt hơn) [14]. Tại Singapore, Chua và cộng sự (2018) cũng ghi nhận chỉ 44,4% người bệnh gút tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric [7]. Như vậy, tỉ lệ 29% trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rõ rệt so với hầu hết quần thể khác. Hạn chế khi so sánh với các nghiên cứu khác là không đồng nhất về phương pháp đánh giá sự tuân thủ điều trị thuốc giữa các nghiên cứu.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Kiều Lan Hương và cộng sự (2021) cho thấy chỉ có 1,4% người bệnh tuân thủ tốt, 34,3% tuân thủ trung bình, và 64,3% tuân thủ kém [4]. Dù cách phân loại mức tuân thủ khác nhau, cả hai nghiên cứu đều phản ánh thực trạng chung là tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút tại Việt Nam đặc biệt thấp. Điều này cho thấy cần thiết phải triển khai các biện pháp can thiệp đa dạng, bao gồm giáo dục sức khỏe, nhắc tin nhắc nhở và mô hình quản lý “điều trị theo mục tiêu” do điều dưỡng hoặc dược sĩ dẫn dắt, vốn đã được chứng minh hiệu quả trong cải thiện tuân thủ điều trị thuốc và tỉ lệ đạt đích acid uric máu [15, 16].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric của người bệnh gút

Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric máu không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính, tuổi, và tình trạng bệnh kèm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Setyawan và cộng sự (2022) chỉ ra không có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric với tuổi và giới tính của người bệnh gút [17]. Ngược lại, nghiên cứu của Phuan-Udom và cộng sự (2025) tìm thấy có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric với tuổi và tình trạng bệnh kèm của người bệnh gút, nhưng không tìm thấy mối liên quan với giới tính [18]. Một số nghiên cứu

khác, như của Scheepers và cộng sự (2018) và Chua và cộng sự (2018) lại chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric với giới tính, tuổi và tình trạng bệnh kèm của người bệnh gút [6, 7]. Điều này gợi ý rằng các yếu tố nhân khẩu học có thể không phải là yếu tố quyết định chính đối với hành vi tuân thủ điều trị thuốc, trong khi sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể đến từ công cụ đo lường và bối cảnh y tế. Một điểm cần lưu ý là trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm đa số vượt trội và tuổi trung bình của người bệnh khá cao, do đó kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ cho các nhóm người bệnh nữ hoặc nhóm tuổi trẻ hơn. Đây cũng là hạn chế cần được xem xét khi so sánh và khái quát hóa kết quả.

Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trình độ học vấn có liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric, trong đó nhóm người bệnh có học vấn trên trung học phổ thông tuân thủ tốt hơn so với nhóm có học vấn thấp hơn ($p = 0,003$). Điều này có thể được lý giải bởi những người có trình độ học vấn cao thường có khả năng tiếp nhận thông tin y tế tốt hơn, hiểu rõ mục tiêu điều trị duy trì và ý thức được tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc lâu dài, từ đó dẫn đến hành vi tuân thủ cao hơn. Điều này gợi ý rằng các biện pháp can thiệp nên chú trọng đến nhóm người bệnh có học vấn thấp, bằng cách cung cấp thông tin y tế dễ hiểu, phù hợp trình độ. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Setyawan và cộng sự (2022), khi học vấn cao được xem là yếu tố thuận lợi cho sự tuân thủ điều trị thuốc [17]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa học vấn và sự tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric, điển hình như nghiên cứu của Scheepers và cộng sự (2018) tại Anh, Chua và cộng sự (2018) tại Singapore, và gần đây là Phuan-Udom & Osiri (2025) tại Thái Lan [6, 7, 18]. Như vậy, phát hiện của chúng tôi góp phần bổ sung thêm bằng chứng cho thấy học vấn có thể là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút. Tuy nhiên, do sự không nhất quán trong y văn quốc tế, cần có thêm các nghiên cứu để khẳng định vai trò thực sự của yếu tố này.

Đáng chú ý, nghiên cứu hiện tại cho thấy số cơn gút cấp mỗi năm có mối tương quan nghịch với mức độ tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric. Kết quả này có thể được hiểu rằng những người bệnh tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric kém thường không đạt được nồng độ acid uric mục tiêu, từ đó làm gia tăng tần suất tái phát cơn gút. Ngược lại, việc phải đối mặt với nhiều cơn gút cấp liên tiếp cũng có thể khiến người bệnh giảm niềm tin vào hiệu quả của thuốc hạ

acid uric, dẫn đến giảm động lực duy trì điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu quan sát tiến cứu tại Na Uy chỉ ra rằng người bệnh không tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có nhiều cơn gút cấp hơn [5]. Như vậy, mối quan hệ hai chiều giữa số cơn gút cấp và mức độ tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric nhấn mạnh tầm quan trọng của việc duy trì điều trị đều đặn, đồng thời cho thấy cần có các biện pháp tư vấn và hỗ trợ tâm lý nhằm củng cố niềm tin của người bệnh vào hiệu quả kiểm soát bệnh lâu dài.

Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy nhận thức bệnh tật có mối tương quan thuận với tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric. Điều này gợi ý rằng những người bệnh có hiểu biết rõ ràng hơn về tính chất mạn tính của gút, các hậu quả lâu dài nếu không kiểm soát tốt, cũng như lợi ích của điều trị, sẽ có động lực duy trì tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn. Kết quả này phù hợp với khung lý thuyết mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model), trong đó nhận thức về tính nghiêm trọng và lợi ích điều trị là yếu tố dự báo quan trọng cho hành vi sức khỏe [19]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu gần đây của Selvadurai và cộng sự (2024) trên người bệnh gút tại Anh cho thấy nhận thức bệnh tật có mối liên quan chặt chẽ với tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric [20]. Như vậy, kết quả của chúng tôi góp phần củng cố thêm bằng chứng rằng nhận thức bệnh tật là một yếu tố tâm lý quan trọng, có tác động trực tiếp đến hành vi tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric và cần được lồng ghép vào các chương trình giáo dục sức khỏe và quản lý bệnh gút.

Nghiên cứu hiện tại cũng cho thấy tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có mối tương quan thuận với

niềm tin vào sự cần thiết của thuốc và tương quan nghịch với mối lo ngại về thuốc. Điều này phản ánh rằng người bệnh tin tưởng vào lợi ích lâu dài của thuốc hạ acid uric sẽ có khả năng tuân thủ cao hơn, trong khi lo ngại về tác dụng phụ hoặc tính an toàn của thuốc là rào cản lớn đối với việc duy trì điều trị. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế trước đây [7, 18, 21]. Điều này cho thấy các can thiệp nâng cao tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric không chỉ dừng ở việc cung cấp thông tin, mà còn cần giải quyết những lo ngại của người bệnh về tác dụng phụ và tính an toàn của thuốc, đồng thời củng cố niềm tin về lợi ích lâu dài của điều trị.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút ngoại trú còn thấp. Tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với trình độ học vấn, số cơn gút cấp hằng năm, nhận thức về bệnh và niềm tin vào thuốc. Do đó, cần triển khai các chương trình giáo dục sức khỏe và tư vấn cá thể hóa, đặc biệt chú trọng nhóm người bệnh có học vấn thấp và nhiều cơn gút cấp, đồng thời giải quyết lo ngại về thuốc và củng cố niềm tin vào lợi ích lâu dài của điều trị. Ngoài ra, cần có các nghiên cứu đa trung tâm và các thử nghiệm can thiệp do điều dưỡng/dược sĩ dẫn dắt để đánh giá hiệu quả các biện pháp cải thiện tuân thủ điều trị thuốc hạ acid uric ở người bệnh gút tại Việt Nam.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asghari KM, Zahmatyar M, Seyedi F, Motamedi A, Zolfi M, Alamdary SJ, et al. Gout: global epidemiology, risk factors, comorbidities and complications: a narrative review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2024;25:1047.
2. Yin R, Li L, Zhang G, Cui Y, Zhang L, Zhang Q, et al. Rate of adherence to urate-lowering therapy among patients with gout: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8:e017542.
3. Kwok TSH, Kuriya B, Hawker G, Eder L, Li P, Choy G, et al. Adherence and Treat-to-Target Benchmarks in Older Adults With Gout Initiating Urate-Lowering Therapy in Ontario, Canada: A Population-Based Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2024;76:1379–89.
4. Hương KL, Dũng HV, Xuyên TTN. Khảo sát mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với mục tiêu điều trị ở bệnh nhân Gút. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;87–92.
5. Uhlig T, Karoliussen LF, Sexton J, Provan SA, Haavardsholm EA, Dalbeth N, et al. Non-adherence to urate lowering therapy in gout after 5 years is related to poor outcomes: results from the NOR-Gout study. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64:1799–806.
6. Scheepers LEJM, Burden AM, Arts ICW, Spaetgens B, Souverein P, de Vries F, et al. Medication adherence among gout patients initiated allopurinol: a retrospective cohort study in the Clinical Practice Research Datalink (CPRD). *Rheumatology*. 2018;57:1641–50.
7. Chua XHJ, Lim S, Lim FP, Lim YNA, He H-G, Teng GG. Factors influencing medication adherence in patients with gout: A descriptive correlational study. *J Clin Nurs*. 2018;27:e213–22.
8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic*

Research. 2006;60:631–7.

9. Nguyen T, Cao HTK, Quach DN, Le KK, Au SX, Pham ST, et al. The Vietnamese Version of the Brief Illness Perception Questionnaire and the Beliefs about Medicines Questionnaire: Translation and Cross-cultural Adaptation. *Trop Med Int Health*. 2019;24:1465–74.

10. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*. 1999;14:1–24.

11. Naqvi AA, Hassali MA, Rizvi M, Zehra A, Iffat W, Haseeb A, et al. Development and Validation of a Novel General Medication Adherence Scale (GMAS) for Chronic Illness Patients in Pakistan. *Front Pharmacol* [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 26];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2018.01124/full>

12. Nguyen TH, Truong HV, Vi MT, Taxis K, Nguyen T, Nguyen KT. Vietnamese Version of the General Medication Adherence Scale (GMAS): Translation, Adaptation, and Validation. *Healthcare*. 2021;9:1471.

13. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*. 2008;28:437–43.

14. Hu S, He S, Zhang J, Ma W, Geng H, Zhan Z, et al. Association between patient adherence and treat-to-target in gout: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103:e37228.

15. Doherty M, Jenkins W, Richardson H, Sarmanova A,

Abhishek A, Ashton D, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;392:1403–12.

16. Sinnappah KA, Stocker SL, Chan JS, Hughes DA, Wright DFB. Clinical interventions to improve adherence to urate-lowering therapy in patients with gout: a systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2022;30:215–25.

17. Setyawan DE, Mahati E, Maharani N. Factors Affecting Patient Adherence to Pharmacological Therapy in Gout Arthritis and Hyperuricemia. *Jurnal Kedokteran Diponegoro (Diponegoro Medical Journal)*. 2022;11:124–30.

18. Phuan-udom R, Osiri M. The Association between Medication Adherence, Belief about Medicine, and Other Factors among Patients with Gout in a Tertiary Hospital in Bangkok. *J Med Assoc Thai*. 2025;108.

19. Alyafei A, Easton-Carr R. The Health Belief Model of Behavior Change. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Aug 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>

20. Selvadurai D, Coleshill MJ, Day RO, Briggs NE, Schulz M, Reath J, et al. Patient factors and health outcomes associated with illness perceptions in people with gout. *Rheumatology (Oxford)*. 2024;63:1927–37.

21. Spragg JCJ, Michael TJF, Aslani P, Coleshill MJ, Chan JS, Day RO, et al. Optimizing adherence to allopurinol for gout: patients' perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2023;89:1978–91.

Nghiên cứu lo âu, stress và các yếu tố liên quan của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi

Nguyễn Thị Hương^{1*}, Hồ Minh Công², Đặng Thị Anh Thu¹

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương. Email: nthuong@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 03/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 30/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Người bệnh HIV/ AIDS là đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ cao với các vấn đề sức khỏe tâm thần. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: Mô tả tỉ lệ lo âu, stress theo thang đo DASS-21 và xác định các yếu tố liên quan của người bệnh HIV/ AIDS đang điều trị tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện 400 người bệnh HIV/ AIDS đang điều trị tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi. Lo âu, stress được đánh giá theo thang đo DASS-21. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỉ lệ lo âu chiếm 23,3%; trong đó, mức độ nhẹ chiếm 16,8%, mức độ vừa chiếm 3,8%, mức độ nặng chiếm 2,0% và mức độ rất nặng chiếm 0,7%. Tỉ lệ stress chiếm 14,3%; trong đó, mức độ nhẹ chiếm 7,3%, mức độ vừa chiếm 5,8%, mức độ nặng chiếm 1,2%. Các yếu tố liên quan đến lo âu là khu vực sinh sống và trình độ học vấn; yếu tố liên quan đến stress là khu vực sinh sống.

Kết luận: Lo âu, stress ở nhóm bệnh nhân HIV điều trị ARV cần được quan tâm. Cần tăng cường thực hiện các biện pháp để làm giảm lo âu, stress cho nhóm bệnh nhân HIV điều trị ARV.

Từ khoá: lo âu, stress, bệnh nhân HIV/ AIDS.

Research on anxiety, stress situation and related factors among HIV/AIDS patients at Quang Ngai Province Centre for Disease Control

Nguyen Thi Huong^{1*}, Ho Minh Cong², Dang Thi Anh Thu¹

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Quang Ngai Centre for Disease Control

Abstract

Background: People living with HIV/AIDS are at increased risk of mental health problems. Objective: To determine the prevalence of anxiety and stress using the DASS-21 scale and to identify associated factors among HIV/AIDS patients under treatment at the Quang Ngai Centre for Disease Control.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 400 HIV/AIDS patients receiving ART at the Quang Ngai Centre for Disease Control. Anxiety and stress were assessed using the DASS-21 scale. Data were analysed using SPSS 20.0.

Results: The prevalence of anxiety was 23.3%, including mild (16.8%), moderate (3.8%), severe (2.0%), and extremely severe (0.7%). The prevalence of stress was 14.3%, including mild (7.3%), moderate (5.8%), and severe (1.2%). Factors associated with anxiety were living area and educational level, while stress was associated with living area.

Conclusion: Anxiety and stress are relatively common among HIV patients receiving ART and should receive greater attention. Strengthening interventions to reduce anxiety and stress in this population is recommended.

Keywords: Anxiety, stress, HIV/AIDS patients.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS), tính đến cuối năm 2024, trên thế giới đã có khoảng 91,4 triệu người nhiễm HIV và 44,1 triệu người đã tử vong do HIV/AIDS [1]. Tại Việt Nam, ước tính đến cuối năm 2022 có khoảng 250.000 người đang sống chung với HIV, khoảng 193.941 người bệnh HIV/AIDS đang được quản lý và điều trị [2]. Trong những năm gần đây, việc điều trị bằng thuốc kháng vi-rút (ARV) đã góp phần quan trọng trong việc giảm tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian sống và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh HIV/AIDS. Tuy nhiên, do điều trị ARV mang tính suốt đời, liên tục và lặp lại hàng ngày, người bệnh dễ gặp phải những vấn đề về sức khỏe tâm thần nếu không được quan tâm đúng mức, từ đó ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị [1].

Người bệnh HIV/ AIDS đang điều trị ARV là nhóm đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ cao với các vấn đề sức khỏe tâm thần do yếu tố đặc trưng của nhóm này. Người bệnh gặp vấn đề sức khỏe tâm thần do tác động phối hợp của bệnh lý, thuốc và yếu tố xã hội. Bản thân HIV có thể gây lo âu, trầm cảm, suy giảm nhận thức, trong khi tác dụng phụ của ARV dễ làm nặng thêm rối loạn tâm thần. Kỳ thị, thiếu hỗ trợ xã hội, khó khăn tài chính và các hành vi nguy cơ như lạm dụng rượu, ma túy càng làm tăng stress, giảm tuân thủ điều trị và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống [3, 4].

Tại tỉnh Quảng Ngãi năm 2023, tỉ lệ bị kỳ thị và kỳ thị lên tới 31,8% và 9,1% bị phân biệt đối xử [5]. Việc người bệnh chịu sự kỳ thị, phân biệt đối xử từ gia đình, xã hội, cộng đồng, nơi làm việc hay chính họ tự cảm thấy xấu hổ về tình trạng bệnh khiến họ có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn gấp 4 lần [6]. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện để đánh giá lo âu, stress ở đối tượng này còn hạn chế. Để có căn cứ khoa học quan trọng đưa ra các giải pháp nhằm giảm thiểu tình trạng lo âu, stress đối với người nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả tỉ lệ lo âu, stress ở người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến tỉ lệ lo âu, stress của đối tượng nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh từ 18 đến 60 tuổi được điều trị tại Khoa phòng, chống HIV/AIDS thuộc Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi

đồng ý tham gia nghiên cứu và cho phép sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh không đến khoa phòng, chống HIV/ AIDS trong thời gian nghiên cứu. Người bệnh bị khuyết tật không thể giao tiếp thông thường như khuyết tật ngôn ngữ hay khiếm thính.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa phòng, chống HIV/AIDS thuộc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), sai số cho phép $d = 0,05$, p là tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress ước đoán ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Đăng Thư tại tỉnh Thừa Thiên Huế cho thấy tỉ lệ lo âu là 32,4% [4]. Thay vào công thức trên ta tính được $n = 337$. Do đó, cỡ mẫu tối thiểu $n = 337$. Thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu là $n = 400$.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ người bệnh đến điều trị ARV, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, được quản lý trong danh sách của phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi.

2.6. Công cụ thu thập thông tin và đánh giá biến số nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thang đo DASS-21 để đánh giá trầm cảm, lo âu và stress [7]. Thang đo đã được Nguyễn Văn Hùng dịch sang tiếng Việt và đánh giá có độ tin cậy cao (Hệ số Cronbach's alpha đối với lo âu, stress lần lượt là 0,75 và 0,78) [8] và đã được Viện Sức khỏe tâm thần, bệnh viện Bạch Mai, nay là Viện sức khỏe tâm thần Trung ương khuyến cáo sử dụng tại cộng đồng [9].

Thang đo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale 21) là bộ công cụ tự điền gồm 21 câu trên thang điểm Likert với các mức: "0: Không bao giờ", "1:Thỉnh thoảng", "2: Thường xuyên", "3: Hầu như không" và chia thành 3 phần: stress, lo âu, trầm cảm tương ứng với mỗi phần là 7 tiểu mục. Cách cho điểm và đánh giá: điểm cho mỗi tiểu mục là từ 0 đến 3 điểm, tùy mức độ và thời gian xuất hiện triệu chứng: 0 điểm - không đúng chút nào cả, 01 điểm - đúng phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng, 02 điểm - đúng phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng, 03 điểm -

hoàn toàn đúng hoặc hầu hết thời gian là đúng. Khi sử dụng DASS-21 để đo lường, tổng điểm DASS của từng rối loạn được tính bằng cách lấy tổng điểm của 07 tiểu mục nhân 2 để đáp ứng phân loại theo thang DASS-42. Kết quả được đánh giá theo bảng phân loại DASS-42 dưới đây [7]:

Bảng 1. Đánh giá mức độ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS-21 [7]

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0 - 9	0 - 7	0 - 14
Nhẹ	10 - 13	8 - 9	15 - 18
Vừa	14 - 20	10 - 14	19 - 25
Nặng	21 - 27	15 - 19	26 - 33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Tiến hành thu thập số liệu trong quá trình người bệnh đợi đến lượt tái khám và nhận thuốc tại Khoa phòng chống HIV/ AIDS thuộc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi. Điều tra viên sẽ tiếp cận, giới thiệu về nghiên cứu, trao đổi về mục tiêu nghiên cứu, các nội dung chính của bộ câu hỏi, quyền lợi và các vấn đề tham gia nghiên cứu. Sau khi người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, điều tra viên tiến hành phỏng vấn để thu thập thông tin. Đối với các thông tin liên quan đến tuân thủ điều trị, điều tra viên sẽ tiến hành thu thập ở hồ sơ bệnh án.

2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu, bao gồm:

+ Thống kê mô tả tần số, tỉ lệ % cho các biến định tính; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

+ Thống kê suy luận: Để lựa chọn biến số độc lập cho mô hình hồi quy đa biến, chúng tôi tiến hành phân tích thống kê theo trình tự sau:

Phân tích đơn biến: Các biến độc lập được khảo sát mối liên quan với biến phụ thuộc (lo âu và stress) bằng phép kiểm định Chi-Square với mức ý nghĩa 95% ($p < 0,05$). Trường hợp không thỏa mãn điều kiện áp dụng Chi-Square (tần suất quan sát nhỏ), sử dụng hiệu chỉnh Fisher's exact test để đảm bảo tính chính xác.

Tiêu chí lựa chọn biến đưa vào mô hình đa biến: Những biến có ý nghĩa thống kê với giá trị $p \leq 0,05$ trong phân tích đơn biến cũng sẽ được lựa chọn đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic. Các biến độc lập được đưa vào cùng mô hình hồi quy đa biến logistic

để phân tích mối liên quan với biến phụ thuộc là lo âu và stress. Kết quả hồi quy cho phép xác định các yếu tố độc lập có ý nghĩa thống kê sau khi đã kiểm soát ảnh hưởng của những biến khác trong mô hình.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (số H2024/147 ngày 23 tháng 5 năm 2025).

Tất cả các người bệnh được chọn vào nghiên cứu được hỏi và tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Người bệnh tham gia nghiên cứu đã được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn. Họ có thể từ chối tham gia trong bất kỳ thời điểm nào trong thời gian diễn ra việc thu thập số liệu mà không cần giải thích lý do.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 400 người bệnh điều trị HIV/ AIDS, có độ tuổi trung bình là $32,66 \pm 10,978$ tuổi; lớn nhất là 70 tuổi và nhỏ nhất là 18 tuổi. Tỉ lệ đối tượng từ 29 tuổi trở xuống chiếm cao nhất (44,7%), từ 50 tuổi trở lên chiếm thấp nhất (10%). Tỉ lệ đối tượng nữ chiếm 48,0%; đối tượng nam chiếm 52,0%. Tỉ lệ đối tượng sống ở khu vực núi/biển/hải đảo chiếm 17,5%; khu vực nông thôn chiếm 46,2% và khu vực thành thị chiếm 36,3%. Tỉ lệ đối tượng có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông chiếm đa số (83,7%).

3.2. Tỉ lệ lo âu, stress của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi.

Bảng 2. Tỉ lệ lo âu của đối tượng nghiên cứu theo thang đo DASS-21 (n = 400)

Tình trạng lo âu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không lo âu	307	76,7
Có biểu hiện lo âu, trong đó:	93	23,3
- Nhẹ	67	16,8
- Vừa	15	3,8
- Nặng	08	2,0
- Rất nặng	03	0,7

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có biểu hiện rối loạn lo âu theo thang đánh giá DASS 21 là 23,3%, tương ứng với mức độ nhẹ 16,8%, vừa 3,8%, nặng 2,0% và rất nặng 0,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ stress của đối tượng nghiên cứu theo thang đo DASS-21 (n=400)

Tình trạng stress	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không stress	343	85,7
Có biểu hiện stress, trong đó:	57	14,3
Nhẹ	29	7,3
Vừa	23	5,8
Nặng	05	1,2

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có biểu hiện rối loạn stress theo thang đánh giá DASS-21 là 14,3%, tương ứng với mức độ nhẹ 7,3%, vừa 5,8%, nặng 1,2%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến lo âu, stress của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Mô hình hồi quy đa biến logictic kiểm định các yếu tố liên quan đến lo âu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Lo âu		
		OR	KTC 95%	p
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	1		
	≥ 40 tuổi	0,549	0,285 - 1,058	0,073
Khu vực sinh sống	Thành thị	1		
	Khác	2,369	1,353 - 4,148	0,003
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông	3,257	1,400 - 7,575	0,006
	≥ Trung học phổ thông	1		
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	1		
	Có nghề nghiệp	0,486	0,221 - 1,070	0,073
Tình trạng bệnh mạn tính	Không	1		
	Có	0,670	0,382 - 1,177	0,164
Tuân thủ điều trị ARV	Tuân thủ chưa tốt	1		
	Tuân thủ tốt	1,562	0,882 - 2,766	0,126

Có mối liên quan giữa các biến độc lập: Khu vực sinh sống, trình độ học vấn với tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu.

Nhóm đối tượng có khu vực sinh sống ngoài thành thị có khả năng lo âu gấp 2,369 lần so với nhóm đối tượng có khu vực sinh sống thành thị (OR = 2,369; 95% CI: 1,353 - 4,148, p = 0,003).

Nhóm đối tượng có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông có khả năng lo âu gấp 3,257 lần so với nhóm đối tượng có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (OR = 3,257; 95% CI: 1,400 - 7,575, p = 0,006).

Bảng 5. Mô hình hồi quy đa biến logictic kiểm định các yếu tố liên quan đến stress của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Stress		
		OR	KTC 95%	p
Nhóm tuổi	<40 tuổi	1		
	≥ 40 tuổi	0,569	0,241 - 1,346	0,199
Khu vực sinh sống	Thành thị	1		
	Khác	2,466	1,205 - 5,045	0,013
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	1		
	Có nghề nghiệp	0,494	0,202 - 1,208	0,122

Tình trạng hút thuốc lá	Chưa bao giờ hút	1		
	Khác	0,591	0,328 – 1,065	0,08
Tiền sử tiêm chích ma túy	Không	1		
	Có	0,539	0,199 – 1,461	0,225
Tuân thủ điều trị ARV	Tuân thủ chưa tốt	1		
	Tuân thủ tốt	1,975	0,938 – 4,161	0,073
Sự kì thị và phân biệt đối xử	Không	1		
	Có	0,666	0,349 – 1,271	0,218
Hỗ trợ điều trị	Không	1		
	Có	0,529	0,280 – 1,003	0,051

Có mối liên quan giữa biến độc lập khu vực sinh sống với tình trạng stress của đối tượng ($p < 0,05$). Nhóm đối tượng sống ngoài thành thị có khả năng mắc stress cao hơn nhóm đối tượng sống ở thành thị 2,466 lần ($OR = 2,466$; 95% CI: 1,205 - 5,045, $p = 0,013$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng lo âu, stress của bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi

4.1.1. Thực trạng lo âu

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ người bệnh HIV/AIDS có biểu hiện lo âu là 23,3%. Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam ghi nhận tỉ lệ lo âu khác nhau. Nghiên cứu của Ji J, Zhang Y và cộng sự cho thấy tỉ lệ trung bình mắc lo âu là 15,5% [10]. Nghiên cứu của A.Camara (2020) (13,8%) [11], Getachew Tesfaw (2016) (32,4%) [12].

Tại Việt Nam, tỉ lệ lo âu cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Cụ thể, nghiên cứu của Phạm Đình Quyết (2018) (82%) chủ yếu là nhóm có mức độ nhẹ (73%) [13], Trần Nguyễn Ái Thanh (2024) (29,3%) [14], trong đó mức độ rối loạn lo âu nhẹ 16,3% tiếp đến là mức độ lo âu trung bình và nặng lần lượt là 10,3% và 2,7%, Nguyễn Thị Đăng Thư (2025) (32,4%) đa số là lo âu nhẹ (23,2%), trung bình và nặng chiếm tỉ lệ lần lượt (5,8% và 3,4%) [4], nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Vân Anh (2019) cho kết quả về tỉ lệ lo âu với 75,4% người có ít nhất 1 triệu chứng lo âu, lo âu ở mức trung bình chiếm 14,4% và lo âu ở mức nặng chiếm 6,7% [15].

Một số nghiên cứu cùng thang đo DASS-21 trên nhóm đối tượng điều trị Methadone và nam bán dâm đồng giới cho kết quả không đồng nhất như nghiên cứu của Trần Phúc Hậu (2024) (30,7%) ghi nhận tỉ lệ đối tượng có lo âu nhẹ và vừa lần lượt là 18,0% và 12,7% không ghi nhận mức độ nặng và rất nặng [16]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh Huệ (2018) (22%) [3], Bùi Thị Minh Hào (2015) (57,7%) có ghi nhận mức độ nặng và rất nặng [17].

Nguyên nhân của sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ nhiều yếu tố: Khác biệt về đặc

điểm nghiên cứu và mức độ tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, mức độ hỗ trợ xã hội, và các yếu tố kinh tế - xã hội khác tại từng địa phương. Tại tỉnh Quảng Ngãi, vẫn còn những hạn chế nhất định trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần cho người nhiễm HIV/AIDS. Điều này có thể làm giảm khả năng phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm lý như lo âu. Ngoài ra, nghiên cứu của Phạm Đức Dũng (2023) tại Quảng Ngãi cũng cho thấy có tới 31,8% đối tượng bị kỳ thị và 9,1% bị phân biệt đối xử (PBDX) [5]. Sự kỳ thị và phân biệt đối xử tiếp tục là rào cản lớn, không chỉ từ phía cộng đồng mà còn từ chính bản thân người bệnh, ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội. Do đó, để cải thiện chất lượng cuộc sống và hỗ trợ tâm lý kịp thời cho người nhiễm HIV/AIDS, việc sàng lọc, theo dõi và can thiệp lo âu cần được lồng ghép thường xuyên trong chương trình quản lý điều trị HIV, đặc biệt tại các địa phương có hệ thống y tế cơ sở còn hạn chế như Quảng Ngãi.

4.1.2. Thực trạng stress

Kết quả phân tích 400 đối tượng đang được quản lý và điều trị ARV tại Khoa Phòng chống HIV/AIDS, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi cho thấy tỉ lệ người bệnh có biểu hiện stress là 14,3%. Tỉ lệ này tương đối tương đồng với một số nghiên cứu trong nước trên các nhóm đối tượng điều trị Methadone và nhóm nam bán dâm đồng giới như nghiên cứu của Trần Phúc Hậu (2024) (12,7%) [16] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh Huệ (2018) (14,1%) [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Bùi Thị Minh Hào (2015) báo cáo tỉ lệ cao hơn đáng kể (31,0%) [17].

Về mức độ stress, kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có stress ở mức nhẹ (7,3%) và vừa (5,8%), nặng (1,2%) trong khi không ghi nhận trường hợp nào bị stress rất nặng. Kết quả này có

sự khác biệt với một số nghiên cứu trước đó. Cụ thể, nghiên cứu của Trần Phúc Hậu (2024) ghi nhận các trường hợp stress chủ yếu ở mức nhẹ, không có biểu hiện stress vừa hoặc nặng [16], nghiên cứu của Bùi Thị Minh Hảo (2015) ghi nhận 5,7% trường hợp stress nặng [17] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh Huệ (2018) báo cáo tỉ lệ stress nặng và rất nặng lần lượt là 5,0% và 0,8% [3].

Sự khác biệt về tỉ lệ và mức độ stress giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi một số yếu tố. Trước hết, sự khác biệt về bối cảnh nghiên cứu và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu đóng vai trò quan trọng. Nghiên cứu hiện tại tập trung vào nhóm người bệnh điều trị ARV ổn định tại Quảng Ngãi, với thời gian điều trị tương đối dài (≥ 12 tháng), nhiều khả năng đã thích nghi với phác đồ điều trị và nhận được sự hỗ trợ xã hội nhất định, từ đó giúp giảm thiểu mức độ stress. Ngược lại, nhóm đối tượng trong nghiên cứu của Bùi Thị Minh Hảo (2015) là nam bán dâm đồng giới, vốn là nhóm có nguy cơ cao, thường xuyên đối mặt với kỳ thị xã hội, bạo lực và thiếu hỗ trợ tâm lý [17]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Linh Huệ (2018) được thực hiện trên người bệnh đang điều trị Methadone, đối tượng có tiền sử sử dụng chất gây nghiện và đối mặt với áp lực tái nghiện cũng như các rối loạn tâm thần đi kèm [3]. Ngoài ra, sự khác biệt về chất lượng dịch vụ y tế và điều kiện xã hội tại từng địa phương có thể góp phần tạo nên sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu.

4.2. Các yếu tố liên quan đến lo âu và stress của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Các yếu tố liên quan đến lo âu

Nhóm tuổi: Người lớn tuổi hơn có xu hướng chấp nhận tình trạng sức khỏe của mình tốt hơn, tích lũy kinh nghiệm sống và có khả năng quản lý cảm xúc ổn định hơn khi đối mặt với chẩn đoán HIV/AIDS. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Vân Anh (2019) chỉ ra rằng có mối liên quan giữa nhóm tuổi đến tình trạng lo âu ở nhóm đối tượng ($p < 0,05$), nhóm tuổi từ 20 - 30 có khả năng lo âu cao hơn so với các nhóm lớn tuổi 1,73 lần [15]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến độc lập nhóm tuổi với tình trạng lo âu ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Thị Đăng Thư (2025) [4], Trần Nguyễn Ái Thanh (2024) [14], A. Camara (2020) [11].

Khu vực sinh sống: Kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy đa biến cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến độc lập khu vực sinh sống với tình trạng lo âu ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích rằng những đối tượng sống ở thành thị dễ tiếp cận được nhiều nguồn thông tin, dịch vụ chăm sóc sức khỏe,

cũng như các chương trình hỗ trợ tâm lý và điều trị hơn. Ngược lại, những người sống ở vùng nông thôn hoặc các khu vực xa trung tâm thường gặp khó khăn hơn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và nguồn hỗ trợ tâm lý, từ đó làm tăng nguy cơ bị lo âu.

Trình độ học vấn: kết quả phân tích bằng mô hình hồi quy đa biến cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến độc lập trình độ học vấn với tình trạng lo âu ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích rằng nhóm đối tượng có trình độ học vấn cao hơn có kiến thức và sự hiểu biết nhiều hơn về các vấn đề sức khỏe từ đó có khả năng ứng phó hiệu quả hơn với các vấn đề sức khỏe tâm thần liên quan đến bệnh tật, giúp giảm nguy cơ lo âu so. Ngược lại, nhóm học vấn thấp hơn có thể gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp nhận thông tin và xử lý các vấn đề liên quan đến sức khỏe, dẫn đến nguy cơ lo âu cao hơn. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Vân Anh (2019) cũng ghi nhận sự tác động của trình độ học vấn đến tình trạng lo âu của đối tượng, những người có học vấn trên cấp 3 thì có tỉ lệ rối loạn lo âu từ mức trung bình trở lên cao hơn so với những người học vấn dưới cấp 3 [15]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa trình độ học vấn đến tình trạng lo âu như nghiên cứu của Nguyễn Thị Đăng Thư (2025) [4], nghiên cứu của Jiahao Ji (2024) [10]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm riêng về nhóm đối tượng của từng nghiên cứu.

Nghề nghiệp: kết quả phân tích chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và tình trạng lo âu ($p > 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước trong những năm gần đây như nghiên cứu của Trần Nguyễn Ái Thanh (2024) [14], Jiahao Ji (2024) [10], A. Camara (2020) [11]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng có mối liên quan giữa nghề nghiệp đến tình trạng lo âu như nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Vân Anh (2019), những người lao động tự do có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn phần còn lại. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu, môi trường xã hội, hoặc cách thức phân loại nghề nghiệp khác nhau giữa các nghiên cứu [15].

Tình trạng bệnh mạn tính: trong nhiều nghiên cứu cho thấy tình trạng bệnh mạn tính có liên quan đến tình trạng lo âu. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Đăng Thư (2025) [4], Ngô Văn Mạnh (2021) ghi nhận rằng những người sống chung với HIV/AIDS và đồng thời mắc các bệnh lý mạn tính khác (như tăng huyết áp, đái tháo đường, lao phổi...) có tỉ lệ lo âu cao hơn [6]. Nguyên nhân có thể đến từ sự gia tăng gánh nặng điều trị, cảm giác mất kiểm soát về sức khỏe, cũng như lo lắng kéo dài về tiên lượng bệnh. Tuy nhiên, kết quả phân

tích trong nghiên cứu chúng tôi chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng bệnh mạn tính và tình trạng lo âu ($p > 0,05$). Kết quả trên cũng phù hợp với nghiên cứu của A. Camara (2020) [11].

Tuân thủ điều trị ARV: kết quả phân tích chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ điều trị ARV và tình trạng lo âu ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Trang (điểm 2018) [18]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trước đây ghi nhận mối liên hệ giữa tuân thủ điều trị và tình trạng lo âu, như nghiên cứu của Tesfaw (2016), trong đó cho thấy đối tượng tuân thủ điều trị kém có nguy cơ mắc các rối loạn tâm lý cao hơn [12]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ các yếu tố xã hội, văn hóa và cách thức hỗ trợ tâm lý cho người bệnh tại các khu vực nghiên cứu khác nhau.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến stress

Nhóm tuổi: kết quả phân tích chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và tình trạng stress ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đó như của Trần Phúc Hậu (2024) [16], của Nguyễn Thị Linh Huệ (2018) trên nhóm đối tượng điều trị Methadone [3], Bùi Thị Minh Hào trên nhóm đối tượng nam bán dâm đồng giới (2015) [17].

Khu vực sinh sống: Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khu vực sinh sống và tình trạng stress ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích rằng những đối tượng sống ở thành thị dễ tiếp cận được nhiều nguồn thông tin và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cũng như các chương trình hỗ trợ tâm lý - xã hội dành cho người nhiễm HIV/AIDS hơn so với đối tượng không sống ở thành thị. Tuy nhiên, cần thêm các nghiên cứu để kiểm định tính chính xác của kết quả này.

Tiền sử tiêm chích ma túy: kết quả phân tích chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử tiêm chích ma túy và tình trạng stress ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Phúc Hậu (2024) trên nhóm đối tượng điều trị Methadone [16]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Bùi Thị Minh Hào (2015) trên nhóm đối tượng nam bán dâm đồng giới ghi nhận có mối liên quan giữa tiền sử tiêm chích ma túy và tình trạng stress [17]. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể bắt nguồn từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu, bối cảnh xã hội.

Tuân thủ điều trị ARV: Kết quả phân tích chưa tìm

ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị ARV và tình trạng stress ($p > 0,05$). Tuy nhiên, kết quả từ một khảo sát quốc gia ở Nam Phi cho thấy nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV tăng đáng kể ở nhóm bệnh nhân gặp stress tâm thần nghiêm trọng, với tỉ lệ không tuân thủ tăng hơn gấp đôi so với nhóm không gặp stress [19].

Kì thị và phân biệt đối xử: Việc hỗ trợ từ gia đình và xã hội đối với người bệnh HIV/AIDS là rất quan trọng. Nó cung cấp sự ổn định về tinh thần, kinh tế và xã hội cho bệnh nhân. Nó cũng cung cấp sự ấm áp và chăm sóc cho bệnh nhân có nhu cầu và giảm các căng thẳng mà bệnh nhân phải đối mặt. Kết quả phân tích của chúng tôi chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kì thị và phân biệt đối xử và tình trạng stress ($p > 0,05$).

Hỗ trợ điều trị: Kết quả phân tích chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hỗ trợ điều trị và tình trạng stress ($p > 0,05$).

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Kết quả kết quả nghiên cứu chỉ dừng lại ở phân tích định lượng, chưa khai thác sâu hơn về các yếu tố xã hội, tâm lý cụ thể gây lo âu và stress. Trong tương lai, khi phân tích sâu hơn các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu và stress, chúng tôi sẽ kết hợp phương pháp định tính để làm rõ nguyên nhân gây lo âu và stress nhằm đưa ra những giải pháp hoàn thiện hơn cho bệnh nhân HIV/ AIDS.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ lo âu chiếm 23,3%; trong đó, mức độ nhẹ chiếm 16,8%, mức độ vừa chiếm 3,8%, mức độ nặng chiếm 2,0% và mức độ rất nặng chiếm 0,7%. Tỉ lệ stress chiếm 14,3%; trong đó, mức độ nhẹ chiếm 7,3%, mức độ vừa chiếm 5,8%, mức độ nặng chiếm 1,2%. Các yếu tố liên quan đến lo âu là khu vực sinh sống và trình độ học vấn; yếu tố liên quan đến stress là khu vực sinh sống. Do đó, cần tăng cường thực hiện các biện pháp để làm giảm lo âu và stress cho người bệnh HIV/ AIDS điều trị ARV. Đặc biệt chú trọng ở nhóm người bệnh có trình độ học vấn thấp và sống tại các khu vực không phải thành thị.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic 2025.
2. UNAIDS. Country factsheets Viet Nam. 2023.

3. Nguyễn Thị Linh Huệ, Phạm Phương Thảo, Lê Minh Thuận. Trầm cảm, lo âu, stress và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đang điều trị thay thế các chất dạng thuốc

phiện bằng Methadone. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018; 22(1):130-6.

4. Nguyễn Thị Đăng Thư, Trần Hoài Thư, Trần Văn Vui. Lo âu và trầm cảm ở người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;187(2):273-85.

5. Phạm Đức Dũng, Hồ Viết Duẩn, Hồ Minh Nên. Khảo sát thực trạng người bệnh HIV/AIDS bị kỳ thị và phân biệt đối xử trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2023. Báo cáo nghiên cứu địa phương 2023; 2023.

6. Ngô Văn Mạnh, Bùi Thị Hồng Vân. Thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506(2):94-289.

7. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-43.

8. Van Nguyen H, Laohasiriwong W, Saengsuwan J, Thinkhamrop B, Wright P. The relationships between the use of self-regulated learning strategies and depression among medical students: an accelerated prospective cohort study. Psychology, health & medicine. 2015;20(1):59-70.

9. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. BMC Psychiatry. 2013;13:24.

10. Ji J, Zhang Y, Ma Y, Jia L, Cai M, Li Z, et al. People who living with HIV/AIDS also have a high prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry. 2024;15:1259290.

11. Camara A, Sow MS, Touré A, Sako FB, Camara I, Soumaoro K, et al. Anxiety and depression among HIV patients of the infectious disease department of Conakry University Hospital in 2018. Epidemiology and infection. 2020;148:e8.

12. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on follow-up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2016;16(1):368.

13. Phạm Đình Quyết, Võ Thị Duyên, Huỳnh Ngọc Vân Anh. Trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22(1):92-185.

14. Trần Nguyễn Ái Thanh, Nguyễn Thị Ngọc Thảo, Phan Thị Hoài Yến. Rối loạn lo âu ở người bệnh HIV đang điều trị tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2021;65(12):14-8.

15. Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên, Nguyễn Thị Kim Tuyền. Rối loạn lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của những người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Bình Phước. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(2):66-259.

16. Trần Phúc Hậu, Nguyễn Xuân Bái, Đặng Bích Thủy. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan của người bệnh điều trị Methadone tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình năm 2024. Tạp chí Y Dược Thái Bình. 2024;13(4):125-31.

17. Bùi Thị Minh Hảo, Trương Văn Hải, Mai Quang Anh và cộng sự. Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và một số yếu tố liên quan ở nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Dự phòng. 2015;25(10):1-11.

18. Đặng Thị Minh Trang, Thái Thanh Trúc. Rối loạn trầm cảm ở người sống chung với HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Thuận An, Bình Dương. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22(1):30-322.

19. Marinda E, Zungu N, Chikovore J, Mthembu J, Magampa M, Mathentamo Q, et al. Association Between ART Adherence and Mental Health: Results from a National HIV Sero-Behavioural Survey in South Africa. AIDS and behaviour. 2022;26(5):1517-29.

Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính và các yếu tố liên quan

Lê Thị Xuân*, Đặng Thị Thanh Huyền, Đinh Thị Thùy Linh
Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới

Tác giả liên hệ: Lê Thị Xuân, email: xuanleqb@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 28/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 06/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh suy tim mạn tính góp phần làm giảm gánh nặng triệu chứng thực thể, tâm lý, xã hội, tâm linh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình. Mục tiêu: (i) Khảo sát nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính, (ii) xác định các yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên trên 105 người bệnh suy tim mạn tính đang điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới, từ tháng 3/2025 đến tháng 8/2025. Số liệu thu thập sử dụng bộ công cụ PNPC (Problems and needs in Palliative care questionnaire) đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy có 81% người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, trong đó nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng, nhu cầu về tài chính, nhu cầu về thông tin y tế chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 97,1%, 83,8% và 70,5%. Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh với nhóm tuổi ($p=0,01$), tình trạng hôn nhân ($p=0,002$), nghề nghiệp ($p=0,023$).

Kết luận: Người bệnh suy tim mạn tính có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cao, do vậy cần sàng lọc nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim cao tuổi trong thực hành lâm sàng để sớm tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào trong quản lý người bệnh suy tim nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: suy tim mạn tính, nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ.

Palliative care needs among patients with chronic heart failure and related factors

Le Thi Xuan*, Dang Thi Thanh Huyen, Dinh Thi Thuy Linh
Nursing Department, Vietnam - Cuba Dong Hoi Friendship Hospital

Abstract

Background: Palliative care for patients with chronic heart failure contributes to reducing the burden of physical, psychological, social, and spiritual symptoms to improve the quality of life of patients and their families.

Objectives: 1. To survey the need for palliative care in patients with chronic heart failure, 2. To identify factors related to the need for palliative care in patients with chronic heart failure.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted with 105 patients with chronic heart failure being treated at Vietnam-Cuba Dong Hoi Friendship Hospital, from February 2025 to August 2025. Data were collected using the PNPC (Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire) to assess palliative care needs.

Results: The study showed that 81% of patients had palliative care needs, of which the need for nursing care, financial needs, and medical information needs accounted for a high proportion, at 97.1%, 83.8%, and 70.5%, respectively. The study found that there was a statistically significant difference between the palliative care needs of patients and age groups ($p = 0.01$), marital status ($p = 0.002$), and occupation ($p = 0.023$).

Conclusions: Patients with chronic heart failure have a high need for palliative care, so it is necessary to

screen for palliative care needs in elderly heart failure patients in clinical practice to promptly integrate palliative care into the management of heart failure patients to improve treatment effectiveness.

Keyword: *Chronic heart failure, palliative care.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim đã và đang là vấn đề sức khỏe lớn của cộng đồng, có xu hướng ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Ước tính có khoảng 26 triệu người trên toàn thế giới đang sống chung với căn bệnh này [1]. Tỷ lệ sống sót của suy tim thấp hơn so với các bệnh như ung thư ruột, vú hoặc tuyến tiền liệt [2]. Có đến 50% người bệnh suy tim tử vong trong vòng 1 năm sau khi được chẩn đoán và 50% người bệnh còn lại tử vong trong vòng 5 năm. Quỹ đạo của tim thường khó có thể đoán trước được do đó khoảng 30 - 50% người bệnh đột tử [3]. Người bệnh suy tim trải qua gánh nặng triệu chứng nặng nề bên cạnh các triệu chứng về thể chất như khó thở, mệt... còn có các triệu chứng tinh thần như trầm cảm, lo âu. Các triệu chứng này làm giảm chất lượng cuộc sống không những cho người bệnh mà cả người chăm sóc. Theo tổ chức y tế thế giới, chăm sóc giảm nhẹ làm giảm gánh nặng triệu chứng thực thể, tâm lý, xã hội, tâm linh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình [4].

Việc lập kế hoạch, nhận sự hỗ trợ từ người chăm sóc, chăm sóc giảm nhẹ có khả năng cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh, giảm thiểu chi phí và tần suất nhập viện [5]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra người bệnh suy tim có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ bao gồm giáo dục, giao tiếp, quản lý triệu chứng và nhu cầu tâm lý xã hội. Một phân tích tổng hợp đã chỉ ra việc chăm sóc giảm nhẹ tại nhà ở người bệnh suy tim làm giảm 42% nguy cơ tái nhập viện [6]. Ước tính có 39% người mắc bệnh tim mạch có nhu cầu được chăm sóc giảm nhẹ nhưng đến 86% người có nhu cầu không nhận được sự chăm sóc này [7].

Chính vì những lí do trên mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chí lựa chọn: người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu năm 2021 [8], điều trị nội trú trong vòng 3 ngày kể từ khi nhập viện và trả lời được phỏng vấn, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: người bệnh đối ý rút khỏi

nghiên cứu trong quá trình tham gia.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2025 đến tháng 8/2025.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ [9]:

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu, độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$, trị số $z_{1-\alpha/2} = 1,96$; khoảng sai lệch cho phép $d = 0,1$; p: tỉ lệ người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, $p = 0,643$ theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thành và cộng sự [11]. Dự trừ 10% mất mẫu, như vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu của chúng tôi là 98 người bệnh. Thực tế chúng tôi nghiên cứu 105 mẫu.

2.4.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.4.4. Công cụ thu thập số liệu: chia làm 2 phần chính:

- Phần thông tin cơ bản: gồm các thông tin về đặc điểm đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, điều kiện sinh sống, tổng thời gian mắc bệnh suy tim, mức độ suy tim, các bệnh lý khác kèm theo, chiều cao, cân nặng, BMI.

- Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ: Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ được đánh giá bằng Thang điểm chăm sóc giảm nhẹ tích hợp PNPC (Problems and needs in Palliative care questionnaire) được tác giả Osse BH, Vernooij MJ xây dựng năm 2004 [12]. Thang điểm này gồm 05 mục lớn và 35 tiểu mục, bao gồm: (1) Nhu cầu về thể chất, (2) Nhu cầu về tâm lý, (3) Nhu cầu về thông tin y tế, (4) Nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng, (5) Nhu cầu về tài chính. Mỗi tiểu mục sử dụng thang đo Likert 3 mức độ trong đó: Mức 1: Người bệnh chưa có nhu cầu cần CSGN, mức 2: Người bệnh có nhu cầu CSGN ở mức độ thấp hay thỉnh thoảng mới cần đến CSGN, mức 3: Người bệnh có nhu cầu CSGN ở mức độ cao hay thường xuyên cần đến sự CSGN. Đánh giá nhu cầu CSGN ở mỗi tiểu mục: Chưa có nhu cầu khi chọn ở mức 1 ở mỗi tiểu mục đánh giá. Có nhu cầu khi chọn ở mức 2 và 3 ở mỗi tiểu mục đánh giá. Đánh giá nhu cầu CSGN ở mỗi mục lớn:

- + Nhu cầu về thể chất: có nhu cầu từ 8/10 tiểu mục trở lên sẽ được tính là có nhu cầu.
 - + Nhu cầu về tâm lý: có nhu cầu từ 6/8 tiểu mục trở lên sẽ được tính là có nhu cầu.
 - + Nhu cầu về thông tin y tế: có nhu cầu từ 5/7 tiểu mục trở lên sẽ được tính là có nhu cầu.
 - + Nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng: có nhu cầu từ 5/7 tiểu mục trở lên sẽ được tính là có nhu cầu.
 - + Nhu cầu về tài chính: có nhu cầu từ 2/3 tiểu mục trở lên sẽ được tính là có nhu cầu.
- Người bệnh được phân loại có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ khi: có nhu cầu từ 3/5 mục lớn trở lên thì được tính là có nhu cầu [12, 13, 14].

Hệ số Cronbach’s Alpha của thang đo là 0,845 và các biến quan sát đều có tương quan biến - tổng (Total Correlation) lớn hơn 0,3. Như vậy thang đo đạt độ tin cậy cao và các biến quan sát đều có ý nghĩa giải thích tốt.

2.5. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: mã hóa toàn bộ thông tin, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các mối liên quan được kiểm định bằng phép kiểm χ^2 ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. (Khi tỉ lệ các ô có giá trị mong đợi < 5 vượt quá 20% thì sử dụng test hiệu chỉnh của χ^2 là Fisher exact test). Trong tất cả các suy luận phân tích thống kê, sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện (theo Quyết định số 16/QĐ-HĐKHHCN ngày 12/3/2025 của Chủ tịch Hội đồng khoa học công nghệ Bệnh viện về việc công nhận đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở năm 2025). Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

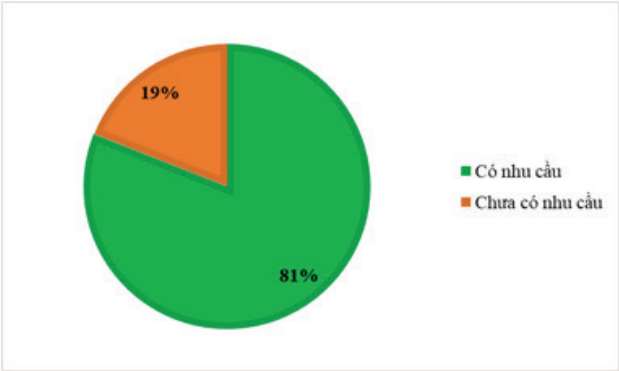
Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 105)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	n	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	49	46,7
Nữ	56	53,3
Tuổi		
Dưới 60 tuổi	9	8,6
Từ 60 đến 69 tuổi	18	17,1
Từ 70 đến 79 tuổi	38	36,2

Từ 80 tuổi trở lên	40	38,1
Trung bình tuổi (min-max) 75,93 ± 12,09 (29 - 98)		
Trình độ học vấn		
≤ Tiểu học	58	55,2
THCS	36	34,3
THPT	7	6,7
TC/Cao đẳng/Đại học/SĐH	4	3,8
Tình trạng kinh tế		
Nghèo/cận nghèo	13	12,4
Trung bình trở lên	92	87,6
Điều kiện sống		
Sống một mình	9	8,6
Sống cùng với gia đình	96	91,4
Số năm bị suy tim		
Dưới 1 năm	16	15,3
1 - 5 năm	48	45,7
Trên 5 năm	41	39,0
Mức độ suy tim		
Độ I	0	0
Độ II	24	22,9
Độ III	47	44,8
Độ IV	34	32,4
Phân loại BMI		
Gầy	22	21,0
Bình thường	61	58,1
Thừa cân	22	21,0
Bệnh lý kèm theo		
Tăng huyết áp	66	62,9
Bệnh mạch vành	21	20,0
Đái tháo đường	29	27,6
Bệnh thận mạn	12	11,4
COPD	5	4,8
Bệnh van tim	15	14,3

Nghiên cứu cho thấy có 46,7% là nam giới, tuổi trung bình là 75 tuổi, trình độ tiểu học chiếm tỉ lệ cao nhất 55,2%. Có 91,4% người bệnh sống cùng với gia đình, có 39,0% đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán suy tim trên 5 năm, có 44,8% người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn tính mức độ 3, bệnh lý kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp (62,9%), đứng thứ hai là bệnh lý đái tháo đường và bệnh mạch vành có tỉ lệ gần tương đương (27,6% và 20,0%).

3.2. Nhu cầu chung về chăm sóc giảm nhẹ theo thang điểm PNPC



Biểu đồ 1. Nhu cầu chung về chăm sóc giảm nhẹ theo thang điểm PNPC

Nghiên cứu cho thấy có 81% người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, còn 19% người bệnh chưa có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ

3.3. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ theo từng khía cạnh

Bảng 2. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ theo từng khía cạnh (n=105)

Nội dung khía cạnh	Có nhu cầu CSGN		Không có nhu cầu CSGN	
	Tần số n	Tỉ lệ %	Tần số n	Tỉ lệ %
Nhu cầu về thể chất	47	44,8	58	55,2
Nhu cầu về tâm lý	55	52,4	50	47,6
Nhu cầu về thông tin y tế	74	70,5	31	29,5
Nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng	102	97,1	3	2,9
Nhu cầu về tài chính	88	83,8	17	16,2

Nghiên cứu cho thấy nhu cầu cao nhất là nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng (97,1%), tiếp đến là nhu cầu về hỗ trợ tài chính (83,8%) và nhu cầu về thông tin y tế (70,5%), nhu cầu của người bệnh về tâm lý và thể chất có tỉ lệ thấp hơn lần lượt là 52,4% và 44,8%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh (n = 105)

STT	Đặc điểm	Nhu cầu CSGN		p
		Có nhu cầu CSGN n (%)	Không có nhu cầu CSGN n (%)	
1	Tuổi			0,01
	Dưới 60 tuổi	9 (100)	0(0)	
	Từ 60 đến 69 tuổi	15 (83,3)	3 (16,7)	
	Từ 70 đến 79 tuổi	35 (92,1)	3 (7,9)	
2	Tình trạng hôn nhân			0,002
	Độc thân	1 (100)	0 (0)	
	Đã kết hôn	82 (84,5)	15 (71,4)	
	Ly dị/Góa	2 (28,6)	5 (71,4)	
3	Số năm bị suy tim			0,611
	Dưới 1 năm	13 (81,2)	3 (18,8)	
	1-5 năm	37 (77,1)	11 (22,9)	
	Trên 5 năm	35 (85,4)	6 (14,6)	

4	Mức độ suy tim			
	Độ II	20(83,3)	4(16,7)	0,868
	Độ III	37(78,7)	10(21,3)	
	Độ IV	28(82,4)	6(17,6)	
5	Phân loại BMI			
	Gầy	16(72,7)	6(27,3)	0,587
	Bình thường	51(83,6)	10(16,4)	
	Thừa cân	18(81,8)	4(18,2)	
6	Bệnh lý kèm theo			
	Tăng huyết áp	54(81,8)	12(18,2)	0,769
	Bệnh mạch vành	16(76,2)	5(23,8)	0,542
	Đái tháo đường	24(82,8)	5(17,2)	0,771
	Bệnh thận mạn	8(66,7)	4(33,3)	0,236
	COPD	4(80,0)	1(20,0)	0,956
	Bệnh van tim	14(93,3)	1(6,7)	0,293

Kết quả cho thấy các yếu tố liên quan có liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh bao gồm nhóm tuổi và tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$), tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và một số đặc điểm liên quan đến bệnh ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu là nam giới (46,7%) chiếm tỉ lệ thấp hơn nữ giới (53,3%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 75 tuổi, độ tuổi nhỏ nhất là 29 tuổi, lớn nhất là 98 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (38,1%). Nghiên cứu của Đỗ Thị Hiến cho thấy hơn một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu là nam giới (68,9%), độ tuổi trung bình $69,5 \pm 11,9$ tuổi [16]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59 tuổi [17]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thành thực hiện trên trên 314 người cao tuổi có suy tim mạn tính điều trị nội trú tại bệnh viện Lão Khoa Trung Ương cho thấy kết quả tương tự với độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $72,6 \pm 9,4$ tuổi [11].

Kết quả cho thấy có 55,2% người bệnh có trình độ tiểu học, chiếm tỉ lệ cao nhất, đa số đối tượng nghiên cứu đã kết hôn (92,4%) và có điều kiện kinh tế trung bình trở lên (87,6%), có 91,4% đối tượng nghiên cứu sống cùng với gia đình, có 45,7% đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán suy tim từ 1 - 5 năm, có 39,0% đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán suy tim trên 5 năm, suy tim mạn tính mức độ 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,8%). Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương cho thấy thời gian phát hiện suy tim trung bình 8 năm, trong đó nam chiếm 45%, học vấn của

nhóm tham gia nghiên cứu tập trung ở trình độ trung học (80%) [17].

Nghiên cứu cho thấy có 81% người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, còn 19% người bệnh chưa có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thành (64,3%) [11] và nghiên cứu của Arenas Ochoa (44%) [15]. Tỉ lệ khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện ở nhóm đối tượng người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện và sử dụng thang điểm đánh giá khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhu cầu cao nhất là nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng (97,1%), tiếp đến là nhu cầu về hỗ trợ tài chính (83,8%) và nhu cầu về thông tin y tế (70,5%), nhu cầu của người bệnh về tâm lý và thể chất có tỉ lệ thấp hơn lần lượt là 52,4% và 44,8%. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hiến cho thấy nhu cầu về thể chất như đau, khó thở và mệt mỏi là ba triệu chứng hay gặp nhất. Các nhóm nhu cầu về tâm lý như mức độ lo lắng về bệnh tật, tình hình điều trị, cảm giác chán nản, thất vọng, trầm cảm được ghi nhận ở mức đôi khi/thỉnh thoảng, một số ít đối tượng tham gia ghi nhận ở mức hầu hết thời gian và luôn luôn. Về mặt tinh thần, cảm giác bình yên, chia sẻ cảm xúc với gia đình/bạn bè, nhận được thông tin về bệnh tật khi cần phần lớn được ghi nhận ở mức thỉnh thoảng và hầu hết thời gian. Đa phần đối tượng tham gia đều được giải quyết vấn đề phát sinh do bệnh tật. Phần lớn người bệnh cao tuổi mắc bệnh suy tim có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (52,8%). Tỉ lệ này cho thấy rằng việc cung cấp chăm sóc giảm nhẹ là cần thiết và có ý nghĩa đối với một phần đáng kể của người bệnh cao tuổi mắc bệnh suy tim tại Việt Nam. Nghiên cứu cũng chỉ ra yếu tố nghề nghiệp và số lần tái nhập viện có mối liên

quan với nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ. Nghiên cứu này chỉ ra được có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp, số lần nhập viện và nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ với $p < 0,05$ [16]. Có sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn lại chỉ thực hiện trên nhóm đối tượng nội trú. Ngày nay, các dịch vụ kỹ thuật, thuốc điều trị cho người bệnh được thanh toán theo quy định của bảo hiểm y tế, thì một số trường hợp người bệnh phải thanh toán một phần chi phí nên nhu cầu hỗ trợ tài chính của họ khá cao.

Nghiên cứu của Craig D. Blinderman và cộng sự (2008) thực hiện trên 103 người bệnh bị suy tim (phân loại III/IV của Hiệp hội Tim mạch New York) ở Mỹ đã chỉ ra tỉ lệ khó thở ở người bệnh là 56% [18]. Trong khi đó, nghiên cứu của David B. Bekelman và cộng sự tiến hành so sánh các chỉ số sức khỏe giữa 60 người bệnh ngoại trú bị suy tim có triệu chứng và 30 người bệnh ngoại trú bị ung thư phổi hoặc tuyến tụy tiến triển ở Mỹ vào năm 2009 đã chỉ ra người bệnh suy tim có tình trạng sức khỏe liên suy giảm về thể chất hơn và trầm cảm cao hơn cũng như nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ tình trạng sức khỏe [19].

Kết quả cho thấy các yếu tố liên quan có liên quan đến nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh bao gồm nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$), tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và một số đặc điểm liên quan đến bệnh ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thành cho thấy tỉ lệ người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ là 64,3 %. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và phân độ suy tim theo chức năng của hội tim mạch New York (NYHA) ($p = 0,03$). Bên cạnh các triệu chứng về thể chất như khó thở, phù người bệnh suy tim còn trải qua gánh nặng triệu chứng về tinh thần như lo lắng, trầm cảm, các vấn đề về xã hội.... Người bệnh suy tim mạn tính có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cao, gia tăng theo mức độ nặng của suy tim. Do vậy cần sàng lọc nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim cao tuổi trong thực hành lâm sàng để sớm tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào trong quản lý người bệnh suy tim nhằm nâng cao hiệu quả điều trị [11]. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hương cho thấy tình trạng mệt mỏi ảnh hưởng đến giấc ngủ của người bệnh rất nhiều, và nhu cầu cần hỗ trợ thay đổi để thích nghi với hoàn cảnh sống được nhận ra ở nhiều người bệnh suy tim, bên cạnh việc nhận ra sự cần thiết được cung cấp thông tin về bệnh

từ các nhân viên y tế, người bệnh cũng nhận thấy họ cần sự hỗ trợ về mặt tinh thần của người thân trong gia đình khi người bệnh muốn chuyển về sống cùng con cháu, hay thăm hỏi tình cảm của bạn bè, những động viên tinh thần của nhân viên y tế [17]. Đối với người bệnh lớn tuổi sẽ có những gánh nặng nhiều hơn so với người bệnh trẻ tuổi. Đó là quá trình lão hóa đi kèm với một số vấn đề về sức khỏe kèm theo như: suy giảm nhận thức, suy nhược và tăng khả năng mắc các bệnh mãn tính. Bên cạnh đó chi phí điều trị ngày càng nhiều và nguồn thu nhập không ổn định. Do đó, việc hỗ trợ người bệnh suy tim mạn tính tiếp cận với chăm sóc giảm nhẹ càng sớm càng tốt đặc biệt là đáp ứng nhu cầu về thông tin y tế, sự quan tâm của nhân viên y tế và nhu cầu về tài chính để tạo động lực cho họ tuân thủ điều trị và nâng cao chất lượng sống của mình.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy có 81% người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ, trong đó nhu cầu về sự quan tâm của điều dưỡng, nhu cầu về tài chính, nhu cầu về thông tin y tế chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 97,1%, 83,8% và 70,5%. Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh với nhóm tuổi ($p = 0,01$), tình trạng hôn nhân ($p = 0,002$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh suy tim mạn tính có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cao, do vậy cần sàng lọc nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính trong thực hành lâm sàng để sớm tích hợp chăm sóc giảm nhẹ vào trong quản lý người bệnh suy tim mạn tính nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc điều trị, trong đó cần chú ý hỗ trợ người bệnh tiếp cận với các nhu cầu liên quan đến sự quan tâm của điều dưỡng, nhu cầu về tài chính và nhu cầu về thông tin y tế phù hợp ở các nhóm độ tuổi và tình trạng hôn nhân khác nhau.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lựa chọn đối tượng nghiên cứu nội trú nên chưa đại diện cho người bệnh suy tim mạn tính, tuy nhiên nghiên cứu này sẽ là tiền đề để thực hiện nghiên cứu lớn hơn đánh giá toàn diện nhu cầu chăm sóc ở đại diện suy tim mạn tính cũng như hiệu quả của chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh suy tim mạn tính.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nghiên cứu này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Nam Phương, Nguyễn Duy Anh Tùng. Khảo sát các yếu tố tiên lượng tử vong trên người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm nhập viện tại Viện Tim TP.HCM. *Tim mạch học*. 2023. 16. tr.104-109.
2. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Fail*. 2014. 1(1). pp.4-25.
3. Antonione R, Sinagra G, Moroni M, et al. Palliative care in the cardiac setting: a consensus document of the Italian Society of Cardiology/ Italian Society of Palliative Care (SIC/SICP). *G Ital Cardiol (Rome)*. 2019. 20(1). pp.46-61.
4. Organization WH. WHO definition of palliative care (2006).
5. Bekelman DB, Hutt E, Masoudi FA, Kutner JS, et al. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *Int J Cardiol*. 2008. 25(2). pp.183-190.
6. Diop MS, Rudolph JL, Zimmerman KM, Richter MA, et al. Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Palliat Med*. 2017. 20(1). pp.84-92.
7. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh cao tuổi mắc suy tim mạn tính. [https:// tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/1020/670](https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/1020/670). Accessed January 12, 2023.
8. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị suy tim 2021 của Hội Tim Mạch Châu Âu (ESC 2021)
9. Võ Văn Thắng, Lưu Ngọc Hoạt. Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Y học. NXB Y học Hà Nội. 2022.
10. Thabane L, Akhtar-Danesh N. Guidelines for reporting descriptive statistics in health research. *Nurse researcher*. 2008. 15(2): 72-81.
11. Nguyễn Thị Thành. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh cao tuổi mắc suy tim mạn tính, *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2022. 158 (8). tr. 148-153.
12. Osse BH, Vernooij MJ, Schadé E, Grol RP. Towards a new clinical tool for needs assessment in palliative care patients: the PNP instrument. *J Pain Symptom Manage*. 2004. 28(4). pp.329.
13. Vũ Đình Sơn và các cộng sự. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh suy tim tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. *Khoa học Điều dưỡng*. 2021. 5(2). tr.31-40.
14. Roch C, Palzer J, Zetzl T, Störk S, et al. Utility of the Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire (PNPC): a cross-sectional study in hospitalised patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2020. 19(8). pp.702-710.
15. Arenas Ochoa LF, González-Jaramillo V, Saldarriaga C, et al. Prevalence and characteristics of patients with heart failure needing palliative care. *BMC palliative care*. 2021. 20(1). pp.184.
16. Đỗ Thị Hiến. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở người bệnh cao tuổi mắc bệnh suy tim tại khoa nội tim mạch bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2023. *Vietnam Medical Journal*. 2023. 2. tr. 72-77.
17. Phạm Thị Thu Hương. Những khó khăn trong tự chăm sóc của người bệnh suy tim tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học*. 2018. 01 (01). tr. 53-60.
18. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, et al. Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure. *J Pain Symptom Manage*. 2008. 35(6). pp.594-603.
19. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, et al. Symptom Burden, Depression, and Spiritual Well-Being: A Comparison of Heart Failure and Advanced Cancer Patients. *J Gen Intern Med*. 2009. 24(5). pp. 592-598.

Kiến thức tự quản lý hen và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Huế năm 2024

Phan Thị Diệu Hương¹, Phạm Thị Thanh Hoà¹, Nguyễn Trường Sơn^{2*}

¹ Trường Cao đẳng Y tế Huế

² Trường Đại học Y - Dược, Đại Học Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Trường Sơn, email: ntson@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 29/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 06/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hen phế quản (HPQ) là một bệnh hô hấp mạn tính phổ biến và nghiêm trọng. Tại Việt Nam, mức độ kiểm soát hen được báo cáo ở mức thấp hơn so với nhiều quốc gia khác. Ngoài các vấn đề liên quan đến hệ thống y tế, nhân viên y tế, các vấn đề liên quan đến người bệnh như mức độ tuân thủ điều trị thấp, hiểu biết thấp về bệnh, đặc biệt là kiến thức tự quản lý hen. Do đó, đánh giá kiến thức của bệnh nhân để củng cố những kiến thức, hành vi đúng, phát hiện những quan niệm sai lầm là rất cần thiết nhằm điều chỉnh các chiến lược giáo dục phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Đánh giá kiến thức tự quản lý hen ở bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế thành phố Huế. 2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự quản lý hen ở đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 208 bệnh nhân hen phế quản tại Trung tâm Y tế thành phố Huế. Dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi ASMQ, ACT và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.

Kết quả: Điểm kiến thức tự quản lý hen trung bình là $6,78 \pm 2,37$ (trên 14 điểm), tương ứng với điểm ASMQ chuyển đổi là $48,45 \pm 16,96$ (trên 100 điểm). Chỉ 4,8% bệnh nhân đạt mức kiến thức tốt, trong khi 59,1% có kiến thức kém. Trình độ học vấn là yếu tố liên quan độc lập với mức độ kiến thức tự quản lý hen ($OR = 19,76$, $p < 0,001$). Ngoài ra, người bệnh làm lao động trí óc có khả năng đạt kiến thức trung bình và tốt cao hơn so với nhóm không làm việc ($OR = 6,93$, $p = 0,01$).

Kết luận: Kiến thức tự quản lý hen của người bệnh điều trị ngoại trú còn thấp, với tỉ lệ người bệnh có kiến thức kém là chủ yếu. Trình độ học vấn và nghề nghiệp là hai yếu tố có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ kiến thức này. Do đó, cần tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe để cải thiện khả năng tự quản lý bệnh của người bệnh.

Từ khoá: tự quản lý hen, kiểm soát hen, hen phế quản, ASMQ.

Knowledge on asthma self management and related factors among out treatment asthma patients at Hue city Medical Center in 2024

Phan Thi Dieu Huong¹, Pham Thi Thanh Hoa¹, Nguyen Truong Son^{2*}

¹ Hue Medical College

² University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Asthma is a common and serious chronic respiratory disease. In Vietnam, the level of asthma control is reported to be lower than in many other countries. In addition to issues related to the health system and health workers, patient-related issues such as low treatment compliance, low knowledge of the disease, especially asthma self-management knowledge. Therefore, assessing patient knowledge to reinforce correct knowledge and behaviors, and detecting misconceptions is essential to adjust appropriate educational strategies.

Objectives: 1. To describe asthma self-management knowledge among outpatients asthma patients at Hue City Medical Center. 2. To identify some factors related to asthma self-management knowledge.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 208 asthma patients at Hue City Medical Center. Data were collected using the ASMQ and ACT questionnaires and analyzed using SPSS version 22.

Results: The mean asthma self-management knowledge score was 6.78 ± 2.37 (out of 14), corresponding to a converted ASMQ score of 48.45 ± 16.96 (out of 100). Only 4.8% of patients had good knowledge, whereas 59.1% had poor knowledge. Education level was an independent factor associated with asthma self-management knowledge ($OR = 19.76, p < 0.001$). Additionally, patients engaged in intellectual labor were more likely to have moderate and good knowledge compared to unemployed individuals ($OR = 6.93, p = 0.01$).

Conclusion: The level of asthma self-management knowledge among outpatients remains low, with majority of patients exhibiting poor knowledge. Education level and occupation significantly influence this knowledge level. Therefore, strengthening health education programs is essential to enhance patients' ability to manage their condition effectively.

Keyword: *asthma self-management, asthma control, bronchial asthma, ASMQ.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh hô hấp mạn tính phổ biến và nghiêm trọng, ảnh hưởng từ 1% đến 18% dân số tại các quốc gia trên thế giới. Tuy nhiên, theo báo cáo của GAN, tỉ lệ người bệnh trưởng thành kiểm soát hen tốt chỉ đạt 17,1% [1]. Tại Ả Rập Xê Út, 42,9% người bệnh mắc hen không được kiểm soát hiệu quả [2]. Tình trạng tương tự cũng được ghi nhận tại Nhật Bản, nơi một phần ba người bệnh có mức độ kiểm soát hen kém [3]. Tại khu vực Vùng Vịnh và Nga, chỉ 0,4% người bệnh đáp ứng tiêu chí kiểm soát hen theo phân loại của GINA [4]. Tại Việt Nam, mức độ kiểm soát hen được báo cáo ở mức thấp hơn so với nhiều quốc gia khác. Một nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có đến 46% người bệnh hen không kiểm soát được bệnh [5].

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến mức độ kiểm soát hen thấp này. Ngoài các vấn đề liên quan đến hệ thống y tế, nhân viên y tế, các vấn đề liên quan đến người bệnh như mức độ tuân thủ điều trị thấp, hiểu biết thấp về bệnh, đặc biệt là kiến thức tự quản lý hen [5]. Do đó, GINA khuyến cáo chú trọng giáo dục kiến thức cho người bệnh hen [6, 7]. Trong đó, giáo dục kiến thức tự quản lý hen có thể cải thiện mức độ kiểm soát hen [8]. Tự quản lý hen đề cập đến những gì bệnh nhân làm để theo dõi/kiểm soát các triệu chứng, ngăn ngừa những đợt cấp của bệnh [9]. Tại Việt Nam, khoảng một phần ba người bệnh hen phế quản có kiến thức kém về tự quản lý bệnh [10].

Ngoài kiến thức nhận được từ nhân viên y tế, bệnh nhân có thể tiếp nhận thông tin từ các nguồn khác như phương tiện thông tin, truyền thông, lời truyền miệng, mạng xã hội... Độ chính xác của các thông tin này có thể khác nhau, do đó, đánh giá kiến thức của bệnh nhân để củng cố những kiến thức,

hành vi đúng, phát hiện những quan niệm sai lầm là rất cần thiết nhằm điều chỉnh các chiến lược giáo dục phù hợp. Xuất phát từ nhu cầu này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kiến thức tự quản lý hen và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Huế năm 2024” với hai mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Đánh giá kiến thức tự quản lý hen ở bệnh nhân hen phế quản điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế thành phố Huế.*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự quản lý hen ở đối tượng nghiên cứu.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân hen phế quản đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội của Trung tâm Y tế thành phố Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân hen phế quản từ 16 tuổi trở lên
- Bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản ít nhất 6 tháng trước đó theo Chiến lược toàn cầu về xử trí hen phế quản GINA 2022, cơ sở của lựa chọn này là mức độ kiểm soát bệnh hen nên được đánh giá sau khi điều trị từ 3 đến 6 tháng để xác định tình trạng tốt nhất của bệnh nhân; điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế thành phố Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa (tim mạch, hô hấp) nặng kèm theo.
- Bệnh nhân có hội chứng chồng lấp hen - COPD.
- Bệnh nhân suy giảm nhận thức và/hoặc không thể giao tiếp bằng lời, và/hoặc không biết đọc.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.1. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp mô tả cắt ngang.
- Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Với $\alpha = 5\%$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, chọn $p = 0,162$ theo nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh [5], chọn $d = 0,05$. Thay vào công thức trên ta có $n = 208$.

- Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Việc thu thập số liệu được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu thông qua Test kiểm soát hen ACT (Asthma Control Test) và bộ câu hỏi ASMQ (Asthma Self - Management Questionnaire) của tác giả Mancuso và cộng sự (2009) [11, 12]. Bộ công cụ gồm có 16 câu hỏi với dạng câu hỏi chọn câu đúng nhất về: chiến lược phòng ngừa, cách sử dụng bình xịt, sự khác nhau của thuốc cắt cơn và dự phòng, sử dụng máy đo lưu lượng đỉnh. Bộ câu hỏi được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt theo hình thức dịch xuôi và dịch ngược bởi nhóm chuyên gia. Để đảm bảo tính nhất quán, những điểm bất đồng đã được hợp bởi các chuyên gia để thống nhất. Về tính hợp lệ của bộ câu hỏi sau khi được dịch sang tiếng Việt, chúng tôi đã nhờ sự giúp đỡ của các nhân viên y tế gồm một bác sĩ và hai điều dưỡng kiểm tra lại mức độ dễ hiểu, phù hợp với ngôn ngữ Tiếng Việt của bộ câu hỏi. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh và cộng sự, trong nghiên cứu này, hai mục liên quan đến lưu lượng đỉnh kể gồm câu 5 và câu 11 đã được loại bỏ vì máy đo lưu lượng đỉnh kể không phổ biến tại Việt Nam [5]. Tính khả thi và độ tin cậy của bộ câu hỏi ASMQ sau khi loại bỏ câu 5 và câu 11 đã được kiểm tra và chấp nhận thông qua một nghiên cứu thí điểm trên 20 bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh và cộng sự. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn thực hiện điều tra thử trên 10 bệnh nhân để kiểm tra tính khả thi, độ tin cậy của bảng câu hỏi. Kết quả cho thấy hệ số Cronbach's Alpha là 0,757. Như vậy bộ công cụ hoàn toàn phù hợp để thực hiện trong nghiên cứu.

Người tham gia nghiên cứu khoanh tròn câu trả lời vào phiếu điều tra. Mỗi câu trả lời đúng được tính 1 điểm và 0 điểm cho mỗi câu trả lời sai hoặc câu trả lời "tôi không biết". Điểm số ASMQ thô được tính bằng cách cộng tất cả điểm của các câu trả lời. Điểm ASMQ chuyển đổi là điểm ASMQ thô được chuyển đổi qua thang điểm 100 theo công thức: Điểm ASMQ chuyển đổi = (Điểm ASMQ thô/14) x 100. Kiến thức được phân loại như sau: [5, 9]

- + Kiến thức tốt: > 75
- + Kiến thức trung bình: 50 - 75
- + Kiến thức kém: < 50

Với test kiểm soát hen ACT, người bệnh khoanh tròn điểm số ở mỗi câu hỏi, ghi vào ô vuông cột điểm sau đó cộng và ghi tổng điểm ở hàng tổng. Điểm ACT là tổng số điểm của 5 câu hỏi, được phân loại như sau:

- + 20 - 25 điểm: Hen được kiểm soát tốt
- + 16 - 19 điểm: Hen được kiểm soát một phần
- + 5 - 15 điểm: Hen không được kiểm soát

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22, gồm thống kê mô tả, thống kê phân tích bằng kiểm định Chi - square và phân tích hồi quy logistic đa biến. Kiểm định Independent Sample T Test dùng để so sánh trị số trung bình ở hai nhóm, kiểm định One - Way ANOVA dùng để so sánh trị số trung bình trên 3 nhóm nếu các biến có phân phối chuẩn. Sử dụng đường cong ROC dự báo mức độ kiểm soát hen trung bình và tốt của điểm ASMQ. Kết quả thống kê với độ tin cậy 95% và có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Trường Cao đẳng Y tế Huế số 446/QĐ-CDYT. Mục tiêu và quy trình nghiên cứu đã được giải thích cho tất cả những người tham gia nghiên cứu và đã được bệnh nhân tự nguyện đồng ý. Các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ 37,5%, độ tuổi trung bình là $55,42 \pm 16,19$, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn với 57,7%. Người bệnh có trình độ học vấn là THPT chiếm tỉ lệ 41,8%. Người bệnh là cán bộ viên chức chiếm tỉ lệ thấp với 7,2%. Chỉ 15,4% người bệnh đang hút thuốc lá. Người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 2 năm chiếm tỉ lệ cao là 63,5%. Có 5,8% người bệnh có mức độ kiểm soát hen đạt ngưỡng tốt theo ACT. Điểm ACT trung bình là $15,38 \pm 2,95$.

3.2. Kiến thức về tự quản lý hen của người bệnh hen phế quản

Bảng 1. Kiến thức về tự quản lý hen của người bệnh hen phế quản

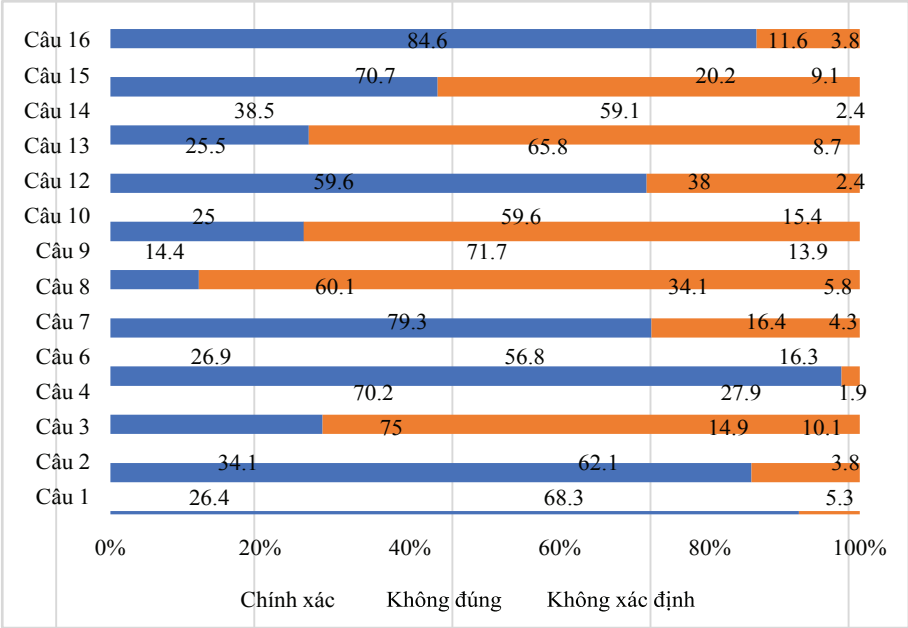
Kiến thức về tự quản lý hen	(TB $\pm$ ĐLC)
Điểm ASMQ	
- Điểm thô	$6,78 \pm 2,37$
- Điểm chuyển đổi	$48,45 \pm 16,96$

208 người bệnh hen phế quản có điểm ASMQ thô trung bình là $6,78 \pm 2,37$, điểm ASMQ chuyển đổi trung bình là $48,45 \pm 16,96$.

Bảng 2. Phân loại người bệnh theo mức độ kiến thức về tự quản lý hen

Kiến thức về tự quản lý hen	N	%
Mức độ kiến thức về tự quản lý hen (theo điểm ASMQ chuyển đổi)		
Tốt	10	4,8
Trung bình	75	36,1
Kém	123	59,1

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu có kiến thức tự quản lý hen ở mức trung bình và kém lần lượt chiếm tỉ lệ 36,1% và 59,1%.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ câu trả lời của bảng câu hỏi ASMQ

Câu 1, câu 9, câu 13 có tỉ lệ trả lời không đúng cao nhất. Điều này chứng minh người bệnh thiếu hụt kiến thức về các chiến lược phòng ngừa bệnh hen.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự quản lý hen của NB HPQ

3.3.1. Liên quan giữa kiến thức tự quản lý hen với đặc điểm của người bệnh

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức tự quản lý hen với đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm của người bệnh	KT tự quản lý hen				p	Điểm ASMQ chuyển đổi	p
	Tốt và TB		Kém			TB ± DLC	
	n	%	n	%			
Nhóm tuổi							
16 - 60	58	44,6	72	55,4	0,19	49,72 ± 17,55	0,16
> 60	27	34,6	51	65,4		46,33 ± 15,81	
Giới tính							
Nam	48	40,0	72	60,0	0,77	47,79 ± 16,84	0,51
Nữ	37	42,0	51	58,0		49,35 ± 17,17	
Trình độ HV							
≤ THPT	38	24,8	115	75,2	< 0,001	43,32 ± 15,27	< 0,001
TC/CĐ/ĐH/SĐH	47	85,5	8	14,5		62,72 ± 12,9	

Nghề nghiệp							
Không làm việc	30	43,5	39	56,5	< 0,001	49,27 ± 17,6	< 0,001
LĐ chân tay	42	33,9	82	66,1		45,79 ± 15,48	
LĐ trí óc	13	86,7	2	13,3		66,67 ± 14,45	

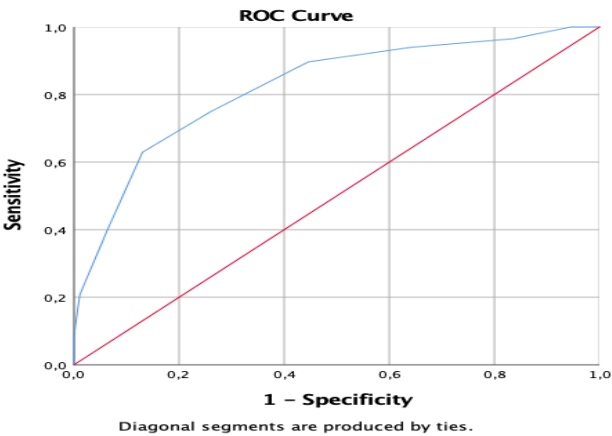
Trình độ học vấn, nghề nghiệp có liên quan có ý nghĩa với kiến thức về tự quản lý hen, trong đó, trình độ học vấn cao và người làm lao động trí óc có điểm kiến thức cao hơn.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức tự quản lý hen với đặc điểm về tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh của NB HPQ

Đặc điểm của NB	KT tự quản lý hen				p	Điểm ASMQ chuyển đổi	p
	Tốt và TB		Kém			TB ± ĐLC	
	n	%	n	%			
Hút thuốc lá							
Có	10	31,3	22	68,8	0,24	44,86 ± 16,45	0,19
Không	75	42,6	101	57,4		49,10 ± 17,01	
Thời gian mắc bệnh							
≤ 2 năm	28	36,8	48	63,2	0,37	46,42 ± 16,59	0,19
> 2 năm	57	43,2	75	56,8		49,62 ± 17,12	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh với kiến thức tự quản lý hen ($p > 0,05$).

3.3.2. Liên quan giữa kiến thức tự quản lý hen với mức độ kiểm soát hen theo ACT



Biểu đồ 2. Đường cong ROC dự báo mức độ kiểm soát hen một phần và tốt của điểm ASMQ chuyển đổi

Từ Biểu đồ trên, diện tích dưới đường cong ROC, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu dùng để dự báo mức độ kiểm soát hen một phần và tốt của điểm ASMQ chuyển đổi được thể hiện trong Bảng 5.

Bảng 5. Giá trị tiên đoán mức độ kiểm soát hen của điểm ASMQ CĐ

	AUC (KTC 95%)	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	p
Điểm ASMQ CĐ	0,821 (0,76 - 0,87)	53,5	0,629	0,87	< 0,001

Từ bảng kết quả trên cho thấy, điểm cắt ASMQ là 53,5 với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 62,9% và 87,0%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,821, khoảng tin cậy 95% là 0,76 - 0,87 ($p < 0,001$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa điểm ASMQ với mức độ kiểm soát hen ACT

Mức độ kiểm soát hen theo ACT	Điểm ASMQ chuyển đổi (TB ± ĐLC)	p
Kiểm soát tốt	80,95 ± 6,34	<0,001
Kiểm soát một phần	53,91 ± 12,78	
Kiểm soát kém	38,04 ± 13,48	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ kiểm soát hen theo ACT và điểm ASMQ chuyển đổi với $p < 0,001$.

3.3.3. Phân tích hồi quy đa biến logistic về mối liên quan giữa các đặc điểm người bệnh với kiến thức tự quản lý hen

Bảng 7. Phân tích hồi quy đa biến logistic về các yếu tố liên quan tới mức độ kiến thức tự quản lý hen

Biến độc lập		OR (KTC 95%)	p
Trình độ học vấn	≤ THPT	1	< 0,001
	TC/CĐ/ĐH/SĐH	19,76 (6,79 - 57,51)	
	Không làm việc	1	
Nghề nghiệp	LĐ chân tay	5,3 (1,11 - 25,29)	0,03
	LĐ trí óc	6,93 (1,50 - 32,01)	0,01

Trình độ học vấn cao; nghề nghiệp là lao động chân tay, lao động trí óc là yếu tố dự báo mức độ kiến thức tự quản lý hen với p lần lượt là $p < 0,001$, $p = 0,03$ và $p = 0,01$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về tự quản lý hen của người bệnh

Điểm kiến thức về tự quản lý hen ASMQ thô là 6,78 (6,78/14), tương đương với điểm ASMQ chuyển đổi là 48,45 (48,45/100). Chỉ có 4,5% ($n = 208$) người bệnh hen phế quản có mức độ kiến thức về quản lý hen theo điểm ASMQ chuyển đổi đạt mức tốt. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước [2, 5, 10, 13, 14]. Có nhiều yếu tố dẫn đến kiến thức về hen phế quản của người bệnh còn hạn chế. Bác sĩ và điều dưỡng là những nguồn giáo dục chính của người bệnh, tuy nhiên, thời gian khám và tư vấn cho mỗi bệnh nhân là có hạn. Một số phương thức khác được dùng để cung cấp thông tin về bệnh như phương tiện thông tin, truyền thông, câu lạc bộ sinh hoạt hen phế quản, tờ rơi... Tuy nhiên, một số người dân cũng bị hạn chế tiếp xúc với nguồn thông tin này tại một số khu vực. Đối với các khu vực thành phố lớn, người dân có điều kiện thuận lợi hơn trong tiếp cận nguồn thông tin chính thống. Ngược lại, ở các bệnh viện địa phương như nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu, người dân không có nhiều cơ hội được nhân viên y tế hỗ trợ kiểm tra, củng cố kiến thức về bệnh của mình. Ngoài ra, trình độ học vấn thấp cũng là yếu tố rào cản ảnh hưởng đến khả năng tiếp nhận, tích hợp các thông tin để giải quyết vấn đề sức khỏe của người bệnh.

Phần lớn các câu trả lời có tỉ lệ trả lời đúng < 50% (câu 1, 2, 6, 9, 10, 13, 14) là những câu hỏi về thuốc cắt

cơ, chiến lược phòng ngừa hen. Trong đó, câu 1, câu 6, câu 9, câu 10 là những câu hỏi có tỉ lệ người bệnh chọn đáp án đúng với tỉ lệ thấp nhất. Điều này cho thấy lỗ hổng kiến thức lớn, người bệnh thậm chí không biết về thuốc cắt cơ và cách sử dụng thuốc, ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tại nhà, cũng như cách xử lý các tình huống khẩn cấp về bệnh hen của bản thân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Thị Thanh Hoà, Nguyễn Như Vinh [5, 10]. Tại Huế, tác giả Dương Đức Hoà và cộng sự đã công bố kết quả 63,2% người bệnh cho rằng cần dùng thuốc cắt cơ hằng ngày để dự phòng hen [15]. Sự nhầm lẫn này cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Elbur và cộng sự tại Saudi Arabia và nghiên cứu của Saleem [2, 14]. Như vậy, việc giáo dục cho người bệnh phân biệt thuốc cắt cơ và thuốc dự phòng, tác dụng của hai loại thuốc và thời điểm sử dụng thuốc hợp lý là điều cần được quan tâm.

Thực hành sử dụng bình xịt đúng là một trong những yếu tố góp phần kiểm soát tốt bệnh hen, tuy nhiên, sử dụng bình xịt không đúng cách đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu [2, 5, 10, 14, 15, 16]. Chúng tôi cũng tìm thấy gần 40% người bệnh không nín thở vài giây sau khi sử dụng bình xịt trong nghiên cứu này. Do đó, cần quan tâm hơn đến việc cải thiện kiến thức về cách sử dụng bình xịt đúng từ đó giúp cải thiện hành vi thực hành sử dụng bình xịt đúng của người bệnh.

Hen phế quản là bệnh chưa có phương pháp điều

trị khỏi hẳn, nhưng trong nghiên cứu này, có 65,8% người bệnh nghĩ bệnh hen có thể chữa khỏi bằng thuốc hoặc tránh các yếu tố kích thích như bụi và khói thuốc lá. Sự nhầm lẫn giữa kiểm soát hen và điều trị khỏi hẳn bệnh hen được thể hiện rõ trong câu 16 hỏi về “điều nào có thể kiểm soát bệnh hen” thì có đến 84,6% người bệnh trả lời đúng. Mặc dù đây là lựa chọn đúng, nhưng lại chứng tỏ người bệnh có sự nhầm lẫn giữa kiểm soát bệnh hen và chữa khỏi hen. Điều này phản ánh sự sai lệch trầm trọng về kiến thức tự quản lý hen của người bệnh tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, câu hỏi số 16 có đáp án “tất cả những điều trên”, đây cũng là điểm hạn chế của bộ công cụ nghiên cứu, bởi đáp án tất cả đều đúng là đáp án dễ được lựa chọn.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ kiến thức về tự quản lý hen của người bệnh hen phế quản không cao. Kết quả khảo sát về tỉ lệ phần trăm trả lời các câu hỏi trong bộ câu hỏi ASMQ đã chỉ rõ các lỗ hổng kiến thức mà bệnh nhân hen phế quản còn thiếu sót. Phát hiện này hy vọng có thể dẫn đến sự cải thiện, mở rộng các chương trình giáo dục cho người bệnh hen phế quản nhằm giúp chất lượng cuộc sống của họ tốt hơn, giảm gánh nặng y tế cho địa phương.

4.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức tự quản lý hen của NB HPQ

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh hen và kiến thức tự quản lý hen, điểm ASMQ chuyển đổi của người bệnh với $p > 0,05$. Tuy nhiên, theo Moyeta, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc lá với kiến thức về điều trị hen bằng thuốc ($p = 0,012$) [17]. Wireklint cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hút thuốc lá với kiến thức về tự quản lý bệnh hen nặng với $p = 0,009$ [18].

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và kiến thức tự quản lý hen; điểm ASMQ chuyển đổi với giá trị $p < 0,001$. Kết quả tương tự được công bố trong nghiên cứu của Nguyễn Như Vinh [5]. Với các nghiên cứu trên thế giới, tác giả Moyeta (2020), Wireklint (2020) cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và kiến thức về điều trị hen bằng thuốc; cách tự quản lý bệnh hen nặng với $p < 0,05$ [17, 18]. Điều này có thể liên quan đến việc người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn có thể không hiểu đầy đủ các thông tin được nhân viên y tế cung cấp, hoặc giảm khả năng tích hợp các thông tin để giải quyết vấn đề cụ thể. Theo chúng tôi, người bệnh có trình độ học vấn cao hơn thường quan tâm nhiều hơn đến vấn đề sức khỏe và có khả năng quản lý tốt

tình trạng bệnh mãn tính của họ. Hơn nữa, trình độ học vấn cao cũng là dấu hiệu cho thấy người bệnh có thu nhập và đời sống kinh tế xã hội tốt hơn, do đó, họ có nhiều cơ hội hơn để tiếp cận các kiến thức và kỹ năng về quản lý và kiểm soát bệnh hen.

Trong nghiên cứu này, điểm ASMQ chuyển đổi có khả năng dự báo mức độ hen được kiểm soát một phần và tốt. Điểm cắt trong nghiên cứu này là điểm ASMQ = 53,5 ($J = 0,49$), với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 62,9% và 87,0%. Như vậy, mặc dù điểm ASMQ có khả năng dự báo mức độ kiểm soát hen tốt, nhưng độ đặc hiệu và độ nhạy không cao. Mức độ kiểm soát hen đạt ngưỡng tốt theo ACT trong nghiên cứu của chúng tôi không cao, chỉ 5,8%. Phần lớn người bệnh có mức độ kiểm soát hen kém (44,2%). Do đó, chúng tôi phân loại mức độ kiểm soát hen thành hai nhóm: kém, một phần và tốt. Theo chúng tôi, độ nhạy, độ đặc hiệu khá thấp của đường cong ROC liên quan đến cách phân loại này. Lý giải cho lựa chọn trên, chúng tôi mong muốn tìm ra được điểm cắt của mức điểm ASMQ chuyển đổi dự báo hen kiểm soát một phần và tốt. Từ đó, sau khi thực hiện đánh giá kiến thức người bệnh bằng bộ câu hỏi ASMQ, dựa trên điểm cắt ASMQ chuyển đổi, chúng tôi có thể dự đoán mức độ kiểm soát bệnh hen, tập trung vào các chiến lược giáo dục sức khỏe phù hợp với người bệnh và kỳ vọng về khả năng kiểm soát hen tốt hơn của người bệnh trong thời gian ngắn.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ kiểm soát hen theo ACT với điểm ASMQ chuyển đổi với $p < 0,001$; có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức tự quản lý hen với điểm ACT của người bệnh hen phế quản ($p < 0,001$). Người bệnh có điểm ASMQ càng cao thì kiểm soát hen tốt và ngược lại, điểm ACT cao thì kiến thức tự quản lý hen của người bệnh tốt ($p < 0,001$) [5]. Thực hiện các can thiệp giáo dục có thể cải thiện kiến thức của người bệnh về tự quản lý hen theo ASMQ [14]. Do đó, cần quan tâm nhiều đến các hoạt động giáo dục nhằm cải thiện kiến thức tự quản lý hen từ đó giúp nâng cao mức độ kiểm soát hen của người bệnh hen phế quản, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm gánh nặng y tế cho địa phương.

Người bệnh có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên có kiến thức tự quản lý hen ở mức trung bình và tốt cao gấp gần 20 lần so với người bệnh hen phế quản có trình độ thấp hơn ($p < 0,001$; OR = 19,76; KTC: 95%, 6,79 - 57,51). Nhóm người bệnh lao động trí óc có chênh lệch kiến thức tự quản lý hen ở mức trung bình và tốt cao gấp gần 7 lần so với người bệnh hen phế quản không làm việc ($p = 0,01$; OR = 6,93; KTC 95%: 1,50 - 32,01).

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh hen

phế quản đến tái khám tại một bệnh viện trong thành phố Huế, do đó, kết quả này không khái quát cho cộng đồng dân cư của tỉnh Thừa Thiên Huế. Cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ ($n = 208$), cần có nhiều nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, tiến hành tại cộng đồng để đánh giá kiến thức của người dân, từ đó xác định nhu cầu giáo dục sức khỏe và cung cấp kiến thức tự quản lý hen, tránh những gánh nặng do bệnh hen mang lại cho cộng đồng và gia đình người bệnh.

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đóng, do đó, không yêu cầu người bệnh tham gia nghiên cứu tự gọi nhớ câu trả lời. Điều này làm cho nghiên cứu thuận lợi, dễ dàng hơn, tuy nhiên có thể làm giảm sự phân loại kiến thức giữa những người bệnh có trình độ văn hoá và nghề nghiệp khác nhau. Ngoài ra, không có nhiều sự lựa chọn về bộ câu hỏi kiểm tra kiến thức tự quản lý hen của người bệnh. Bộ câu hỏi ASMQ chưa sử dụng nhiều trong nghiên cứu tại Việt Nam, làm giảm sự kiểm chứng của nghiên cứu này.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Mức độ kiến thức về tự quản lý hen ở người bệnh hen phế quản còn thấp, phần lớn người bệnh có kiến thức tự quản lý hen ở mức kém. Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp và mức độ kiến thức tự quản lý hen. Đồng thời, cũng ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức tự quản lý hen và điểm ACT.

Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của cung cấp kiến thức tự quản lý hen cho người bệnh hen phế quản. Chúng tôi khuyến nghị các cơ sở y tế và các đơn vị liên quan cần tăng cường triển khai các chương trình giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức và cải thiện khả năng tự quản lý bệnh của người bệnh hen phế quản.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [Online]. 2022. Available from: <https://ginasthma.org/gina-reports/>.
- Al E, Alharthi B, Alharthi S. Self-management and control of asthma among adult patients in King Faisal medical complex Taif, KSA. International journal of Research in Pharmacy and Science 2017; 7(1):24-29.
- Gon Y, Ohyanagi N, Kobayashi A. The association between control level and self-reported treatment adherence across different treatment types in Japanese asthma patients. Respiratory Investigation 2021; 59(4):454-463.
- Alzaabi A, Idrees M, Behbehani N, et al. Cross-sectional study on Asthma Insights and Management in the Gulf and Russia. Allergy Asthma Proc 2018; 39(6): 430-436.
- Nguyen V. N, Huynh T. T. H, Chavannes N. H. Knowledge on self-management and levels of asthma control among adult patients in Ho Chi Minh City, Vietnam. Int J Gen Med 2018; 11:81-89.
- GINA. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. [Online]. 2022. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-2022-Pocket-Guide-WMS.pdf>.
- WHO. Asthma.[Online]. 2022 [Cited 11/5/2022]. Available from: <https://www.who.int/News-Room/Factsheets/Detail/Asthma>.
- Murray B., O'Neill M. Supporting self-management of asthma through patient education. British Journal of Nursing 2018; 27(7):396-401.
- Mancuso C. A, Sayles W, Allegrante J. P. Knowledge, attitude, and self-efficacy in Asthma self-management and quality of life. J Asthma 2010; 47(8):883-888.
- Nguyễn Thị Thanh Hòa, Phan Quỳnh Lan, Quách Thị Thanh Nhân và cộng sự. Đánh giá sự hiểu biết và kỹ thuật dùng thuốc hít của bệnh nhân hen tại bệnh viện vinmec times city. Tạp chí Y học Việt Nam 2021; 500(2).
- Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen người lớn. 2009.
- Mancuso C. A, Sayles W, Allegrante J. P. Development and testing of the asthma self-management questionnaire. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 2009; 102(4):294-302.
- Nazanin Qudrat Abbas, Muhammad Rashid Amen. Knowledge on Self Management and Level of Asthma Control among Adult Asthmatic Patients Attending Kalar General Hospital. Journal of University of Garmian 2019; 6(3):310-319.
- Saleem S. S. Impact of pharmacist-led educational intervention on knowledge of self-management among asthmatic patient: a prospective cohort study. BMJ open 2022; 12(6):e058861.
- Dương Đức Hoà, Phạm Thị Thuý Vũ. Khảo sát kiến thức, thực hành, mức độ kiểm soát cơn hen và các yếu tố liên quan ở người bệnh hen phế quản. Khoa học điều dưỡng 2023; 6(3):127 -139.
- Võ Thị Hồng Phượng, Phan Đặng Thục Anh, Nguyễn Phước Bích Ngọc và cộng sự. Đánh giá kiến thức, thái độ và kỹ năng thực hành sử dụng dụng cụ phân phối thuốc điều trị hen phế quản trên bệnh nhân điều trị ngoại trú. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế 2023; 2(13):127-135.
- Moyeta Bariso Gare, Mikael Hasselgren et al.

Knowledge, Attitude, and Practice Assessment of Adult Asthmatic Patients toward Pharmacotherapy of Asthma at Jimma University Specialized Hospital. EC Pulmonology and Respiratory Medicine 2022; 9(2):1-10.

18. Philip Wireklint. Factors associated with knowledge of self -management worsening asthma in primary care patients: a cross - sectional study. Journal of Asthma 2021; 58(8):1087-1093.

Khảo sát tỉ lệ trào ngược dạ dày - thực quản và các yếu tố liên quan ở sinh viên Cao đẳng Y tế Huế

Hồ Thị Kim Ngân*, Nguyễn Yến Nhi, Đặng Thị Trinh, Văn Hải Anh
Trường Cao đẳng Y tế Huế

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Kim Ngân. Email: htkngan@cdythue.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 04/9/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 28/9/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (TNDD-TQ) là hiện tượng do các chất trong dạ dày trào ngược lên thực quản gây các triệu chứng khó chịu và giảm chất lượng cuộc sống.

Mục tiêu: 1. Khảo sát tỉ lệ hiện mắc và đặc điểm lâm sàng bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở sinh viên Cao đẳng Y tế Huế; 2. Tìm một số yếu tố liên quan đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 1028 sinh viên Cao đẳng Y tế Huế từ tháng 5/2024 - 6/2025 với điểm GERD-Q ≥ 8 được chẩn đoán là mắc bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.

Kết quả: Trong 1028 sinh viên tham gia, tỉ lệ mắc bệnh là 15,8%. Về đặc điểm lâm sàng theo GERD-Q, ở 162 sinh viên mắc bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, có triệu chứng ợ chua/trớ 89,5%, ợ nóng 70,4%; khó ngủ về đêm do ợ nóng/trớ 68,5%, đau bụng vùng thượng vị 54,3%, buồn nôn 50,6%, cần sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng, ợ trớ 37%. Các yếu tố liên quan đến bệnh gồm: nhóm ngành, quê quán, thói quen ăn chua, cay, uống nước ngọt có gas, bỏ bữa sáng, ăn tối muộn/ăn bữa phụ trước khi ngủ trong vòng 2 giờ, số giờ ngủ vào ban đêm, mất ngủ, sử dụng thuốc NSAIDs, căng thẳng, lo âu có liên quan với bệnh trào ngược dạ dày - thực quản ($p < 0,01$).

Kết luận: Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản, là bệnh rối loạn về tiêu hóa, với các triệu chứng thường gặp nhất là ợ chua/trớ, và ợ nóng. Một số thói quen về ăn, uống, và chế độ sinh hoạt ngủ nghỉ, căng thẳng và lo âu có ảnh hưởng đến bệnh trào ngược dạ dày - thực quản.

Từ khoá: GERD, sinh viên.

Prevalence of Gastroesophageal reflux disease and related factors among students at Hue Medical College

Ho Thi Kim Ngan*, Nguyen Yen Nhi, Dang Thi Trinh, Van Hai Anh
Hue Medical College

Abstract

Background: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a condition in which stomach contents flow back into the esophagus, causing uncomfortable symptoms and reducing quality of life. Objectives: This research was to evaluate the prevalence, characteristics of GERD based on the GERD-Q, and to identify related factors.

Materials and methods: The cross-sectional study was conducted on 1028 full-time students at Hue Medical College from May 2024 to May 2025. The survey tool used was the GERD-Q questionnaire, with a cut-off score of ≥ 8 indicating a diagnosis of GERD.

Results: Among 1028 participating students, the prevalence of GERD was 15.8%. Regarding clinical characteristics based on the GERD-Q, among 162 students diagnosed with GERD: 89.5% experienced acid regurgitation or sour belching, 70.4% had heartburn, 68.5% reported nighttime sleep disturbances due to heartburn or regurgitation, 54.3% had epigastric pain, 50.6% experienced nausea, 37% needed to use medication to relieve heartburn and regurgitation symptoms. Factors related to the disease include field of study, hometown, consumption of sour and spicy foods, drinking carbonated soft drinks, skipping breakfast, having a late dinner or eating snacks within 2 hours before bedtime, number of sleeping hours at night,

insomnia, use of NSAIDs, stress, and anxiety, all of which were significantly associated with GERD ($p < 0.01$).

Conclusion: GERD is a gastrointestinal disorder, with the most common symptoms being acid regurgitation and heartburn. Certain dietary habits, lifestyle factors such as sleep patterns, as well as stress and anxiety, have an impact on the development of GERD.

Keyword: GERD, student.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày- thực quản (GERD: Gastroesophageal Reflux Disease) là hiện tượng các chất trong dạ dày như dịch vị và thức ăn trào ngược lên thực quản gây nên triệu chứng khó chịu như ợ chua, ợ nóng,... về lâu dài gây ra những biến chứng như viêm, loét, hẹp thực quản, thực quản Barrett, thậm chí là ung thư thực quản. Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (TNDD-TQ) là một rối loạn tiêu hóa thường gặp ở mọi lứa tuổi và có thể ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Trên thế giới có khoảng 825,6 triệu người mắc GERD toàn cầu vào năm 2021 [1], tỉ lệ bệnh cao ở các nước Châu Âu và Châu Mỹ còn châu Á có tỉ lệ thấp hơn [2]. Tại Việt Nam hiện chưa có dữ liệu cụ thể về tỉ lệ bệnh TNDD-TQ trong các báo cáo toàn cầu.

Việc chẩn đoán GERD chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, nội soi và đo pH thực quản. Tuy nhiên, các phương pháp này thường tốn kém, xâm lấn và không dễ áp dụng rộng rãi trong cộng đồng. Do đó, nhu cầu về một công cụ sàng lọc đơn giản, hiệu quả và dễ sử dụng là rất cần thiết. Bộ câu hỏi GERD-Q (Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire) được phát triển nhằm đánh giá các triệu chứng liên quan đến GERD một cách nhanh chóng và có hệ thống. GERD-Q đã được sử dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia và chứng minh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong việc hỗ trợ chẩn đoán GERD [3].

Các nghiên cứu về GERD trong cộng đồng Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt ở đối tượng sinh viên. Sự thiếu hiểu biết về bệnh, sự chủ quan duy trì thói quen trong lối sống sinh hoạt hằng ngày thiếu lành mạnh và những rối loạn về tâm lý là những yếu tố nguy cơ xuất hiện triệu chứng GERD; Do đó với mục đích tầm soát để phát hiện sớm những sinh viên (SV) mắc bệnh này và tìm ra các yếu tố nguy cơ của bệnh để khuyến cáo, tư vấn cho sinh viên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ hiện mắc, đặc điểm lâm sàng theo GERD-Q và tìm một số yếu tố liên quan đến bệnh trào ngược dạ dày thực quản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên cao đẳng y tế Huế đang học tại trường Cao đẳng Y tế Huế từ tháng 5/2024 - 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên cao đẳng bao gồm

các ngành Dược, Điều dưỡng, Hộ sinh, Chăm sóc sắc đẹp, Kỹ thuật xét nghiệm y học.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên đã được chẩn đoán có bệnh viêm loét dạ dày tá tràng, nhiễm *Helicobacter pylori*, Barrett thực quản, có thai, nghỉ học tạm thời trong thời gian nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu, không trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bộ câu hỏi khảo sát (thiếu ≥ 1 câu hỏi).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu cần tìm

Z: Hệ số tương ứng với độ tin cậy (là 1,96 độ tin cậy 95%)

d: Sai số mong muốn ($d = 0,05$) [4].

Với chọn $p = 0,449$ (theo nghiên cứu của tác giả Phạm Vũ Hạnh Dung có 44,9% sinh viên có TNDD-TQ, tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 380$). Thực tế đã tiến hành phương pháp chọn mẫu toàn bộ với cỡ mẫu là 1028. Việc lấy mẫu toàn bộ giúp tăng độ chính xác của kết quả, giảm sai số chọn mẫu và phản ánh đặc điểm quần thể một cách đầy đủ hơn.

2.2.3. Nội dung/chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới, năm học, ngành học, quê quán, nơi ở, BMI, tình trạng tâm lý.

- Xác định tỉ lệ hiện mắc bệnh TNDD-TQ và đặc điểm lâm sàng theo GERD-Q

+ Xác định số lượng hiện mắc bệnh TNDD-TQ (với điểm GERD-Q ≥ 8).

+ Tỉ lệ sinh viên mắc bệnh TNDD-TQ:

$$\frac{\text{Số lượng sinh viên mắc bệnh TBDD-TQ}}{\text{Tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu}} \times 100\%$$

+ Xác định số lượng và tỉ lệ các đặc điểm lâm sàng theo GERD-Q.

- Tìm một số yếu tố liên quan với bệnh TNDD-TQ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) như: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, chế độ ăn uống, ngủ, sinh hoạt, tiền căn gia đình, tình trạng tâm lý.

- Công cụ thu thập số liệu: Bảng câu hỏi gồm 50 câu, gồm 3 phần:

+ Phần 1: Thông tin chung (bao gồm giới tính, năm học, ngành học, quê quán, nơi ở hiện tại, chỉ số khối cơ thể BMI).

+ Phần 2: Bảng câu hỏi gồm 50 câu, chia làm 3 phần trong đó thang đo GERD-Q gồm có 6 câu hỏi về triệu chứng của bệnh TNDD-TQ. Bảng GERD-Q có độ tin cậy cao với hệ số Cronbach's α của GERD-Q là 0,81 đối với bệnh nhân và 0,90 đối với đối chứng khỏe mạnh [5], nên được nhiều tác giả sử dụng trong chẩn

đoán bệnh nghiên cứu gần đây [6-9].

Thang đo GERD-Q gồm 6 mục: 4 câu về triệu chứng thường gặp của GERD (1, 2, 5, 6) mức tần suất càng cao, điểm càng cao (0 $\rightarrow$ 3); Và 2 câu về triệu chứng không đặc hiệu (3, 4) mức tần suất càng cao, điểm càng thấp (điểm được đảo ngược: 3 $\rightarrow$ 0). Sau khi khảo sát kết quả được mã hóa thành điểm (Bảng 1), sau đó tính tổng điểm của bảng GERD-Q, với điểm GERD-Q $\geq$ 8 được chẩn đoán mắc bệnh TNDD-TQ [6, 10].

Bảng 1. Bảng GERD-Q (phiên bản tiếng Việt)

“Hãy nhớ lại các triệu chứng trong 7 ngày vừa qua và chọn câu trả lời đúng nhất”

Số ngày có triệu chứng trong 7 ngày vừa qua	0 ngày	1 ngày	2 - 3 ngày	4 - 7 ngày
Bạn có thường xuyên có cảm giác nóng rát vùng giữa ngực (sau ức) không?	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bạn có thường xuyên có cảm giác ợ nước chua hoặc thức ăn từ dạ dày lên cổ họng hoặc miệng không?	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bạn có thường xuyên bị đau bụng vùng trên rốn hay không?	3 điểm	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Bạn có thường hay buồn nôn không?	3 điểm	2 điểm	1 điểm	0 điểm
Bạn có thường xuyên khó ngủ về đêm do cảm giác nóng rát giữa ngực và/hoặc ợ chua không?	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bạn có thường xuyên sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng và hoặc trào ngược	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm

- Phần 3: Khảo sát các yếu tố liên quan của BTNDD-TQ bao gồm:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

+ Hành vi lối sống

+ Tiền sử gia đình mắc bệnh BTNDD-TQ, tiền sử dùng thuốc có nguy cơ gây trào ngược dạ dày - thực quản trong 2-4 tuần gần đây.

Các câu hỏi khảo sát gồm các câu hỏi có/không, câu hỏi xếp loại và câu hỏi nhiều lựa chọn theo thang điểm Likert thang 5.

+ Yếu tố tâm lý: sử dụng thang đo DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21). Hệ số tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo DASS-21 là 0,826 chứng minh đây là công cụ có độ tin cậy cao, phù hợp với mô hình nghiên cứu sức khỏe tâm thần của SV thuộc mẫu quan sát [11]. DASS-21 (phiên bản tiếng Việt) gồm 21 câu hỏi, trong đó gồm 3 vấn đề liên quan tâm lý là: trầm cảm, lo âu và stress, đối tượng nghiên cứu trả lời về tình trạng mà mình cảm thấy trong vòng 2 tuần vừa qua trên thang điểm 4 mức độ 0, 1, 2, 3 theo tần suất xuất hiện từ “chưa bao giờ” đến “hầu hết hoặc tất cả thời gian”. Đối tượng nghiên cứu sẽ trả lời các câu hỏi khảo sát trong DASS-21 (mỗi vấn đề gồm 7 câu hỏi), sau đó tính điểm mỗi vấn đề (căng thẳng, trầm cảm, lo âu), rồi so sánh điểm số với bảng kết quả được cung cấp sẵn để đánh giá mức độ căng thẳng, trầm cảm, lo âu [11, 12].

Bộ công cụ khảo sát sử dụng khảo sát đã được nhóm nghiên cứu thử nghiệm và đạt độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's Alpha, đạt giá trị 0,71 [13].

2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Thiết kế bảng câu hỏi bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, GERD-Q và các yếu tố liên quan bằng sử dụng Google Forms để thu thập số liệu và sau đó gửi đường links cho toàn bộ sinh viên thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Bước 1: Tập hợp danh sách sinh viên, cố vấn học tập của các khối lớp cao đẳng ngành điều dưỡng, dược, xét nghiệm, hộ sinh, chăm sóc sắc đẹp là sinh viên năm 1, 2 và 3 từ phòng Đào tạo - công tác HSSV.

- Bước 2: Tập huấn điều tra viên hiểu rõ cách đánh giá triệu chứng chính, lập kế hoạch về thời gian địa điểm khảo sát.

- Bước 3: Chọn ngẫu nhiên 30 sinh viên và gửi đường links câu hỏi Google Forms để sinh viên trả lời, tổng hợp số liệu và kiểm định bộ câu hỏi và chỉnh sửa để hoàn thành bộ câu hỏi chính thức.

- Bước 4: Khảo sát toàn bộ sinh viên (loại trừ những sinh viên đã khảo sát thử nghiệm bộ câu hỏi). Nhóm nghiên cứu căn cứ vào lịch học của sinh viên để lập kế hoạch gặp trực tiếp sinh viên tại lớp học vào giờ giải lao và tiến hành khảo sát.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng thống

kê mô tả để trình bày tần số, tỉ lệ % đặc điểm đối tượng nghiên cứu, triệu chứng theo GERD-Q và tỉ lệ mắc bệnh TNDD-TQ. Các yếu tố liên quan được kiểm định bằng χ^2 . Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2024 đến tháng 6/2025

tại trường Cao đẳng Y tế Huế.

2.2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Đề tài đã được Trường Cao đẳng Y tế thông qua đề cương Nghiên cứu khoa học và Sáng kiến kinh nghiệm năm 2024 (QĐ số 164/QĐ-CDYT ngày 18 tháng 6 năm 2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

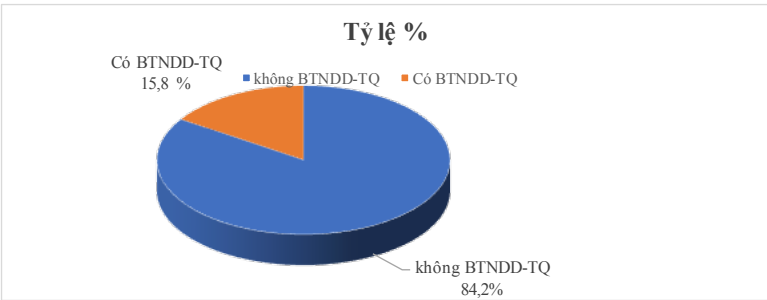
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm (n = 1028)	Số lượng	%
Giới tính	Nam	119	11,6
	Nữ	909	88,4
Năm học	Thứ 1	385	37,5
	Thứ 2	313	30,4
	Thứ 3	330	32,1
Ngành học	Điều dưỡng	405	39,4
	Dược	523	50,9
	Xét nghiệm	64	6,2
	Hộ sinh	10	1,0
	Chăm sóc sắc đẹp	26	2,5
Quê quán	Thành phố Huế	591	57,5
	Ngoại tỉnh	437	42,5
Nơi ở hiện tại	Ở chung với bố mẹ/gia đình người thân	507	49,3
	Ở riêng	521	50,7
BMI	Thiếu cân (< 18,5)	192	18,7
	Bình thường (18,5 - 22,9)	728	70,8
	Thừa cân, béo phì ($\geq 23,0$)	108	10,5

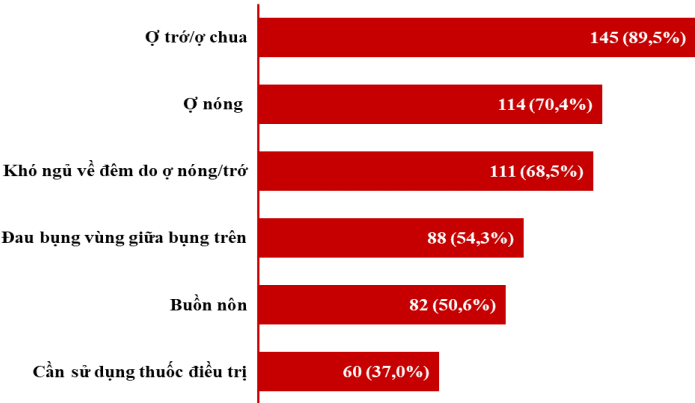
Nữ chiếm tỉ lệ 88,4%, gấp khoảng 8 lần SV nam. Số lượng SV phân bố tương đối đồng đều ở các năm học. Hai ngành học chiếm tỉ lệ cao: ngành dược 50,9% và ngành điều dưỡng 39,4%. Tỉ lệ SV ở chung với bố mẹ/gia đình người thân gần tương đương nhau (49,3% và 50,7%). Tỉ lệ thiếu cân chiếm 18,7% và tỉ lệ sinh viên béo phì là 10,5%.

3.2. Tỉ lệ hiện mắc bệnh trào ngược dạ dày thực quản và đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo GERD-Q



Biểu đồ 1. Tỉ lệ hiện mắc bệnh TNDD-TQ

Có 1028 sinh viên tham gia nghiên cứu, có 119 SV nam (tỉ lệ 11,6%) và 909 SV nữ (chiếm 88,4%). Trong đó có 162 SV mắc bệnh TNDD-TQ chiếm 15,8% (với GERD-Q ≥ 8), và 866 SV không có bệnh TNDD-TQ chiếm 84,2% (với GERD-Q < 8).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh TNDD – TQ khai thác theo bảng GERDQ

Ở nhóm bệnh TNDD-TQ (162 SV), triệu chứng thường gặp nhất là ợ chua/trớ chiếm 89,5%, triệu chứng xuất hiện nhiều thứ hai là ợ nóng (70,4%); Đây là 2 triệu chứng điển hình của bệnh TNDD-TQ, tiếp theo các triệu chứng khó ngủ về đêm do ợ nóng/ trớ với 68,5%, đau bụng vùng giữa bụng trên/ thượng vị (54,3%), buồn nôn (50,6%), cần sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ trớ và ợ nóng (37%).

Bảng 3. Độ thường xuyên tuần qua của triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh TNDD-TQ

Triệu chứng	Tần suất xuất hiện trong tuần qua			
	0 ngày	1 ngày	2-3 ngày	4-7 ngày
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ợ nóng	48 (29,6)	45 (27,8)	37 (22,8)	32 (19,8)
Ợ chua/trớ	17 (10,5)	43 (26,5)	61 (37,7)	41 (25,3)
Đau bụng vùng giữa bụng trên	74 (45,7)	28 (17,3)	34 (21,0)	26 (16,0)
Buồn nôn	80 (49,4)	33 (20,4)	22 (13,6)	27 (16,7)
Khó ngủ về đêm do ợ nóng/trớ	51 (31,5)	44 (27,2)	37 (22,8)	30 (18,5)
Cần sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng, ợ trớ	102 (63,0)	22 (13,6)	17 (10,5)	21 (13,0)

Tỷ lệ SV có triệu chứng ợ nóng xuất hiện lần lượt 1 ngày/tuần, 2 - 3 ngày/tuần, 4 - 7 ngày/tuần lần lượt là 27,8%, 22,8%, 19,8%. Như vậy tần suất 1 ngày/tuần chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên với các tần suất 2 - 3 ngày/tuần và 4 - 7 ngày/tuần tỷ lệ cũng không chênh lệch nhiều. Đối với triệu chứng ợ chua, tần suất 2 - 3 ngày/tuần chiếm 37,7% có tỷ lệ cao nhất, còn 1 ngày/tuần là 26,5% và 4 - 7 ngày/tuần là 25,3% gần tương đương nhau. Chiếm tỷ lệ cao nhất: triệu chứng đau bụng vùng giữa bụng trên 2 - 3 ngày/tuần là 21,0% và triệu chứng buồn nôn 1 ngày/tuần chiếm 20,4%, khó ngủ về đêm là 27,2%, tuy nhiên ở mức độ triệu chứng xuất hiện dày trong tuần 4 - 7 ngày cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể.

3.3. Yếu tố liên quan với bệnh trào ngược dạ dày - thực quản

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến bệnh TNDDTQ (n = 1028)

Đặc điểm		Bệnh TNDD-TQ, n (%)		Tổng	p
		Có (n = 162)	Không (n = 866)		
Đặc điểm chung					
Giới tính	Nam	20 (16,8)	99 (83,2)	119	0,739
	Nữ	142 (15,6)	767 (84,4)	909	

Năm học	Năm 1	62 (16,1)	323 (83,9)	385	0,814
	Khác	100 (15,6)	543 (84,4)	643	
Nhóm ngành	Điều dưỡng/Hộ sinh	62 (14,9)	353 (85,1)	415	<0,001
	Dược	73 (14,0)	450 (86,0)	523	
	Xét nghiệm/CSSĐ	27 (30,0)	63 (70,0)	90	
Quê quán	Thành phố Huế	75 (12,7)	516 (87,3)	591	0,002
	Nơi khác	87 (19,9)	350 (80,1)	437	
Nơi ở	Ở cùng gia đình	81 (16,0)	426 (84,0)	507	0,850
	Ở riêng	81 (15,5)	440 (84,5)	521	
BMI (kg/m²)	< 23	140 (15,2)	780 (84,8)	920	0,164
	≥ 23	22 (20,4)	86 (79,6)	108	
Hành vi, lối sống					
Ăn chua	Có	43 (39,1)	67 (60,9)	110	< 0,001
	Không	119 (13,0)	779 (87,0)	918	
Ăn cay	Có	78 (20,6)	300 (79,4)	378	< 0,001
	Không	84 (12,9)	566 (87,1)	650	
Ăn nhanh	Có	35 (18,0)	159 (82,0)	194	0,333
	Không	127 (15,2)	707 (84,8)	834	
Uống cà phê/ trà	Có	21 (17,9)	96 (82,1)	117	0,253
	Không	141 (15,5)	770 (84,5)	911	
Uống nước ngọt có gas	Có	46 (32,4)	96 (67,6)	142	< 0,001
	Không	116 (13,1)	770 (86,9)	886	
Ăn nhiều chất xơ	Có	48 (15,3)	265 (84,7)	313	0,805
	Không	114 (15,9)	601 (84,1)	715	
Bỏ bữa ăn sáng	Có	67 20,3)	263 (79,7)	330	< 0,001
	không	95 (13,5)	603 (86,4)	698	
Ăn tối muộn (sau 21 giờ)/ăn bữa phụ trước khi ngủ ≤ 2 giờ	Có	53(26,2)	149 (73,8)	202	< 0,001
	Không	109 (13,2)	717 (86,8)	826	
Số giờ ngủ ban đêm	≤ 7 giờ	133 (18,8)	574 (81,2)	707	< 0,001
	> 7 giờ	29 (9,0)	292 (91,0)	321	
Mất ngủ	Có	56 (35,0)	104 (65,0)	160	< 0,001
	Không	106 (12,2)	762 (87,8)	868	

Hút thuốc lá	Có	0 0(00,0)	15 (100,0)	15	0,092
	Không	162 (16,0)	851 (84,0)	1013	
Tiền sử					
Gia đình có người bệnh TNDD-TQ	Có	47 (19,6)	193 (80,4)	240	0,063
	Không	115 (14,6)	673 (85,4)	788	
Sử dụng thuốc NSAIDs	Có	29 (31,9)	62 (68,1)	91	< 0,001
	Không	133 (14,2)	804 (85,8)	937	
Yếu tố tâm lý					
Căng thẳng	Có	69 (28,6)	172 (71,4)	241	< 0,001
	Không	93 (11,8)	694 (88,2)	787	
Trầm cảm	Có	66 (20,0)	264(80,0)	330	0,010
	Không	96 (13,8)	602 (86,2)	698	
Lo âu	Có	118 (27,3)	314 (72,7)	432	< 0,001
	Không	44 (7,4)	552 (92,6)	596	

Các yếu tố liên quan đến bệnh gồm: nhóm ngành, quê quán, thói quen ăn chua, cay, uống nước ngọt có gas, bỏ bữa sáng, ăn tối muộn/ăn bữa phụ trong vòng 2 giờ trước khi ngủ, số giờ ngủ vào ban đêm, mất ngủ, sử dụng thuốc NSAIDs, căng thẳng, lo âu có liên quan với bệnh TNDD-TQ (với $p < 0,01$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, năm học, nơi ở, chỉ số BMI, ăn nhanh, ăn nhiều chất xơ, hút thuốc lá, gia đình có người mắc bệnh TNDD-TQ và trầm cảm (với $p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả Bảng 2, cho thấy trên 1028 SV, trong đó SV nữ chiếm tỉ lệ 88,4%, gấp gần 8 lần SV nam (11,6%), đây là đặc điểm đặc thù chung của các ngành đào tạo tại trường có số lượng sinh viên nữ theo học cao như ngành điều dưỡng, ngành hộ sinh, chăm sóc sắc đẹp, kể cả ngành dược; kết quả này gần tương đồng với các nghiên cứu Trần Vũ Hà My và cộng sự ở Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định nữ chiếm 87,6% [14], Trần Thái Phúc nghiên cứu (NC) ở đối tượng SV điều dưỡng tại Đại học Y Dược Thái Bình, tỉ lệ nữ chiếm 90,4% [15].

Số lượng SV phân bố tương đối đồng đều ở các năm học, vì trong ba năm học liên tục nhà trường có tỉ lệ tuyển sinh ổn định. Hai ngành học chiếm tỉ lệ cao: ngành dược 59,9% và ngành điều dưỡng 39,4%, đây là hai ngành được miễn giảm 70% học phí và nhu cầu xã hội đang cần. Tỉ lệ SV ở chung với bố mẹ/ gia đình người thân (49,3%) và ở riêng (50,7%) gần tương đương nhau, cũng hợp lí với tỉ lệ sinh viên ở ngoại tỉnh 42,3% qua tìm hiểu một số sinh viên ngoại tỉnh ở chung với gia đình người thân ở thành phố Huế. Về chỉ số BMI: tỉ lệ thiếu cân và thừa cân lần lượt chiếm tỉ lệ là 18,7% và 10,5%; qua tìm hiểu chúng tôi thấy một số sinh viên có thói quen nhịn ăn

sáng, ăn không đúng bữa hoặc là có thói quen uống nước ngọt, ít hoạt động thể lực. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thái Phúc ở sinh viên điều dưỡng Trường đại học Y Dược Thái Bình có tỉ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 30,1%; Thừa cân - béo phì là 5,8% [15]. Tác giả không xác định tỉ lệ SV thiếu cân nhưng với tình trạng thiếu năng lượng trường diễn 30,1% thì chắc chắn đây là nguyên nhân dẫn đến nhẹ cân. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Ánh Hồng ở sinh viên Khoa y tế Công cộng Đại học Y dược Cần Thơ: Tỉ lệ thừa cân béo phì ở sinh viên chiếm 20% trong đó thừa cân là 11,1%; béo phì 8,9% [16], tỉ lệ này là cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Tỉ lệ mắc bệnh trào ngược dạ dày - thực quản và đặc điểm lâm sàng theo GERD-Q ở nhóm có bệnh trào ngược dạ dày - thực quản

Biểu đồ 1 cho biết tỉ lệ SV có bệnh TNDD-TQ là 15,8%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Ahmed ở SV đại học Shaqra, Ả Rập Saudi là 22,6% [7], Abhilasha Sharma nghiên cứu trên 600 sinh viên y ở Ấn độ là 25% [8], của tác giả Mohamed Baklola ở SV y khoa ở Ai cập, có 17,1% có bệnh TNDD-TQ [17]. Sự chênh lệch tỉ lệ có bệnh TNDD-TQ ở mức độ tương đối, có thể do khác nhau về đối tượng nghiên cứu, về đặc điểm lối sống, môi trường học tập, đặc điểm về môi trường xã hội, vị trí địa lý, v.v... Nghiên

cứu của tác giả Phạm Vũ Hạnh Dung [9], tỉ lệ mắc bệnh TNDD-TQ là 44,9%, tỉ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, do khác nhau về đối tượng nghiên cứu, về tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh.

Theo kết quả Biểu đồ 2, ở nhóm bệnh TNDD-TQ (162 SV), triệu chứng thường gặp nhất là ợ chua/trớ có 145 SV (89,5%), triệu chứng xuất hiện nhiều thứ hai là ợ nóng 114 SV (70,4%); Ợ chua và ợ nóng là hai triệu chứng phản ánh trực tiếp và rõ ràng nhất quá trình trào ngược acid từ dạ dày lên thực quản, đây là 2 triệu chứng điển hình của GERD, tiếp theo các triệu chứng khó ngủ về đêm do ợ nóng/trớ 111 SV (68,5%), đau bụng vùng giữa bụng trên gồm 88 SV (54,3%), buồn nôn gồm 82 SV (50,6%), cần sử dụng thuốc điều trị 60 SV (37%). Theo kết quả của nghiên cứu chúng tôi thì hai triệu chứng điển hình là ợ nóng và ợ chua chiếm tỉ lệ cao nhất (2/6 GERD-Q) tương đồng với nhóm SV y khoa [9] nhưng tỉ lệ có triệu chứng ợ nóng thấp hơn NC của chúng tôi, ợ chua/trớ lại chiếm tỉ lệ cao nhất, có thể mức độ tổn thương thực quản ở nhóm này không cao như ở nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả Bảng 3, cho biết đặc điểm lâm sàng của bệnh TNDD-TQ theo GERD-Q. Về tần suất xuất hiện triệu chứng trong tuần qua ở 162 sinh viên có BTNDD-TQ, tỉ lệ có triệu chứng ợ nóng xuất hiện lần lượt 1 ngày/tuần, 2 - 3 ngày/tuần, 4 - 7 ngày/tuần lần lượt là 27,8%, 22,8%, 19,8%. Như vậy tần suất 1 ngày/tuần chiếm tỉ lệ cao nhất, tuy nhiên với các tần suất 2 - 3 ngày/tuần và 4 - 7 ngày/tuần tỉ lệ cũng không chênh lệch nhiều, đây là con số cần được quan tâm, vì triệu chứng ợ nóng xuất hiện tần suất cao trong tuần thì khả năng tổn thương thực quản càng lớn; Triệu chứng khó ngủ về đêm gần tương đồng với tỉ lệ ợ nóng ở mỗi tần suất/ tuần. Chứng tỏ ợ nóng ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ của sinh viên có bệnh TNDD-TQ. Các triệu chứng đau bụng vùng giữa bụng trên 2 - 3 ngày/tuần là 21,0% và triệu chứng buồn nôn 1 ngày/tuần chiếm 20,4%, hai triệu chứng này không đặc thù của bệnh TNDD-TQ mà cũng có thể triệu chứng của những bệnh khác (ví dụ như viêm loét dạ dày tá tràng). Do triệu chứng ợ nóng và khó ngủ về đêm nên SV cần sử dụng thuốc để điều trị ợ nóng, ợ trớ với 1 ngày/tuần, 2 - 3 ngày/tuần, 4 - 7 ngày/tuần lần lượt là 13,6%, 10,5%, 13,0% là điều cần thiết đối với sinh viên.

4.3. Yếu tố liên quan với trào ngược dạ dày - thực quản

Theo kết quả ở Bảng 4, có mối liên quan giữa bệnh TNDD-TQ với nhóm ngành học và quê quán có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Về nhóm ngành xét nghiệm và chăm sóc sắc đẹp, ở nhóm ngành này quan sát thấy có đa số sinh viên có số tuổi lớn tuổi hơn các nhóm

ngành khác đồng thời SV ngành chăm sóc sắc đẹp một số SV vừa học vừa làm thêm bên ngoài nên có thể đó là những yếu tố làm cho tỉ lệ mắc bệnh cao hơn. Về quê quán thì tỉ lệ SV ở tỉnh khác/nơi khác có tỉ lệ mắc BTNDD-TQ (19,9%) cao hơn sinh viên thuộc thành phố Huế (12,7%), có thể do SV nơi khác có những điều kiện về sinh hoạt ăn uống không được tốt như SV tại thành phố Huế do phải sống xa gia đình. Theo kết quả NC của tác giả Abhilasha Sharma và cộng sự, ghi nhận chỉ số BMI > 23 , năm cuối của khóa học liên quan đáng kể đến GERD ($p < 0,05$) [8], đây là điểm khác với NC của chúng tôi, có khả năng SV của họ có mức độ béo phì cao hơn SV của chúng tôi.

Bảng 4, cho thấy về thói quen ăn chua, ăn cay, uống nước ngọt có gas, bỏ bữa ăn sáng, ăn bữa tối trễ/ăn thêm bữa phụ trước khi ngủ là các yếu tố nguy cơ của bệnh TNDD-TQ (với $p < 0,01$); Thói quen ăn chua, cay là một trong những thói quen của người miền Trung (phần lớn SV ở miền Trung), thói quen uống nước ngọt có gas giữa giờ học, qua tìm hiểu chúng tôi được biết có một số sinh viên đi làm thêm vào buổi tối nên thường ăn không đúng giờ/trễ, hoặc bỏ bữa sáng do ngủ dậy muộn, đây là những thói quen không tốt dễ làm tăng tiết dịch dạ dày, đầy hơi làm giãn cơ vòng thực quản dưới, ứ đọng thức ăn ở dạ dày...dễ xuất hiện GERD. Số giờ ngủ vào ban đêm, mất ngủ có liên quan với bệnh TNDD-TQ ý nghĩa thống kê với (với $p < 0,01$), đây là một yếu tố hay gặp ở người trẻ như sinh viên có thói quen thức khuya, mất ngủ cũng là một trong những nguyên nhân và cũng là triệu chứng của bệnh TNDD-TQ. Ở nghiên cứu này, chưa tìm thấy sự liên quan giữa bệnh TNDD-TQ với hút thuốc lá (với $p > 0,05$) và uống trà/cà phê vì đa số là SV nữ chiếm 98,5% (1013/1028 = 98,5%). Tương đồng với các NC: Tác giả Abhilasha Sharma ghi nhận các yếu tố thiếu ngủ, ngủ trong vòng một giờ sau khi ăn tối, thường xuyên bỏ bữa sáng có liên quan đáng kể đến GERD ($p < 0,05$) [16], tương đồng với tác giả Karthik RC NC trên 263 sinh viên y khoa, ghi nhận bỏ bữa có sự liên quan giữa BTNDD-TQ ($p < 0,05$) [20].

Ở một số nghiên cứu cũng đã ghi nhận trong số các yếu tố: hút thuốc, thói quen uống cà phê, uống rượu, ăn nhanh và tiền sử gia đình mắc bệnh BTNDD-TQ là những yếu tố nguy cơ của triệu chứng GERD [8, 9, 17, 18, 20] nhưng ở NC này chúng tôi chưa tìm thấy. Sự chưa tương đồng này có thể giải thích là do khác nhau về đối tượng nghiên cứu, về yếu tố khảo sát, về môi trường sống, về lối sống sở thích về ăn uống, về địa lý, v.v... Về yếu tố sử dụng thuốc giảm đau không steroid (NSAIDs) nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận liên quan đến bệnh có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$), tương đồng với kết quả nghiên cứu của

Abhilasha Sharma [8].

Bảng 4, cho thấy có mối liên quan giữa căng thẳng, lo âu với bệnh TNDD-TQ với $p < 0,01$; Tương đồng kết quả với NC của các tác giả Phạm Vũ Hạnh Dung [9] và NC của Ghasem B [21] trên đối tượng sinh viên y khoa, NC của tác giả Mohamed cũng ghi nhận căng thẳng và lo âu cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh TNDD-TQ và Bảng 4 cũng cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm với bệnh TNDD-TQ tương tự như các nghiên cứu khác [9, 17, 21].

Hạn chế trong nghiên cứu: Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ chẩn đoán bệnh TNDD-TQ dựa trên triệu chứng lâm sàng theo GERD-Q mà không thực hiện các phương pháp cận lâm sàng để xác định chính xác và mức độ bệnh TNDD-TQ, cũng như tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori* ở sinh viên, do đó độ chính xác về chẩn đoán bệnh TNDD-TQ còn hạn chế.

5 KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận: Tỷ lệ SV hiện mắc BTNDD-TQ là 15,8%

(162/1028), trong đó nam 16,8%, nữ 15,6%. Về đặc điểm lâm sàng theo GERD- Q, ở 162 SV mắc BTNDD-TQ, có triệu chứng ợ chua/trớ 89,5%, ợ nóng 70,4%; khó ngủ về đêm do ợ nóng/trớ 68,5%, đau bụng vùng thượng vị 54,3%, buồn nôn 50,6%, cần sử dụng thuốc điều trị triệu chứng ợ nóng, ợ trớ 37%. Các yếu tố liên quan đến bệnh gồm: nhóm ngành, quê quán, thói quen ăn, uống, ngủ; sử dụng thuốc NSAIDs, căng thẳng, lo âu có liên quan với bệnh TNDD-TQ ($p < 0,01$).

Kiến nghị: Đối với những sinh viên có triệu chứng GERD như ợ trớ, ợ nóng cần đến cơ sở y tế để được thăm khám và làm các xét nghiệm cận lâm sàng giúp chẩn đoán chính xác bệnh, mức độ tổn thương và điều trị bệnh ngăn ngừa biến chứng. Tránh những yếu tố nguy cơ của bệnh TNDD-TQ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả khẳng định không tồn tại bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu, tác giả và nhà xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mo Y, Liu L, Cao W, Gong Y, Wu X, Lin Z, Pan A. Global, regional, and national burden of gastroesophageal reflux disease (1990-2021): age-period-cohort analysis and Bayesian projections. [GBD Study]. 2025.
2. Quách Trọng Đức. GERD ở châu Á: những thay đổi về chiến lược chẩn đoán và điều trị. Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 37 chương trình đào tạo y khoa liên tục trực tuyến chuyên ngành Nội tổng quát; 2021.
3. Simadibrata M, Manurung N, Rani N. Diagnostic accuracy of gastroesophageal reflux disease questionnaire for gastroesophageal reflux disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;e14619.
4. OpenStax. A population proportion. In: Statistics [Internet]. Section 8.3. OpenStax; 2020 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://openstax.org/books/statistics/pages/8-3-a-population-proportion>
5. Pérez A, Zavala-Gonzales MA, Azamar-Jácome AA, Meixueiro-Daza A, Ramos A, Reyes-Huerta J, et al. Validation and diagnostic usefulness of gastroesophageal reflux disease questionnaire in a primary care level in Mexico. *J Neurogastroenterol Motil*. 2014;20(4):475-482.
6. Nguyễn Chí Tùng, Nguyễn Viết Lợi, Hồ Ngọc Diệp. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng bệnh trào ngược dạ dày thực quản có tổn thương thực quản. *Tạp chí Y Dược Thực hành*. 2022;(32):12-17.
7. Ahmed HAA, Yousef A, El-Kurdy R, Murad MA, Abdelwahab SM, Shiba HAA. Psychological factors, lifestyle habits, and their association with gastroesophageal reflux disease among Egyptian university students: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(47):e40477.
8. Abhilasha Sharma 1, Praveen Kumar Sharma 2, Pankaj Puri (2018). Prevalence and the risk factors of gastro-esophageal reflux disease in medical students. *Med J Armed Forces India*, 2018 Jul;74(3):250-254. doi: 10.1016/j.mjafi.2017.08.005. Epub 2017 Oct 7.
9. Phạm Vũ Hạnh Dung, Nguyễn Hữu Minh Dũng, Nguyễn Vĩ Hào, Phạm Ngọc Huy, Quý Khoa, Hồ Thị Bích Ngọc, et al. Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh trào ngược dạ dày – thực quản ở sinh viên Y khoa khóa Y2020 tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2022;26(1-CD2):30-35.
10. Jonasson C, Wernersson B, Hoff DAL, Hatlebakk JG. Validation of the GerdQ questionnaire for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;38(10):1112-1120. doi:10.1111/apt.12204.
11. Lê Thị Hồng Minh, Trần TD, Holton S, Nguyễn HT, Wolfe R, Fisher J. Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *PLoS ONE*. 2017;12(7):e0180557.
12. Trần et al. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS-21) as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013;13:24.
13. Cho E, Kim S. Cronbach's coefficient alpha: Well known but poorly understood. *Organ Res Methods*.

2015;18(2):207–230.

14. Trần Vũ Hà My, Lê Thanh Tùng, Mai Thị Hương, Lưu Thị Xuân, Nguyễn Văn Tuấn, Lê Thanh Hà. Quan điểm của sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định về môi trường thực hành lâm sàng năm 2024. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2024;7(6):146-157.

15. Trần Thái Phúc. Thực trạng dinh dưỡng của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Thái Bình năm 2023. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023;7(3):78-85. doi:10.54436/jns.2024.03.802

16. Nguyễn Lê Ánh Hồng, Nguyễn Thị Minh Tuyết, Lê Thị Kim Ánh, Lê Nguyễn Thảo Nguyên. Khảo sát tình trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan trên sinh viên khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;(61):246-252.

17. Mohamed B, Terra M, Badr A, et al. Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease and its associated risk factors among medical students: A nation-based cross-

sectional study. BMC Gastroenterol. 2023;23:269. p.1–10.

18. Essa A, Nasser A, Noureldeen IM, Ebeid I, Ebeid A, Ahmed B, et al. Gastroesophageal Reflux Disease Among Undergraduate Medical Students in Egypt: Prevalence and Risk Factors. Int J Gen Med. 2024;17:6037–6046.

19. Martinucci I, Natilli M, Lorenzoni V, et al. Gastroesophageal reflux symptoms among Italian university students: Epidemiology and dietary correlates using automatically recorded transactions. BMC Gastroenterol. 2018;18:116. p.1-9.

20. Karthik RC, Balaji SM, Arumugam B, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease among medical students in Chennai, South India. Indian J Forensic Community Med. 2017;4:199–203.

21. Ghasem B, Najmeh-sadat B. Gastroesophageal reflux disease (GERD): Prevalence and association with psychological disorders among medical sciences students. Int J PharmTech Res. 2015;8:120–130

Mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về đột quỵ não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Hà Thị Thanh Trang^{1*}, Lê Văn An², Lăng Thị Thu Xuân³

^{1,3} Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Hà Thị Thanh Trang, email: htttrang@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 05/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 09/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong thứ hai chỉ sau bệnh thiếu máu cơ tim và là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Dự báo đến năm 2030, tử vong do đột quỵ não có thể lên đến 7,8 triệu người.

Mục tiêu: 1. Khảo sát kiến thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não. 2. Xác định mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về các yếu tố nguy cơ và những biểu hiện cảnh báo của đột quỵ não của bệnh nhân tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 170 người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp và chưa có tiền sử mắc đột quỵ não trước đây.

Kết quả: tỉ lệ kiến thức đạt và không đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ não (YTNCĐQN) lần lượt là 29,4% và 70,6%. Yếu tố nguy cơ được xác định nhiều nhất là tăng huyết áp (75,9%). Tỉ lệ kiến thức đạt và không đạt về biểu hiện cảnh báo đột quỵ não (BHCĐQN) lần lượt là 51,8% và 48,2%. Biểu hiện cảnh báo đột quỵ não được xác định nhiều nhất là: đột ngột tê hoặc yếu liệt vận động nửa người (82,4%). Đa số đối tượng sử dụng nguồn thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh (63,5%), Internet là thấp nhất (4,7%).

Kết luận: Kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não còn thấp. Kiến thức thông qua kinh nghiệm từ những người bị bệnh và gia đình, bạn bè có liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức về biểu hiện cảnh báo đột quỵ. Nguồn thông tin ảnh hưởng đến kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ não là sách, báo, áp phích và gia đình, bạn bè.

Từ khóa: Đột quỵ não, yếu tố nguy cơ, biểu hiện cảnh báo, nguồn thông tin.

Relationship between information sources and knowledge about stroke in patients with hypertension at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Ha Thi Thanh Trang^{1}, Le Van An², Lang Thi Thu Xuan³*

^{1,3} Faculty of Medicine and Pharmacy, Tay Nguyen University

² Nursing Department, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Stroke is the second leading cause of death after ischemic heart disease and the most common cause of death in low- and middle-income countries. It is forecasted that by 2030, brain stroke deaths may reach 7.8 million people.

Aims: 1. To survey on knowledge about risk factors and warning signs of stroke. 2. To explore the relationship between information sources and knowledge about risk factors and warning signs of stroke in hypertensive patients.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study of 170 adults aged 18 years and older with a diagnosis of hypertension and no previous history of stroke.

Results: the rate of passing and fail knowledge about stroke risk factors was 29.4% and 70.6%, respectively. The most identified risk factor was hypertension (75.9%). The rate of passing and failing knowledge about

warning signs of stroke is 51.8% and 48.2%, respectively. The most commonly identified warning signs of stroke are: sudden numbness or weakness of hemiplegia (82.4%). The majority of subjects used information from the experience of people who were sick (63.5%), and the Internet was the lowest (4.7%).

Conclusions: Knowledge of stroke risk factors and warning signs is low. Knowledge through experience from sufferers or family and friends is statistically significantly related to knowledge of stroke warning signs. Sources of information affecting knowledge of stroke risk factors are books, newspapers, posters and family and friends.

Key words: Stroke, risk factor, warning sign, information sources.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, đột quỵ não (ĐQN) là nguyên nhân gây tử vong thứ hai chỉ sau bệnh thiếu máu cơ tim và là nguyên nhân gây tử vong phổ biến nhất ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Đột quỵ là một tình trạng bệnh lý gây ra các vấn đề nghiêm trọng về thể chất và tinh thần trên toàn thế giới [2]. Hàng năm, 15 triệu người trên toàn thế giới bị đột quỵ. Trong số đó 5 triệu người chết và 5 triệu còn lại vĩnh viễn tàn tật, đặt gánh nặng lên gia đình và cộng đồng. Dự báo đến năm 2030, tử vong do ĐQN có thể lên đến 7,8 triệu người [3].

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất của ĐQN [4]. Việc ngăn ngừa đột quỵ không chỉ được chứng minh là có thể thực hiện được mà còn được chứng minh là có hiệu quả. Khoảng 80% các cơn đột quỵ có thể được ngăn chặn khi các biện pháp phòng ngừa và hành động cần thiết được thực hiện bắt nguồn từ kiến thức về các yếu tố nguy cơ [5]. Thực tế cho thấy trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về vấn đề này nhưng chưa có sự đồng nhất về kết quả thu được giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên, các tác giả đều nhấn mạnh rằng kiến thức về ĐQN nói chung, cũng như kiến thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo ĐQN của bệnh nhân THA còn nhiều hạn chế [6]. Nghiên cứu ở Ba Lan cho thấy 42,4% người được hỏi không biết bất kỳ triệu chứng cụ thể nào của ĐQN và chỉ có 6% người tham gia có thể liệt kê hai hoặc nhiều yếu tố nguy cơ [7]. Tại Northwest Ethiopia, nghiên cứu cho thấy hầu hết bệnh nhân THA đều có kiến thức cực kỳ hạn chế về các yếu tố nguy cơ ĐQN, không biết các biểu hiện cảnh báo của nó, cụ thể 77% bệnh nhân THA không xác định được bất kỳ yếu tố nguy cơ và 77,3% không xác định được biểu hiện cảnh báo nào của ĐQN [8]. Ở Việt Nam, thực tế cho thấy đã có một số nghiên cứu về kiến thức ĐQN nhưng số lượng nghiên cứu còn tương đối khiêm tốn, nhưng những kết quả thu được như một hồi chuông báo động về kiến thức của bệnh nhân về ĐQN. Chẳng hạn như kết quả nghiên cứu trong cộng đồng tại Gia Lai năm 2016 đã chỉ ra rằng tỉ lệ người dân tham gia vào nghiên cứu có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ ĐQN chưa tới 50% và

gần 60% người dân có kiến thức không đạt về các biểu hiện cảnh báo ĐQN [6]. Vì vậy, việc nhận biết sớm các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não có vai trò quan trọng. Từ đó ảnh hưởng đến cách họ hành động khi đối mặt với những rủi ro, giúp tiếp cận dịch vụ chăm sóc kịp thời nhằm cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ tàn tật, tử vong cho bệnh nhân. Từ đó có thể giúp ngăn ngừa đột quỵ tái phát và đẩy nhanh quá trình phục hồi về thể chất và tâm lý sau đột quỵ não. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của các chương trình giáo dục, các nguồn thông tin hiệu quả có thể cải thiện đáng kể kiến thức về đột quỵ ở bệnh nhân và gia đình họ. Tuy nhiên hiện nay, còn ít nghiên cứu về tác động hiệu quả của các nguồn thông tin về kiến thức về ĐQN. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: ***"Mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về đột quỵ não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế"*** với mục tiêu:

1. Khảo sát kiến thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ của bệnh nhân tăng huyết áp
2. Xác định mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về các yếu tố nguy cơ và những biểu hiện cảnh báo của đột quỵ não của bệnh nhân tăng huyết áp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán THA theo Hội tim mạch Việt Nam [9], đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, đủ khả năng nhận thức và giao tiếp, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán THA theo Hội tim mạch Việt Nam: khi đo huyết áp phòng khám có huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg [9].

Tiêu chuẩn loại ra: bệnh nhân đã xảy ra biến chứng ĐQN, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 09/2020

đến tháng 06/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi lấy 170 bệnh nhân THA tại khoa Nội - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện tại Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng với tiêu chuẩn đề ra.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn.

Yếu tố nguy cơ ĐQN: stress, THA, tăng cholesterol máu, hút thuốc lá, bệnh tiểu đường, béo phì, uống rượu nhiều, ít vận động, tuổi cao, tiền sử gia đình có người bị ĐQN, ngưng thở khi ngủ, ô nhiễm môi trường, tiền sử bị ĐQN/TIA, bệnh mạch vành, rung nhĩ, đau nửa đầu Migraine, bệnh thận mạn tính, giới tính, chứng tắc, thời gian làm việc.

Biểu hiện cảnh báo ĐQN: Đột ngột tê hoặc yếu liệt vận động nửa người; đột ngột lú lẫn hoặc mất ý thức; đột ngột nói khó hoặc không nói được hoặc đột ngột giảm khả năng thông hiểu; đột ngột chóng mặt hoặc mất thăng bằng, đi đứng khó khăn; đột ngột giảm khả năng nhìn ở một hoặc hai mắt, đột ngột đau đầu dữ dội không rõ nguyên nhân.

Nguồn thông tin về ĐQN: Sách, báo; tờ rơi; áp phích; kinh nghiệm từ những người bị bệnh; gia đình, bạn bè; TV, đài phát thanh; Internet; nhân viên y tế.

Phương pháp đánh giá:

Người có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ của ĐQN khi họ có thể kể ra ít nhất 10 yếu tố nguy cơ và không đạt khi kể được ít hơn 10 yếu tố nguy cơ.

Kiến thức đạt về các biểu hiện cảnh báo của ĐQN khi họ có thể kể được ít nhất 3 biểu hiện cảnh báo và không đạt khi họ chỉ kể được ít hơn 3 biểu hiện cảnh báo ĐQN [10,11].

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Chúng tôi phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn. Trong quá trình phỏng vấn, luôn tạo ra sự thân thiện, cởi mở, chân thành để bệnh nhân có thể giao tiếp một cách thoải mái nhất. Tất cả những thông tin mà bệnh nhân trả lời đều được chúng tôi lắng nghe và ghi chép đầy đủ vào bảng thu thập số liệu đã soạn sẵn.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phương pháp thống kê mô tả, thống kê phân tích (phân tích hồi quy logistic đơn biến) của phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội

đồng Khoa học và Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Huế thông qua số H2020/121 ngày 04/06/2020.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 170)

Biến số	Giá trị biến số	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 40	7	4,1
	41 - 64	61	35,9
	≥ 65	102	60
Giới	Nam	76	44,7
	Nữ	94	55,3
Nghề nghiệp	Nội trợ	16	9,4
	Nông dân	99	58,2
	Buôn bán	24	14,1
	Công nhân- viên chức	12	7,1
	Khác	19	11,2
Trình độ học vấn	Không biết chữ	17	10
	Tiểu học	96	56,5
	Trung học cơ sở	20	11,8
	Trung học phổ thông	19	11,2
	Cao đẳng, đại học	18	10,6

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu trên 65 tuổi (60%). Đối tượng là nữ chiếm 55,3%, chủ yếu là nông dân (58,2%). Trình độ học vấn chủ yếu là tiểu học (56,5%).

3.2. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ

Bảng 2. Kiến thức về yếu tố nguy cơ đột quỵ não (n = 170)

Yếu tố nguy cơ đột quỵ não	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Stress, lo âu	103	60,6
Tăng huyết áp	129	75,9
Tăng cholesterol máu	102	60
Hút thuốc lá	125	73,5
Bệnh đái tháo đường	62	36,5
Béo phì	66	38,8
Uống rượu nhiều	116	68,2
Ít vận động	52	30,6
Tuổi cao	119	70
Tiền sử gia đình có người bị đột quỵ não	73	42,9
Khó thở khi ngủ	32	18,8

Ô nhiễm môi trường	32	18,8
Tiền sử bị đột quỵ não	107	62,9
Bệnh mạch vành	46	27,1
Đau nửa đầu Migraine	17	10
Bệnh thận mạn tính	14	8,2
Giới tính	39	22,9
Chủng tộc	19	11,2
Thời gian làm việc	40	23,5

Yếu tố nguy cơ gây ĐQN được xác định nhiều nhất là THA với tỉ lệ 75,9%, tiếp đến là hút thuốc lá chiếm 73,5% và tuổi cao chiếm 70%. Yếu tố nguy cơ được xác định ít nhất là bệnh thận mạn tính chiếm 8,2%.

Bảng 3. Kiến thức về biểu hiện cảnh báo đột quỵ não (n = 170).

Biểu hiện cảnh báo đột quỵ não	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đột ngột tê hoặc yếu liệt vận động nửa người	140	82,4
Đột ngột lú lẫn hoặc mất ý thức	117	68,8
Đột ngột nói khó hoặc không nói được	97	57,1
Đột ngột chóng mặt hoặc mất thăng bằng	51	30
Đột ngột giảm khả năng nhìn ở một hoặc hai mắt	17	10
Đột ngột đau đầu dữ dội không rõ nguyên nhân	22	12,9

Biểu hiện cảnh báo ĐQN mà đa số đối tượng tham gia nghiên cứu xác định là “Đột ngột tê hoặc yếu liệt vận động nửa người” với tỉ lệ là 82,4%, tiếp đến là biểu hiện “Đột ngột lú lẫn hoặc mất ý thức” chiếm 68,8%. Biểu hiện “Đột ngột giảm khả năng nhìn ở một hoặc hai mắt” ít được đề cập chiếm 10%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nguồn thông tin và kiến thức về yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não.

Nguồn thông tin	Hồi quy logistic đơn biến							
	Kiến thức YTNCDQN				Kiến thức BHCBDQN			
	Đạt N (%)	Không đạt N (%)	OR (KTC95%)	p	Đạt n (%)	Không đạt n (%)	OR (KTC95%)	p
Sách, báo	10 (52,6%)	9 (47,4%)	3,1 (1,17 - 8,13)	0,02	8 (42,1%)	11 (57,9%)	0,65 (0,25 - 1,69)	> 0,05
Tờ rơi	3 (30%)	7 (70%)	1,0 (0,25 - 4,18)	> 0,05	6 (60%)	4 (40%)	1,4 (0,39 - 5,25)	> 0,05
Áp phích	12 (46,2%)	14 (53,8%)	2,4 (1,01 - 5,62)	0,04	12 (46,2%)	14 (53,8%)	0,8 (0,33 - 1,77)	> 0,05

Bảng 4. Tỉ lệ kiến thức về yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não (n = 170).

Đánh giá kiến thức	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Yếu tố nguy cơ ĐQN		
Đạt	50	29,4
Không đạt	120	70,6
Biểu hiện cảnh báo ĐQN		
Đạt	88	51,8
Không đạt	82	48,2

Tỉ lệ kiến thức không đạt về yếu tố nguy cơ ĐQN của đối tượng nghiên cứu chiếm 70,6% và kiến thức đạt chiếm tỉ lệ 29,4%. Tỉ lệ kiến thức đạt về biểu hiện cảnh báo ĐQN chiếm 51,8% và kiến thức không đạt là 48,2%.

3.3. Nguồn thông tin về kiến thức yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não

Bảng 5. Nguồn thông tin của đối tượng nghiên cứu (n = 170)

Nguồn thông tin	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sách, báo	19	11,2
Tờ rơi	10	5,9
Áp phích	26	15,3
Kinh nghiệm từ những người bị bệnh	108	63,5
Gia đình, bạn bè	98	57,6
TV, đài phát thanh	107	62,9
Internet	8	4,7
Nhân viên y tế	61	35,9

Nguồn thông tin về ĐQN được đa số đối tượng nghiên cứu sử dụng là từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh (63,5%), Internet ít được sử dụng nhất (4,7%).

Kinh nghiệm	34 (31,5%)	74 (68,5%)	1,32 (0,66 - 2,66)	> 0,05	67 (62%)	41 (38%)	3,2 (1,66 - 6,14)	0,001
Gia đình, Bạn bè	35 (35,7%)	63 (64,3%)	2,1 (1,04 - 4,26)	0,04	60 (61,2%)	38 (38,8%)	2,5 (1,32 - 4,63)	0,004
TV, đài phát thanh	35 (32,7%)	72 (67,3%)	1,6 (0,76 - 3,15)	> 0,05	55 (51,4%)	52 (48,6%)	1,0 (0,52 - 1,79)	> 0,05
Internet	5 (62,5%)	3 (37,5%)	4,3 (0,99-18,88)	> 0,05	1 (12,5%)	7 (87,5%)	0,1 (0,01 - 1,02)	> 0,05
Nhân viên y tế	18 (29,5%)	43 (70,5%)	1,0 (0,51 - 2,00)	> 0,05	26 (42,6%)	35 (57,4%)	0,6 (0,30 -1,06)	> 0,05

Đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ sách, báo có kiến thức đạt về YTNCĐQN gấp 3,1 lần (1,17 - 8,13) so với người không có nguồn thông tin từ sách, báo. Đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ áp phích có kiến thức đạt về YTNCĐQN gấp 2,4 lần (1,01 - 5,62) so với người không có nguồn thông tin từ áp phích. Đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ gia đình, bạn bè có kiến thức đạt về YTNCĐQN gấp 2,1 lần (1,04 - 4,26) so với người không có nguồn thông tin từ gia đình, bạn bè.

Đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh có kiến thức đạt về BHCĐQN gấp 3,2 lần (1,66 - 6,14) so với người không có nguồn thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh. Đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ gia đình, bạn bè có kiến thức đạt về BHCĐQN gấp 2,5 lần (1,32 - 4,63) so với người không có nguồn thông tin từ gia đình, bạn bè.

4. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 5,9% đối tượng tham gia nghiên cứu không kể được bất kỳ yếu tố nguy cơ nào. Kết quả này của chúng tôi có khả quan hơn so với các nghiên cứu khác trên Thế giới. Nghiên cứu của tác giả Ewa Krzystanek và cộng sự cho thấy có 24,2 % người tham gia không xác định được bất kỳ yếu tố nguy cơ nào [7]. Nghiên cứu của tác giả Abate Addisu Taye và cộng sự cho thấy có 77% người tham gia nghiên cứu không xác định được bất kỳ yếu tố nguy cơ đột quỵ nào [8]. Theo nghiên cứu của tác giả Lý Thị Kim Thương và cộng sự, tỉ lệ kiến thức đạt yếu tố nguy cơ đột quỵ não chiếm 48,7% và có 49% đối tượng nghiên cứu không kể được yếu tố nguy cơ nào [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29,4% đối tượng có kiến thức đạt về các yếu tố nguy cơ ĐQN. Tỉ lệ kiến thức đạt về YTNCĐQN của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu trong nghiên cứu của tác giả Jane Nakibuuka [12]. Mặc dù kết quả của chúng tôi có thấp hơn nghiên cứu này, bởi lẽ, số lượng các yếu tố nguy cơ ĐQN là rất nhiều (nhiều yếu tố mới ngày càng được xác định thêm), điều này nhắc nhở chúng ta không nên chủ quan, chúng ta cần phải chú trọng hơn trong công tác dự phòng ĐQN. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có kiến thức đạt về biểu hiện cảnh báo ĐQN là 51,8%, kiến thức không đạt chiếm 48,2% và có 20% đối tượng kể được ít nhất

4 biểu hiện cảnh báo ĐQN. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi không tốt bằng nghiên cứu của một số tác giả trên Thế giới. Chẳng hạn, nghiên cứu của tác giả Jane Nakibuuka [12]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Abate Addisu Taye [8], nghiên cứu trong cộng đồng của tác giả Lý Thị Kim Thương và cộng sự [6], nghiên cứu tại Uganda [12] đều có tỉ lệ kiến thức không đạt về BHCĐQN cao hơn tỉ lệ của chúng tôi (5,3%). Từ những số liệu trên, chúng ta thấy rằng thực trạng kiến thức của bệnh nhân về biểu hiện cảnh báo ĐQN còn rất khác nhau ở mỗi nghiên cứu. Nhưng nhìn chung kiến thức về đột quỵ còn thấp, đây là một vấn đề quan trọng. Vì vậy, chúng ta cần phải có các giải pháp tích cực và thích hợp nhằm tăng cường kiến thức cho bệnh nhân một cách kịp thời. Chúng tôi cho rằng để phát triển các chiến lược phòng ngừa và điều trị đột quỵ đầy đủ, đòi hỏi chúng ta phải đánh giá kiến thức liên quan đến đột quỵ, không chỉ của cộng đồng nói chung mà còn của các nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

Mặc dù đối tượng nghiên cứu có nhiều nguồn thông tin về đột quỵ tuy nhiên không phải mọi đối tượng đều có kiến thức đạt về đột quỵ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, gần như tất cả đối tượng nghiên cứu đều báo cáo có nguồn tin về đột quỵ nhưng chỉ có 29,4 % đối tượng có kiến thức về YTNCĐQN và 51,8% có kiến thức về BHCĐQN. Tương tự nghiên

cứu của Dossi và cộng sự, mặc dù 95% người được hỏi đã báo cáo có thông tin trước đó về đột quỵ, nhưng chỉ 37% trong số họ có kiến thức đầy đủ về đột quỵ [13]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nguồn thông tin về ĐQN được đa số đối tượng nghiên cứu sử dụng là từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh (63,5%), Internet ít được sử dụng nhất (4,7%). Điều này có thể lý giải là do đa số đối tượng có nghề nghiệp là nông dân và có độ tuổi trên 65 chiếm tỉ lệ cao. Tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu tại Tunisia, nguồn thông tin đại chúng và mạng xã hội là những nguồn thông tin ít được báo cáo [14]. Ngược lại, theo một nghiên cứu ở Ba Lan, nguồn thông tin về ĐQN mà đa số đối tượng nghiên cứu sử dụng là TV và báo chí [7]. Kết quả nghiên cứu ở cộng hòa Séc cho thấy nguồn thông tin về đột quỵ mà đa số đối tượng nghiên cứu sử dụng là Internet (48,6%) [15].

Kiến thức và sự hiểu biết về các yếu tố nguy cơ là một trong những cách hiệu quả để phòng ngừa đột quỵ [16]. Một số nghiên cứu cho thấy những người thường xuyên nhận được thông tin về nguy cơ đột quỵ có nguy cơ đột quỵ thấp hơn những người không nhận được thông tin đó [17],[18]. Điều này cho thấy việc phổ biến thông tin về yếu tố nguy cơ đột quỵ nào có thể nâng cao nhận thức của mọi người về nguy cơ đột quỵ và ảnh hưởng đến cách họ hành động khi đối mặt với những rủi ro đó. Từ đó có thể giúp ngăn ngừa đột quỵ tái phát và đẩy nhanh quá trình phục hồi về thể chất và tâm lý sau đột quỵ não.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi làm rõ mối liên quan giữa các nguồn thông tin mà đối tượng sử dụng để có kiến thức về đột quỵ như từ các phương tiện thông tin đại chúng, chẳng hạn như TV, báo và đài phát thanh, Internet hoặc các nguồn thông tin liên lạc khác như gia đình, bạn bè; tờ rơi; áp phích và nhân viên y tế. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, những người đọc sách, báo có kiến thức về YTNCDQN cao gấp 3,1 lần so với người không đọc sách, báo ($p = 0,02$). Kết quả tương tự cũng được báo cáo ở nghiên cứu của tác giả Miyamatsu và cộng sự, những người đọc sách, báo có kiến thức về đột quỵ cao gấp 1,8 lần so với người không đọc sách, báo [11]. Ngược lại kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Silver và cộng sự [19] không có thay đổi đáng kể nào về kiến thức khi đối tượng có nguồn thông tin đột quỵ từ đọc sách, báo.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức về YTNCDQN giữa người xem TV, Đài phát thanh so với người không xem. Kết quả của chúng tôi ngược lại với nghiên cứu tại Nhật Bản, người xem TV có kiến thức đạt về ĐQN cao gấp 1,68 lần người không xem

TV. Và người nghe đài phát thanh có kiến thức đạt về ĐQN cao gấp 1,67 lần người không nghe đài phát thanh [11]. Tương tự một nghiên cứu ở Tây Âu, Silver và cộng sự thực hiện một cuộc khảo sát trước và sau chiến dịch truyền thông đại chúng và họ báo cáo rằng các quảng cáo trên truyền hình đã thay đổi khả năng kể tên các triệu chứng ban đầu của đột quỵ [19]. Một nghiên cứu ở Nhật Bản cũng báo cáo rằng một cuộc can thiệp kéo dài 1 năm với một chiến dịch truyền hình đã nâng cao kiến thức của cộng đồng về các triệu chứng đột quỵ [20]. Qua đây chúng ta thấy tác dụng mạnh mẽ của truyền hình trong việc nâng cao kiến thức về đột quỵ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, những người tham gia nghiên cứu có kiến thức đạt về YTNCDQN của đột quỵ thì nguồn thông tin của họ liệt kê nhiều nhất là gia đình, bạn bè, tiếp theo là TV, đài phát thanh và ít nhất là tờ rơi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức đạt về YTNCDQN giữa đối tượng nghiên cứu lấy thông tin từ tờ rơi, kinh nghiệm từ những người bị bệnh, Internet và nhân viên y tế ($p > 0,05$). Theo nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ áp phích có kiến thức đạt về YTNCDQN cao gấp 2,4 lần so với người không có nguồn thông tin từ áp phích.

Chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiến thức đạt về BHCBDQN ở nhóm đối tượng có nguồn thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh và gia đình, bạn bè ($p < 0,05$). Đối tượng có nguồn thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh có kiến thức đạt về BHCBDQN cao gấp 3,2 lần người không lấy thông tin từ kinh nghiệm từ những người bị bệnh với $OR = 3,2$; $p = 0,001$.

Người tham gia nghiên cứu có nguồn thông tin về kiến thức về BHCBDQN từ gia đình, bạn bè có kiến thức đạt cao gấp 2,5 lần người không lấy thông tin về BHCBD từ gia đình, bạn bè với $p = 0,004$, KTC 95%: 1,32 - 4,63. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu ở Nhật Bản, đối tượng nghiên cứu có nguồn thông tin từ gia đình, bạn bè có kiến thức đạt về đột quỵ cao hơn 1,27 lần với $OR = 1,27$; KTC 95%: 1,12 - 1,44 [20]. Tương tự, theo nghiên cứu của Ewa Krzystanek và cộng sự, đối tượng nghiên cứu có người thân hoặc bạn bè từng bị đột quỵ trước đó là một yếu tố tác động nhiều nhất để họ có kiến thức đầy đủ về đột quỵ [7]. Nghiên cứu tại Morocco, cũng báo cáo kết quả tương tự, những người trong gia đình từng bị đột quỵ là một yếu tố dự báo kiến thức về đột quỵ, nhấn mạnh vai trò của các mối quan hệ giữa các cá nhân trong gia đình và bạn bè trong việc phổ biến thông tin y tế [21]. Bên cạnh đó, gia đình, bạn bè còn là nguồn động lực và nguồn hỗ trợ liên tục tác động đáng kể đến sự hồi

phục sau đột quỵ [22].

Vì vậy, để đánh giá ảnh hưởng của một nguồn thông tin nhất định đối với giáo dục cá nhân và tỉ lệ đối tượng đã lựa chọn nguồn thông tin đó thì chúng ta nên thực hiện đánh giá trong cộng đồng để khái quát được hiệu quả của từng nguồn thông tin đối với việc giáo dục kiến thức về đột quỵ của từng cá nhân trong cộng đồng. Nghiên cứu này có thể là bước đầu tiên để đánh giá kiến thức của bệnh nhân THA về đột quỵ. Chúng tôi đề nghị tiến hành các nghiên cứu sâu hơn để đánh giá các nguồn thông tin về đột quỵ cho cộng đồng nói chung, nhằm tối ưu hóa các chiến lược cải thiện giáo dục công nhằm làm giảm tỉ lệ đột quỵ và hỗ trợ nhận biết và phản ứng nhanh chóng khi đột quỵ xảy ra.

Hạn chế của nghiên cứu đó là thiết kế mẫu của chúng tôi không đại diện cho một mẫu ngẫu nhiên của tất cả người bệnh THA có nguy cơ bị ĐQN ở Việt Nam nói chung và Thành phố Huế nói riêng mà chỉ là nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Vì vậy, kết quả của chúng tôi

không khái quát cho cộng đồng. Hạn chế tiếp theo của chúng tôi là kiến thức về đột quỵ có thể đã được đánh giá chưa thật chính xác vì chúng tôi sử dụng các câu hỏi đóng, nên đối tượng tham gia nghiên cứu có thể dựa vào đó xem như sự gợi ý.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ não còn thấp (29,4%). Kiến thức đạt về biểu hiện cảnh báo đột quỵ não (51,8%).

Qua phân tích hồi quy logistic đơn biến, kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não còn thấp. Kiến thức thông qua kinh nghiệm từ những người bị bệnh và gia đình, bạn bè có liên quan có ý nghĩa đến kiến thức về biểu hiện cảnh báo đột quỵ. Nguồn thông tin ảnh hưởng đến kiến thức đạt về yếu tố nguy cơ đột quỵ não là sách, báo, áp phích và gia đình, bạn bè.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Helboe, KS, Eddelien, HS, Kruuse C. Visual symptoms in acute stroke—a systematic review of observational studies. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2023;229:107749; DOI: 10.1016/j.clineuro.2023.107749.
3. WHO. The atlas of heart disease and stroke. 2019;50-51.
4. Mauricio Wajngarten. Hypertension and Stroke: Update on Treatment. *Eur Cardiol*. 2019;14(2):111-115; DOI: 10.15420/ecr.2019.11.1.
5. Vincent-Onabajo G, Yohanna MJ, Abubakar U, et al. Knowledge of stroke risk factors among individuals diagnosed with hypertension and diabetes: a hospital-based survey. *Stroke Research and Treatment*. 2015;2015:1-5; DOI:10.9734/BJMMR/2015/19865.
6. Lý Thị Kim Thương, Đinh Hữu Hùng. Nhận thức về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện cảnh báo đột quỵ não của người dân tại phường Tây Sơn thành phố Pleiku tỉnh Gia Lai năm 2016. *Tạp chí khoa học Điều dưỡng*. 2016;(2615-9589):82-90.
7. Ewa K, Agnieszka K, Maciej S, Weronika G, et al. Adequate knowledge of stroke symptoms, risk factors and necessary actions in the general population of Southern Poland. *Brain Sciences*. 2020;10(2):2-20; DOI: 10.3390/brainsci10121009.
8. Abate AT, Bayu N, Mariam TG. Hypertensive Patients' Knowledge of Risk Factors and Warning Signs of Stroke at Felege Hiwot Referral Hospital. Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Neurology Research International*. 2019;2019:1-7; DOI: 10.1155/2019/8570428.
9. Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2018;2018:1-56.
10. Cù Thị Thanh Tuyền, Đỗ Văn Dũng, Alison Merill. Đánh giá nhận thức các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu sớm của đột quỵ trên người bệnh tăng huyết áp ở bệnh viện. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019;23(5):152-158.
11. Miyamatsu N, Okamura T, Nakayama H, et al. Public Awareness of Early Symptoms of Stroke and Information Sources about Stroke among the General Japanese Population: The Acquisition of Stroke Knowledge Study. *Cerebrovascular Diseases*. 2013;35(3):241-249; DOI: 10.1159/000347066.
12. Jane N, Martha S, Elly K, Edward D, et al. Knowledge and Perception of Stroke: A Population-Based Survey in Uganda. *ISRN Stroke*. 2014;2014:1-7; DOI: 10.1155/2014/309106.
13. Dossi DE, Hawkes A, Pujol-Lere. A population-based survey of stroke knowledge in Argentina: the SIFHON study. *Neuroepidemiology*. 2019;53:32-40; DOI: 10.1159/000497413.
14. Olfa Chakroun-Walha, Amal Samet, Marwa Ben Abdallah, et al. Stroke knowledge among emergency centre visitors: A cross-sectional multicenter survey. *African Journal of Emergency Medicine*. 2021; 11(2021):10-14; DOI: 10.1016/j.afjem.2020.10.012.

15. Sylva Bártlová, Lenka Šedová, Lucie Rolantová, et al. General awareness of stroke in the Czech Republic. *Cent Eur J Public Health*. 2021;29(3):230–235; DOI: 10.21101/cejph.a6212.
16. Talango, F., Kusdhiarningsih, B. The Influence of Counseling Education Based on the Health Belief Model Theory on Knowledge of Preventing Hypertension Complications in Karanganyar. *Jurnal Keperawatan Sumba*. 2024;2(2):79–90; DOI:10.31965/jks.v2i2.1425
17. Sahirah R, Ikhsan M, Nadira CS. Gambaran Tingkat Pengetahuan Paramedistentang Pencegahan Primer Stroke di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Aceh Utara. *Galenical: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh*. 2023;2(6):102-113; DOI:10.29103/jkkmm.v2i6.12436
18. Wijaya CE, Pratama IH, Girsang E. The Influence of Providing Information and Educational Media in Efforts to Prevent Stroke. *Jurnal Info Kesehatan*. 2024;21(2):326-334; DOI:10.31965/infokes.Vol22.Iss2.1630.
19. Silver FL, Rubini F, Black D, et al. Advertising strategies to increase public knowledge of the warning signs of stroke. *Stroke*. 2003;34:1965–1968; DOI: 10.1161/01.STR.0000083175.01126.62.
20. Miyamatsu N, Kimura K, Okamura T, et al. Effects of public education by television on knowledge of early stroke symptoms among a Japanese population aged 40 to 74 years: a controlled study. *Stroke*. 2012;43(2):545–549; DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.634196.
21. Kharbach A, Obtel M, Achbani A, Bouchriti Y, Hassouni K, Lahlou L, et al. Level of knowledge on Stroke and Associated factors: a cross-sectional study at primary. *Health Care Centers Morocco*. 2020; 86(1):83; DOI: 10.5334/aogh.2885.
22. Stiexs A, Chayati N. Study of physical, psychological, and spiritual impact of family caregiver in home-based stroke treatment: a systematic review. *Open access Macedonian journal of medical sciences*. 2021;9(T4):236-239. DOI: 10.3889/oamjms.2021.5795.

Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Châu Thị Minh Thu¹, Đặng Thị Thanh Phúc², Đào Nguyễn Diệu Trang^{2*}

¹ Khoa Nội Tim mạch - Lão khoa, Bệnh viện Trung Ương Huế

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Đào Nguyễn Diệu Trang, email: dndtrang@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 12/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 24/09/2025

Ngày xuất bản (Published online): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chất lượng giấc ngủ kém là một nguyên nhân quan trọng làm giảm khả năng kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi bệnh tăng huyết áp. Nghiên cứu nhằm khảo sát chất lượng giấc ngủ và xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi bệnh tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 190 người cao tuổi bệnh tăng huyết áp đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Sử dụng thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) để đánh giá chất lượng giấc ngủ.

Kết quả: Điểm trung bình PSQI là $8,29 \pm 4,69$ điểm, gần 2/3 đối tượng có chất lượng giấc ngủ kém. Giới tính và ảnh hưởng bởi tiếng ồn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng giấc ngủ.

Kết luận: Phần lớn người cao tuổi bệnh tăng huyết áp có chất lượng giấc ngủ kém. Đây là một vấn đề đáng lưu ý trong chăm sóc toàn diện nhóm đối tượng này. Do đó, cần lồng ghép đánh giá chất lượng giấc ngủ vào quy trình chăm sóc điều dưỡng cũng như xác định các yếu tố ảnh hưởng để có biện pháp can thiệp (như kiểm soát tiếng ồn) nhằm cải thiện chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

Từ khóa: chất lượng giấc ngủ, người bệnh, tăng huyết áp.

Sleep quality and related factors among older adult patients with hypertension at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Chau Thi Minh Thu¹, Dang Thi Thanh Phuc², Dao Nguyen Dieu Trang^{2*}

¹Department of Cardiology - Geriatrics, Hue Central Hospital

²Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Poor sleep quality is an important cause of impaired blood pressure control in older adult hypertensive patients. The study aimed to examine sleep quality and identify factors associated with sleep quality among older adult hypertensive patients.

Material and method: A cross-sectional study was conducted on 190 older adult hypertensive patients hospitalized at Hue University of medicine and pharmacy hospital. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

Results: The mean PSQI score was 8.29 ± 4.69 , nearly 2/3 of the subjects had poor sleep quality. Gender and noise exposure were statistically significantly associated with sleep quality.

Conclusions: The majority of older adult hypertensive patients have poor sleep quality. This is a notable issue in the comprehensive care of this group. Therefore, it is necessary to integrate sleep quality assessment into the nursing care process as well as identify influencing factors to have intervention measures (such as noise control) to improve sleep quality for patients.

Keyword: sleep quality, patient, hypertension.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý mạn tính phổ biến toàn cầu với khoảng 1,28 tỷ người mắc [1]. Ở người cao tuổi (NCT), THA nằm trong nhóm bệnh thường gặp nhất; tại Việt Nam gần 3/4 người trên 70 tuổi và hơn 50% NCT mắc THA [2]. Ở NB cao tuổi, sự kết hợp giữa lão hóa sinh lý và bệnh THA làm gia tăng nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ (CLGN) như thay đổi nhịp sinh học, tác dụng phụ của thuốc, bệnh kèm theo (đái tháo đường, bệnh mạch vành, suy tim), lo âu, trầm cảm và giảm hoạt động thể chất. CLGN kém không chỉ làm khó kiểm soát huyết áp mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch, đột quỵ, suy giảm nhận thức và giảm chất lượng cuộc sống [3].

Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ CLGN kém ở NB THA dao động từ 14,9 - 85,7% trên thế giới [4]. Tại Việt Nam, tỉ lệ này cao hơn 87,2% (Vũ Thị Minh Phượng) [5], 95,9% (Đinh Thị Hoa) [4], và 83,3% ở NB cao tuổi điều trị nội trú [6]. Tuy nhiên, vẫn còn ít nghiên cứu trong nước tập trung vào CLGN ở NCT THA [7].

Trong đánh giá CLGN, thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) được sử dụng rộng rãi, có độ tin cậy và giá trị cao. PSQI cho phép khảo sát toàn diện các khía cạnh giấc ngủ và thuận lợi trong so sánh quốc tế, do đó rất phù hợp để nghiên cứu CLGN ở NB cao tuổi THA. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”**, với hai mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang PSQI ở người cao tuổi tăng huyết áp.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở đối tượng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

NB cao tuổi (≥ 60 tuổi) đã được chẩn đoán mắc bệnh THA đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp và Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán THA có hoặc không có các bệnh lý mạn tính khác kèm theo và đang điều trị nội trú tại 2 khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, NB đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB bị rối loạn tâm thần, không có khả năng giao tiếp hay suy giảm nhận thức, NB có biến chứng nặng không thể tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: THA được chẩn đoán khi chỉ số huyết áp tâm thu ở ≥ 140 mmHg và/hoặc chỉ số huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Với ít nhất 2 lần đo khác nhau, mỗi lần đo huyết áp ít nhất 2 thời điểm khác nhau [1].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức “ước tính một tỉ lệ trong quần thể”:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- Trong đó: $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$, p: tỉ lệ người bệnh cao tuổi bị THA có CLGN kém tại tỉnh Nam Định với $p = 0,872$ [5], $d = 0,05$. Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 172$. Để dự phòng sai số trong quá trình thu thập số liệu, lấy thêm 10 % dự trữ mất mẫu, trong nghiên cứu đã phỏng vấn 190 NB.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện lựa chọn các NB thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.2.4. Bộ công cụ nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng gồm: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, số lần nhập viện, thói quen sinh hoạt (ngủ trưa, tập thể dục, sử dụng cà phê và chất kích thích, sử dụng thiết bị thông minh, bị ảnh hưởng ánh sáng, tiếng ồn ...)

Bộ công cụ đánh giá CLGN: Thang đo đánh giá CLGN được xây dựng dựa trên công cụ “Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)” của Buysse và cộng sự (1989) [8], đã được phiên dịch ra Tiếng Việt với đánh giá độ tin cậy Cronbach alpha $> 0,789$ [9].

Bộ công cụ đánh giá CLGN có 18 câu hỏi gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/tuần, 1 - 2 lần/tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện [9]: độ trễ của giấc ngủ, thời gian ngủ, rối loạn giấc ngủ, hiệu quả của giấc ngủ, việc sử dụng thuốc ngủ, những bất thường về hoạt động trong ngày ảnh hưởng từ thời gian và CLGN, CLGN chủ quan. Tổng điểm đạt được dao động từ 0 - 21. Tổng điểm PSQI ≤ 5 được phân loại là CLGN tốt. Tổng điểm PSQI > 5 được phân loại là CLGN kém.

2.2.5. Thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để khảo sát NB. Dữ liệu được thu thập từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024. Thời gian để NB trả lời khảo sát kéo dài khoảng 15 phút.

2.2.6. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được mã hóa dưới dạng số, sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0, phân tích mô tả theo tỉ lệ %, tần số, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định Chi bình phương χ^2 (Chi-square test) để xác định các yếu tố liên quan với CLGN của NCT bệnh THA. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã thông qua Hội đồng của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế theo Quyết định số 1654/QĐ-ĐHYD ngày 19 tháng 4 năm 2023. Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N = 190)

	Đặc điểm	N	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Từ 60 đến 70 tuổi	90	47,4
	Từ 71 đến 80 tuổi	68	35,8
	Từ 81 tuổi trở lên	32	16,8
	ĐTB $\pm$ DLC (GTNN-GTLN)	72,21 $\pm$ 7,97 (60 - 95)	
Giới tính	Nam	78	41,1
	Nữ	112	58,9
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	133	70,0
	6 – 10 năm	36	18,9
	11 – 15 năm	15	7,9
	16 – 20 năm	3	1,6
	>20 năm	3	1,6
Số lần nhập viện	1 lần	40	21,1
	2 – 5 lần	136	71,6
	6 – 10 lần	14	7,4
Bệnh mạn tính kèm theo	Bệnh đái tháo đường	60	62,5
	Suy tim	27	28,1
	Rung nhĩ	15	15,6
	Cơ xương khớp	12	12,5
	Bệnh thận	7	7,3
Tập thể dục	Thường xuyên	83	43,7
	Không thường xuyên	55	28,9
	Không	52	27,4
Thói quen ngủ trưa	Thường xuyên	118	62,1
	Không thường xuyên	47	24,7
	Không	25	13,2
Ảnh hưởng bởi tiếng ồn	Thường xuyên	103	54,2
	Không thường xuyên	41	21,6
	Không	46	24,2

Ảnh hưởng bởi ánh sáng trong phòng	Thường xuyên	85	44,7
	Không thường xuyên	37	19,5
	Không	68	35,8
Sử dụng cà phê và các chất kích thích	Thường xuyên	25	13,2
	Không thường xuyên	35	18,4
	Không	130	68,4
Thói quen sử dụng thiết bị di động trước khi đi ngủ	Thường xuyên	26	13,7
	Thỉnh thoảng	53	27,9
	Hiếm khi	52	27,4
	Không bao giờ	59	31,1

Độ tuổi trung bình của NB là $72,21 \pm 7,97$ trong đó, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là 60 - 70 tuổi (47,4 %). Tỷ lệ nữ (58,9 %) cao hơn nam (41,1 %). Hơn 2/3 đối tượng mắc bệnh dưới 5 năm (70 %) và có số lần nhập viện 2 - 5 lần (71,6 %). Hơn một nửa đối tượng (62,5 %) có bệnh đái tháo đường kèm theo. Đối tượng nghiên cứu thường xuyên có thói quen tập thể dục chiếm 43,7 %, thường xuyên có thói quen ngủ trưa (62,1 %), thường xuyên bị ảnh hưởng tiếng ồn (54,2 %) và thường xuyên bị ảnh hưởng bởi ánh sáng trong phòng chiếm 44,70 %. Thói quen sử dụng thiết bị di động (điện thoại, ipad, laptop,...) trước khi ngủ với tần suất thường xuyên chiếm tỉ lệ thấp nhất (13,7 %).

3.2. Chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp

Bảng 2. Thực trạng chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi tăng huyết áp (N = 190)

Phân loại chất lượng giấc ngủ (PSQI)	N	Tỉ lệ (%)
Chất lượng giấc ngủ tốt (≤ 5 điểm)	66	34,70
Chất lượng giấc ngủ kém (6 – 21 điểm)	124	65,30
Điểm PSQI trung bình		
ĐTB $\pm$ ĐLC (GTNN - GTLN)		
$8,29 \pm 4,69$ (1-19)		

Điểm PSQI trung bình $8,29 \pm 4,69$ với điểm thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 19 điểm. Trong đó, gần 2/3 đối tượng nghiên cứu có CLGN kém (65,3%) và 34,7% đối tượng còn lại có CLGN tốt.

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi tăng huyết áp (N = 190)

Đặc điểm		Chất lượng giấc ngủ				p
		Tốt		Kém		
		n	%	n	%	
Tuổi	Từ 60 đến 70 tuổi	31	16,3	59	31,1	0,610
	Từ 71 đến 80 tuổi	26	13,7	42	22,1	
	Từ 81 tuổi trở lên	9	4,7	23	12,1	
Giới tính	Nam	34	17,9	44	23,2	0,032
	Nữ	32	16,8	80	42,1	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	53	27,9	80	42,1	0,073
	6 - 10 năm	7	3,7	29	15,3	
	11 - 15 năm	6	3,2	9	4,7	
	16 - 20 năm	0	0,0	3	1,6	
	> 20 năm	0	0,0	3	1,6	

Số lần nhập viện	1 lần	17	8,9	23	12,1	0,365
	2 – 5 lần	46	24,2	90	47,4	
	6 – 10 lần	3	1,6	11	5,8	
	> 10 lần	0	0,0	0	0,0	
Bệnh mạn tính kèm theo	Bệnh đái tháo đường	16	8,4	44	23,2	0,611
	Suy tim	11	5,8	16	8,4	0,177
	Rung nhĩ	7	3,7	8	4,2	0,145*
	Cơ xương khớp	6	3,2	6	3,2	0,186*
	Bệnh thận	2	1,1	5	2,6	1,000*
Tập thể dục	Thường xuyên	31	16,3	52	27,4	0,739
	Không thường xuyên	17	8,9	38	20,0	
	Không	18	9,5	34	17,9	
Thói quen ngủ trưa	Thường xuyên	47	24,7	71	37,4	0,068
	Không thường xuyên	15	7,9	32	16,8	
	Không	4	2,1	21	11,1	
Ảnh hưởng bởi tiếng ồn	Thường xuyên	27	14,2	76	40,0	0,007
	Không thường xuyên	22	11,6	19	10,0	
	Không	17	8,9	29	15,3	
Ảnh hưởng bởi ánh sáng trong phòng	Thường xuyên	24	12,6	61	32,1	0,093
	Không thường xuyên	18	9,5	19	10,0	
	Không	24	12,6	44	23,2	
Sử dụng cà phê và các thức uống kích thích	Thường xuyên	8	4,2	17	8,9	0,320
	Không thường xuyên	16	8,4	19	10,0	
	Không	42	22,1	88	46,3	
Thói quen sử dụng thiết bị di động	Thường xuyên	7	3,7	19	10,0	0,162
	Thỉnh thoảng	25	13,2	28	14,7	
	Hiếm khi	16	8,4	36	18,9	
	Không bao giờ	18	9,5	41	21,6	

* Sử dụng Fisher's Exact Test

Có mối liên quan ý nghĩa thống kê giữa giới tính và ảnh hưởng bởi tiếng ồn với CLGN của NCT mắc bệnh THA ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến gần 2/3 NCT mắc bệnh THA có CLGN kém với điểm PSQI trung bình là $8,29 \pm 4,69$ điểm (Bảng 2). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hoà cùng cộng sự (2023) với điểm PSQI trung bình là $9,54 \pm 4,57$ điểm [10]. Kết quả điểm PSQI trung bình là $8,33 \pm 4,16$ điểm cũng thấy được ở nghiên cứu của Gulay Dasdemir Ilkhan [11]. Tuy nhiên, kết quả này

thấp hơn với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn cùng cộng sự (2021) là $10,25 \pm 4,76$ điểm và nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Minh Phượng là $10,2 \pm 3,6$ điểm [5, 6]. Ở Thổ Nhĩ Kỳ, nghiên cứu của tác giả Kara và cộng sự (2015) cũng cho kết quả tương tự CLGN kém ở NCT bị THA là 63,3% [12]. Theo nghiên cứu của Lo và cộng sự (2018) cũng cho thấy người bệnh THA có CLGN kém hơn so với người bệnh không THA. Ngoài ra, còn cho biết tỉ lệ CLGN kém liên quan đến THA qua thang điểm PSQI ở Châu Á và Châu Âu lần lượt là 73% và 60% [13]. Sự khác biệt

này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu và đặc điểm văn hóa giữa các nghiên cứu.

4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng CLGN ở nữ giới kém hơn so với nam giới vì nữ giới dễ mắc các vấn đề về sức khỏe, tâm thần như lo âu, trầm cảm hơn. Đồng quan điểm với ý kiến trên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính với CLGN của NCT mắc bệnh THA ($p < 0,05$). Cụ thể, NCT THA là nữ giới có tỉ lệ CLGN kém (42,10%) cao gần gấp đôi nam giới (23,20%). Kết quả này cũng được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu trước đây. Ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2021) cũng cho thấy NB đa số là nữ giới có CLGN kém chiếm 70,3% [6]. Tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ayanaw và cộng sự (2022), tỉ lệ CLGN kém ở NB THA là nữ giới cao hơn 2,55 lần so với NB THA là nam giới [14]. Một nghiên cứu khác của Peng Wang và cộng sự (2020) cũng cho kết quả tương tự [15]. Tuy nhiên, một nghiên cứu ở miền trung Trung Quốc không ghi nhận có sự khác biệt giới tính về tỉ lệ mất ngủ [16]. Sự khác biệt này cũng có thể do tỷ lệ nam/nữ ở Việt Nam khác với các quốc gia khác trên thế giới đặc biệt là nữ giới ở độ tuổi ≥ 64 tuổi [10].

Qua nghiên cứu 190 đối tượng NCT mắc bệnh THA thì đa số NB cho rằng bản thân thường xuyên bị ảnh hưởng bởi tiếng ồn khiến CLGN kém gấp 4,3 lần so với các nhóm không thường xuyên bị ảnh hưởng và nhóm không bị ảnh hưởng với $p < 0,05$ (Bảng 3). Cụ thể, NB thường xuyên bị ảnh hưởng bởi tiếng ồn có CLGN kém khá cao (40,00%) và nhóm không thường xuyên bị ảnh hưởng và không bị ảnh hưởng chiếm tỉ lệ thấp lần lượt là 10,00% và 15,30%. Điều này cũng đã được tìm thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Hà Hoa và Nguyễn Thị Khánh Linh (2021) [17]. Một nghiên cứu khác của

Taranto-Montemurro và cộng sự (2017) cũng cho kết quả tương tự [16]. Bởi lẽ khi ngủ, não bộ vẫn phản ứng với môi trường bên ngoài, đặc biệt là một số âm thanh nhất định. Một khi bị làm phiền bởi tiếng ồn lớn, não bộ sẽ bị đánh thức ngay lập tức khiến giấc ngủ bị gián đoạn. Tần suất gián đoạn như vậy càng cao thì càng khó đi vào giấc ngủ sâu, từ đó ảnh hưởng đến CLGN. Chính vì vậy, tiếng ồn cũng là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới CLGN.

Nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn tổng quan về CLGN ở NCT mắc bệnh THA và các yếu tố liên quan. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng gặp phải một số hạn chế, như thiết kế mô tả cắt ngang chưa thể hiện mối liên quan nhân - quả, không sử dụng phương pháp ngẫu nhiên để chọn mẫu, cũng như chưa xem xét một số yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến tình trạng tâm lý và sức khỏe của người cao tuổi, như yếu tố xã hội, văn hóa và tâm lý (lo âu, trầm cảm).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn NCT mắc bệnh THA có CLGN kém với điểm trung bình PSQI bằng $8,29 \pm 4,69$. Trong đó, gần 2/3 đối tượng nghiên cứu có CLGN kém (65,3 %) và 34,7 % đối tượng còn lại có CLGN tốt. Đặc biệt, các yếu tố như giới tính và mức độ nhạy cảm với tiếng ồn có ảnh hưởng đáng kể đến CLGN ($p < 0,05$).

Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc lồng ghép đánh giá CLGN vào quy trình chăm sóc điều dưỡng, đồng thời triển khai các can thiệp phù hợp như kiểm soát tiếng ồn môi trường và tăng cường giáo dục sức khỏe cá nhân hóa. Việc quan tâm đúng mức đến CLGN không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị mà còn cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống của NB.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Hypertension 2023 [cited 2025 June 8th]. Available from URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Bộ Y tế. Các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tim mạch 2015 [cited 2025 June 2nd]. Available from URL: <https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia>
3. Zhao S, Fu S, Ren J, Luo L. Poor sleep is responsible for the impaired nocturnal blood pressure dipping in elderly hypertensive: A cross-sectional study of elderly. Clinical and experimental hypertension. 2018;40(6):582-8.
4. Nguyễn Thị Huế, Đinh Thị Phương Hoa. Khảo sát thực

trạng chất lượng giấc ngủ ở người bệnh tăng huyết áp tại xã Nam Phong, thành phố Nam Định, năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(1):154-9.

5. Vũ Thị Minh Phượng, Ngô Huy Hoàng. Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Y học thực hành. 2018;1:35-7.

6. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thắng, Vũ Sơn Tùng, Lý Lan Chi, Nguyễn Thị Kim Xuyến, Dương Huỳnh Phương Nghi và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2021;145(9):45-54.

7. Dương Thị Ngọc Vàng, Trương Việt Dũng. Tăng huyết áp, mất ngủ và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, chăm sóc người bệnh tại Trung tâm Y tế huyện U Minh Thượng, tỉnh Kiên Giang. Y học cộng đồng. 2020;60:63-9.
8. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 1989.
9. Ngọc TM, Nguyen ND, Lam PK, Lan TTX, Huyen NXB. Validity of the Vietnamese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Vietnam Journal of Preventive Medicine. 2017;27(4):50-6.
10. Trần Thị Hoà, Đỗ Thị Thư, Nguyễn Thị Hoa. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B):117-21.
11. Ilkhan GD, Celikhisar H. The effect of incontinence on sleep quality in the elderly. International journal of clinical practice. 2021;75(5):e13965.
12. Kara B, Tenekeci E. G. Sleep Quality and Associated Factors in Older Turkish Adults With Hypertension: A Pilot Study. J Transcult Nurs. 2017;28(3):296-305.
13. Lo K, Woo B, Wong M, Tam W. Subjective sleep quality, blood pressure, and hypertension: a meta-analysis. The Journal of Clinical Hypertension. 2018;20(3):592-605.
14. Ayanaw T, Temesgen M, Azagew AW, Ferede YM. Sleep quality and associated factors among adult hypertensive patients attending a chronic follow up care clinic in northwest Amhara regional state referral hospitals, Northwest Ethiopia. Plos one. 2022;17(7):e0271072.
15. Wang P, Song L, Wang K, Han X, Cong L, Wang Y, et al. Prevalence and associated factors of poor sleep quality among Chinese older adults living in a rural area: a population-based study. Aging clinical and experimental research. 2020;32:125-31.
16. Tang J, Liao Y, Kelly BC, Xie L, Xiang YT, Qi C, et al. Gender and regional differences in sleep quality and insomnia: a general population-based study in Hunan Province of China. Scientific reports. 2017;7(1):43690.
17. Võ Thị Hà Hoa, Nguyễn Thị Khánh Linh. Nghiên cứu chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại thành phố Đà Nẵng. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology. 2021;47:155-61.

Ứng dụng liệu pháp trị liệu bổ sung và thay thế trong giảm đau mạn tính ở người cao tuổi: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Nguyễn Thị Thu Triều, Nguyễn Thị Yến Hoài, Phạm Thị Thuý*

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thuý, email: ptthuy@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 02/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Y học bổ sung và thay thế (Complementary and Alternative Medicine - CAM) ngày càng được sử dụng rộng rãi trong quản lý đau mạn tính. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ sử dụng CAM trong quản lý đau mạn tính ở người cao tuổi (NCT) và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 289 người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện C - Đà Nẵng. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền gồm thông tin nhân khẩu học, mức độ đau, trầm cảm và việc sử dụng CAM.

Kết quả: 92,7% người tham gia báo cáo đã từng sử dụng CAM. Việc sử dụng CAM có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tần suất các đợt đau mạn tính cao hơn ($p = 0,003$), có bệnh lý mạn tính ($p < 0,001$) và trầm cảm ($p = 0,001$).

Kết luận: Các kết quả này là cơ sở để xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp với văn hóa và dựa trên bằng chứng nhằm tích hợp CAM vào mô hình quản lý đau mạn tính cho NCT.

Từ khoá: Y học bổ sung và thay thế, đau mạn tính, người cao tuổi.

Applying complementary and alternative therapies for chronic pain relief in the elderly: a cross-sectional study

Nguyen Thi Thu Trieu, Nguyen Thi Yen Hoai, Pham Thi Thuy*

Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Abstract

Background: Complementary and alternative medicine (CAM) has become an increasingly common approach for managing chronic pain; however, limited evidence exists regarding its use among the elderly population in Vietnam. This study aimed to examine the prevalence of CAM use for chronic pain management among older adults in Vietnam and to identify the associated factors influencing its adoption.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted among 289 hospitalized older adults at C - Da Nang Hospital, Da Nang city. Data were collected through structured questionnaires that assessed demographics, pain intensity, depressive symptoms (measured using the PHQ-9), and CAM utilization.

Results: Among 289 patients, 92.7% reported using CAM. The most used modalities were herbal remedies (81.3%), manipulative therapies (54.7%), and relaxation techniques (43.3%). CAM use was significantly associated with a higher frequency of chronic pain episodes ($p = 0.003$), the presence of chronic diseases ($p < 0.001$), and depressive symptoms ($p = 0.001$).

Conclusion: These findings support the development of culturally appropriate, evidence-based strategies to incorporate CAM into chronic pain management frameworks for older adults.

Keywords: Complementary and alternative medicine, chronic pain, older adults.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau mạn tính là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở người cao tuổi, với tỉ lệ hiện mắc trên toàn cầu dao động từ 25% đến 76%, tùy thuộc vào đặc điểm dân số và các định nghĩa được sử dụng, chủ yếu do các bệnh lý như thoái hóa khớp, đau lưng và rối loạn thần kinh [1, 2]. Việc quản lý đau mạn tính ở người cao tuổi gặp nhiều thách thức do suy giảm nhận thức, dùng nhiều loại thuốc và những thay đổi liên quan đến tuổi tác trong chuyển hóa thuốc, gây khó khăn trong việc đánh giá mức độ đau và dự đoán đáp ứng điều trị [3]. Nếu không được kiểm soát hiệu quả, đau mạn tính có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng sinh hoạt hàng ngày, giấc ngủ, khả năng vận động và sức khỏe tâm thần, đồng thời làm tăng nguy cơ nhập viện [2, 4, 5].

Do lo ngại về tác dụng phụ của các phương pháp điều trị bằng thuốc thông thường, nhiều người cao tuổi có xu hướng tìm đến các phương pháp y học bổ sung và thay thế (Complementary and Alternative Medicine – CAM), bao gồm các liệu pháp thân-tâm (ví dụ: yoga, thiền, châm cứu) và các sản phẩm tự nhiên (ví dụ: thảo dược, vitamin) [6]. Tại Hoa Kỳ, 38% người trưởng thành từ 65 tuổi trở lên báo cáo đã sử dụng CAM [6]. Nghiên cứu của Gaul cho thấy 84,75% người bệnh bị đau mạn tính đã từng sử dụng CAM và hơn 55% có thái độ tích cực đối với việc sử dụng phương pháp này [7].

Tại Việt Nam, người cao tuổi thường kết hợp giữa y học hiện đại và các phương pháp truyền thống, bổ sung. Ví dụ, một nghiên cứu trên 495 người cao tuổi bị đau mạn tính cho thấy 12,9% đã sử dụng thực phẩm chức năng hoặc dược liệu để giảm đau [8]. Một nghiên cứu đa quốc gia tại Campuchia, Thái Lan và Việt Nam về việc sử dụng y học truyền thống, bổ sung và thay thế trong quản lý các bệnh mạn tính ở người cao tuổi, bao gồm cả các bệnh cơ xương khớp như đau lưng mạn tính, cho thấy có 23,9% người cao tuổi tại Việt Nam báo cáo sử dụng các liệu pháp này [9].

Việc sử dụng CAM ở người cao tuổi có liên quan đến nhiều yếu tố như tuổi, giới tính [10,11], trình độ học vấn [11], mức độ đau [12] và triệu chứng trầm cảm [13]. Phụ nữ, người có trình độ học vấn cao, người có mức độ đau nặng, có trầm cảm hoặc mắc nhiều bệnh mạn tính có xu hướng sử dụng CAM nhiều hơn, đặc biệt là các phương pháp thân-tâm và dược liệu [11].

Mặc dù sự quan tâm đến CAM ở người cao tuổi ngày càng gia tăng, nhưng nghiên cứu về việc sử dụng CAM trong tự quản lý đau mạn tính ở nhóm dân số này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế và chưa được khai thác đầy đủ. Việc xác định các yếu tố liên

quan sẽ góp phần cải thiện chiến lược chăm sóc và nâng cao chất lượng cuộc sống. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng CAM trong tự quản lý đau mạn tính ở người cao tuổi và xác định các yếu tố liên quan, từ đó hỗ trợ xây dựng các phương pháp chăm sóc phù hợp với bối cảnh và dựa trên bằng chứng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: người cao tuổi đang điều trị nội trú tại các khoa Nội thuộc Bệnh viện C - Đà Nẵng.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh từ 60 tuổi trở lên; Đang điều trị nội trú tại các khoa Nội; Được chẩn đoán mắc các bệnh nội khoa không ác tính; Được xác định có đau mạn tính theo phân loại của ICD-11 (tức là tình trạng đau kéo dài hoặc tái phát trong thời gian trên ba tháng).

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh đang trải qua các cơn đau cấp tính; Đã phẫu thuật trong vòng sáu tháng gần đây; Có tình trạng mệt mỏi quá mức; Có rối loạn tâm thần, thần kinh hoặc suy giảm nhận thức (thang điểm Mini-Cog < 3); Không có khả năng trả lời câu hỏi khảo sát; Từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02/2025 đến tháng 04/2025.

- Địa điểm: các khoa Nội thuộc Bệnh viện C – Đà Nẵng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính toán bằng phần mềm G*Power phiên bản 3.1.9.2, dựa trên thiết kế nghiên cứu tương quan. Các tham số được sử dụng bao gồm: hệ số tương quan ước lượng $r = 0,15$ (đại diện cho kích thước ảnh hưởng trung bình), mức ý nghĩa thống kê (α) là 0,05 và lực thống kê (power) là 0,80. Kết quả cho thấy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 273 người tham gia.

- Phương pháp chọn mẫu: lấy tất cả những người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập, cỡ mẫu cuối cùng chúng tôi thu được là 289 mẫu.

2.4. Công cụ nghiên cứu

Số liệu trong nghiên cứu này được thu thập dựa vào 4 bộ công cụ dưới đây:

Phần 1: Thông tin chung về người tham gia, gồm 6 mục do nhóm nghiên cứu xây dựng, gồm: giới tính, tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, người chăm sóc và tiền sử mắc bệnh mạn tính.

Phần 2: Đánh giá tình trạng đau mạn tính ở người cao tuổi được nhóm nghiên cứu xây dựng dựa trên

tổng quan các tài liệu nghiên cứu trước, gồm hai câu hỏi nhằm xác định mức độ đau (được tính bằng thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) từ 1 - 10 và số lần xuất hiện cơn đau mạn tính trong vòng một năm qua.

Phần 3: Đánh giá triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi bằng thang đo Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), được phát triển bởi Spitzer và cộng sự (2001) [14]. Thang đo này gồm 9 mục, đánh giá tình trạng sức khỏe của người tham gia trong hai tuần gần nhất. Mỗi mục được chấm điểm theo thang 4 mức độ dựa trên tần suất xuất hiện triệu chứng: 0 = không bao giờ, 1 = vài ngày, 2 = hơn một nửa số ngày, 3 = gần như mỗi ngày. Tổng điểm dao động từ 0 đến 27. Mức độ trầm cảm được phân loại như sau: ≥ 10 điểm được coi là có rối loạn trầm cảm, < 10 điểm là không có. Tại Việt Nam, PHQ-9 đã được dịch sang tiếng Việt và được Bộ Y tế phê duyệt sử dụng như một công cụ sàng lọc và theo dõi điều trị rối loạn trầm cảm [15]. Trong nghiên cứu này, mức điểm Cronbach's alpha của thang đo đạt 0,96.

Phần 4: Thực trạng sử dụng các phương pháp trị liệu hỗ trợ và thay thế của người cao tuổi bao gồm 2 câu hỏi, gồm: Thực trạng sử dụng các phương pháp trị liệu hỗ trợ và thay thế (CAM), và loại CAM người bệnh đang sử dụng, với 03 nhóm gồm Sử dụng thảo tác (châm cứu, xoa bóp, vật lý trị liệu, nhiệt trị liệu); Kỹ thuật thư giãn (yoga, thiền, huấn luyện tự sinh/tự kỷ ám thị, thôi miên, liệu pháp âm nhạc); và Dược lý (vitamin liều cao, thuốc thảo dược, cây thuốc...). Các câu hỏi này được xây dựng dựa trên tổng quan các tài liệu nghiên cứu trước [7],[16], và giá trị nội dung được xác nhận bởi nhóm chuyên gia nhằm đảm bảo tính phù hợp và dễ hiểu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Với những người cao tuổi đang điều trị tại các

Khoa Nội đồng ý tham gia, nhóm nghiên cứu tiến hành tiếp cận đối tượng, cung cấp thông tin về mục tiêu nghiên cứu và mời người bệnh tham gia vào nghiên cứu. Những người bệnh đồng ý tham gia sẽ được yêu cầu ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiếp đến nhóm nghiên cứu sẽ phát phiếu điều tra những câu hỏi theo bộ công cụ đã chuẩn bị sẵn. Với những người cao tuổi có khả năng nhìn kém hoặc khả năng ghi chép kém, nhóm nghiên cứu sẽ đọc lần lượt từng câu hỏi và ghi lại câu trả lời thay cho người tham gia.

2.6. Phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tóm tắt các đặc điểm của người tham gia, tình trạng đau mạn tính (bao gồm mức độ đau và tần suất xuất hiện các đợt đau trong năm qua), mức độ trầm cảm và việc sử dụng CAM. Dữ liệu về mức độ đau và tần suất các đợt đau có phân phối chuẩn, do đó kiểm định Independent Samples t-test được sử dụng để đánh giá sự khác biệt trong việc sử dụng CAM giữa các nhóm. Kiểm định Chi-square được áp dụng để phân tích mối liên quan giữa việc sử dụng CAM với các biến phân loại như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế, có người chăm sóc, tiền sử bệnh mạn tính và triệu chứng trầm cảm. Đối với các biến có tần suất dự kiến nhỏ ($n < 5$), kiểm định chính xác Fisher (Fisher's Exact Test) được sử dụng nhằm đảm bảo độ tin cậy của phân tích. Mức ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng theo quyết định số 66/CT-HĐĐĐ ngày 16/12/2024 trước khi tiến hành.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

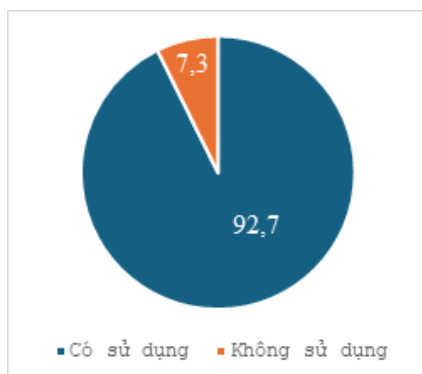
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n = 289$)

	Nội dung	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	GTTB = 68,8; DLC = 6,9 (GTNN = 60, GTLN = 90)		
	60 - 69	185	64,0
	70 - 79	75	26,0
	Trên 80	29	10,0
Giới tính	Nam	164	56,7
	Nữ	125	43,3

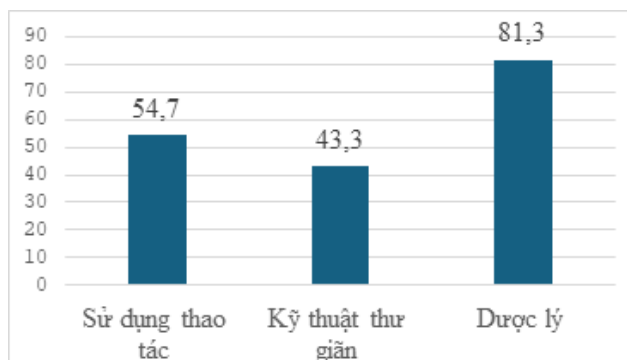
Trình độ học vấn	Tiểu học	12	4,2
	THCS	56	19,4
	THPT	93	32,2
	Đại học/Sau đại học	128	44,3
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	212	73,4
	Độc thân	40	13,8
	Góa vợ/chồng	20	6,9
	Ly hôn	17	5,9
Tình trạng kinh tế	< 4 triệu đồng/tháng	66	22,8
	4 - 12 triệu đồng/tháng	159	55,0
	> 12 triệu đồng/tháng	64	22,1
Người chăm sóc	Vợ/chồng	102	35,3
	Người thân	111	38,4
	Tự chăm sóc	65	22,5
	Người thuê	11	3,8
Tiền sử bệnh mạn tính	Không	14	4,8
	Có	275	95,2
Rối loạn trầm cảm (PHQ-9)	Có	213	73,7
	Không	76	26,3
Mức độ đau	GTTB = 5,0; ĐLC = 1,7 (GTNN = 0, GTLN = 8)		
Số lần đau mạn tính	GTTB = 3,8; ĐLC = 1,9 (GTNN = 0, GTLN = 9)		

Trong số 289 người cao tuổi tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $68,8 \pm 6,9$, trong đó 56,7% là nam giới. Phần lớn người tham gia (44,3%) có trình độ đại học hoặc sau đại học. Có 73,4% người cao tuổi đã kết hôn và 73,7% được chăm sóc bởi vợ/chồng hoặc người thân. Đa số người cao tuổi có thu nhập hàng tháng trong khoảng 4 - 12 triệu đồng/tháng, chiếm 55,0%. Mức độ đau trung bình được ghi nhận là 5 điểm (ĐLC = 1,7), và số lần xuất hiện các đợt đau trong năm trung bình là 3,8 lần (ĐLC = 1,9). Hầu hết người cao tuổi có tiền sử mắc bệnh mạn tính (95,2%), và 73,7% người cao tuổi trong nghiên cứu được xác định có rối loạn trầm cảm.

3.2. Thực trạng sử dụng các phương pháp y học bổ sung và thay thế (CAM) của người cao tuổi trong giảm đau mạn tính



Biểu đồ 1. Thực trạng sử dụng CAM



Biểu đồ 2. Loại CAM được sử dụng

Biểu đồ 1 cho thấy có tới 92,7% người cao tuổi sử dụng các phương pháp y học bổ sung và thay thế (CAM) trong quá trình tự quản lý đau mạn tính. Trong đó, phương pháp được sử dụng phổ biến nhất là liệu pháp dược học, bao gồm vitamin liều cao, thuốc thảo dược và cây thuốc, chiếm tỉ lệ 81,3%. Tiếp theo là các phương pháp tác động cơ học như châm cứu, xoa bóp, vật lý trị liệu và nhiệt trị liệu với tỉ lệ 54,7%. Cuối cùng, các kỹ thuật thư giãn như yoga, thiền, huấn luyện tự sinh/tự kỷ ám thị, thôi miên và liệu pháp âm nhạc được sử dụng ít hơn, chiếm 43,3% (xem Biểu đồ 2).

3.3. Sự khác biệt về yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm đau mạn tính giữa nhóm người cao tuổi sử dụng và không sử dụng CAM trong giảm đau mạn tính

Bảng 2. Sự khác biệt về yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm đau mạn tính giữa nhóm người cao tuổi sử dụng và không sử dụng CAM trong giảm đau mạn tính

Nội dung		Sử dụng CAM trong giảm đau mạn tính				p
		Có sử dụng (n = 268)		Không sử dụng (n = 21)		
		n	%	n	%	
Tuổi	60 - 69	174	94,1	11	5,9	0,415 ^b
	70 - 79	67	89,3	8	10,7	
	Trên 80	27	93,1	2	6,9	
Giới tính	Nam	156	95,1	8	4,9	0,073 ^b
	Nữ	112	89,6	13	10,4	
Trình độ học vấn	Tiểu học	9	75,0	3	25,0	0,107 ^c
	THCS	54	96,4	2	3,6	
	THPT	86	92,5	7	7,5	
	Đại học/Sau đại học	119	93,0	9	7,0	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	196	92,5	16	7,5	0,357 ^c
	Độc thân	38	95,0	2	5,0	
	Góa vợ/ chồng	17	85,0	3	15,0	
	Ly hôn	17	100,0	0	0,0	
Tình trạng kinh tế	< 4 triệu đồng/tháng	64	97,0	2	3,0	0,054 ^b
	4 - 12 triệu đồng/tháng	142	89,3	17	10,7	
	> 12 triệu đồng/tháng	62	96,9	2	3,1	
Người chăm sóc	Vợ/chồng	93	92,1	9	8,8	0,614 ^b
	Người thân	105	94,6	6	5,4	
	Tự chăm sóc	59	90,8	6	9,2	
	Người thuê	11	100,0	0	0,0	
Mức độ đau		5,0 ± 1,7		4,8 ± 1,9		0,466 ^a
Số lần đau mạn tính		3,8 ± 1,8		3,0 ± 2,7		0,003 ^a
Tiền sử bệnh mạn tính	Có	262	95,3	13	4,7	0,000 ^b
	Không	6	42,9	8	57,1	
Rối loạn trầm cảm (PHQ-9)	Có	204	95,8	9	4,2	0,001 ^b
	Không	64	84,2	12	15,8	

^aIndependent T-test; ^bChi-square; ^cFisher's exact test

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng các liệu pháp CAM trong tự quản lý đau mạn tính ở người cao tuổi với số lần xuất hiện các đợt đau mạn tính trong năm ($p = 0,003$), tiền sử mắc bệnh mạn tính ($p < 0,001$), và sự hiện diện của rối loạn trầm cảm ($p = 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng sử dụng CAM

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sử dụng CAM ở người cao tuổi tại Việt Nam trong quản lý đau mạn tính là rất cao, đạt 92,7%. Các hình thức được sử dụng phổ biến nhất bao gồm: các biện pháp dược học (như thuốc thảo dược, vitamin liều cao, cây thuốc) chiếm 81,3%; các phương pháp tác động cơ học như châm cứu, xoa bóp (54,7%); và các kỹ thuật thư giãn như yoga và thiền (43,3%). Những kết quả này phản ánh sự tích hợp sâu sắc của y học truyền thống trong hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam, nơi CAM được xem là phương pháp điều trị vừa hiệu quả vừa dễ tiếp cận. Thuốc thảo dược tiếp tục là hình thức CAM phổ biến và được tin dùng nhất, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn và cộng sự (2023) khi nhấn mạnh vai trò lâu dài của y học cổ truyền trong điều trị đau tại Việt Nam [17].

Khi so sánh với các quốc gia phương Tây, tỉ lệ sử dụng CAM trong nghiên cứu này cao hơn đáng kể. Chẳng hạn, Clarke và cộng sự (2022) ghi nhận chỉ 40% người cao tuổi tại Hoa Kỳ sử dụng CAM, chủ yếu là yoga, thiền và thực phẩm bổ sung [10]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi các yếu tố như chuẩn mực văn hóa, cấu trúc hệ thống y tế và điều kiện kinh tế. Bên cạnh đó, tỉ lệ sử dụng CAM tại Việt Nam cũng vượt trội so với các quốc gia Đông Nam Á có đặc điểm văn hóa tương đồng. Phạm và cộng sự (2023) ghi nhận tỉ lệ sử dụng CAM ở Thái Lan là 29% và ở Campuchia là 26% [18], cho thấy di sản y học cổ truyền lâu đời cùng với khả năng tiếp cận rộng rãi ở cả khu vực nông thôn và thành thị là những yếu tố thúc đẩy việc sử dụng CAM tại Việt Nam.

Một lý do quan trọng có thể lý giải tỉ lệ sử dụng CAM cao trong nghiên cứu này là địa điểm chọn mẫu. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện C - Đà Nẵng nơi tập trung nhiều người bệnh cao tuổi mắc đa bệnh mạn tính và đau kéo dài. Đây là nhóm đối tượng có xu hướng tìm kiếm và áp dụng các biện pháp hỗ trợ nhiều hơn so với người cao tuổi ngoài cộng đồng, do đó tỉ lệ sử dụng CAM trong nghiên cứu có thể cao hơn thực tế chung.

Mặc dù tỉ lệ sử dụng CAM nói chung là cao, nhưng việc áp dụng các kỹ thuật thư giãn (43,3%) lại thấp hơn so với một số quốc gia như Đức, với tỉ lệ 55% người bệnh đau mạn tính sử dụng các liệu pháp này [7]. Điều này có thể phản ánh hạn chế trong nhận thức, khả năng tiếp cận, hoặc sự ưa chuộng văn hóa đối với các phương pháp điều trị mang tính trực tiếp hơn. Tại Việt Nam, người cao tuổi có xu hướng chọn các phương pháp can thiệp có hiệu quả tức thì như châm cứu hoặc thuốc thảo dược, hơn là các liệu

pháp yêu cầu thời gian dài như yoga hoặc thiền. Điều này cho thấy cần có các chương trình giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức về lợi ích thể chất và tâm lý của các kỹ thuật thư giãn.

4.2. Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng CAM

Nghiên cứu xác định ba yếu tố chính có liên quan chặt chẽ đến việc sử dụng CAM, bao gồm: tần suất xuất hiện các đợt đau mạn tính, tiền sử mắc bệnh mạn tính và triệu chứng trầm cảm ($p < 0,05$). Điều này củng cố nhận định rằng những cá nhân có gánh nặng bệnh lý phức tạp hoặc kéo dài thường có xu hướng tìm đến CAM như một phương pháp hỗ trợ bên cạnh điều trị chính thống.

Cụ thể, những người có tần suất đau mạn tính cao hơn có khả năng sử dụng CAM nhiều hơn, phù hợp với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2022), cho thấy rằng cơn đau mạn tính tái diễn và kháng trị là nguyên nhân khiến người bệnh tìm đến các lựa chọn thay thế để cải thiện kiểm soát triệu chứng [19]. Ngoài ra, sự hiện diện của bệnh mạn tính cũng có mối liên hệ rõ rệt với việc sử dụng CAM. Trong nghiên cứu này, 95,3% người tham gia có bệnh mạn tính cho biết đã sử dụng CAM, trong đó các liệu pháp thảo dược và tác động cơ học là phổ biến nhất. Những phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2023), khi cho thấy tỉ lệ sử dụng CAM cao ở những người mắc nhiều bệnh mạn tính [20]. Trong bối cảnh Việt Nam, yếu tố chi phí, sự quen thuộc về văn hóa và tính an toàn được cảm nhận có thể là lý do khiến người cao tuổi ưa chuộng CAM.

Ngoài ra, triệu chứng trầm cảm cũng có mối liên hệ đáng kể với việc sử dụng CAM. Trong số những người tham gia có triệu chứng trầm cảm, 95,8% cho biết đã sử dụng CAM, so với 84,2% ở nhóm không có triệu chứng này. Điều này cho thấy CAM không chỉ được xem là biện pháp giảm đau mà còn là phương tiện cải thiện sức khỏe tâm thần. Các kỹ thuật thư giãn và một số loại thảo dược thường được xem là có lợi trong kiểm soát rối loạn cảm xúc. Park và cộng sự (2021) nhấn mạnh giá trị trị liệu của yoga và thiền trong việc giảm triệu chứng trầm cảm [21], mặc dù tỉ lệ áp dụng ở Việt Nam vẫn còn hạn chế, cho thấy cần mở rộng việc tiếp cận và truyền thông về những lợi ích này.

Đáng chú ý, nghiên cứu không ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng CAM với các yếu tố nhân khẩu học như giới tính, trình độ học vấn hay tình trạng hôn nhân. Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu tại các quốc gia khác, chẳng hạn Alkhatabi và cộng sự (2023) phát hiện rằng phụ nữ và người có trình độ học vấn cao tại Ả Rập Xê Út có xu hướng sử dụng CAM nhiều hơn [22]. Việc

không có sự khác biệt theo nhân khẩu học trong nghiên cứu này có thể phản ánh sự chấp nhận rộng rãi và phổ biến của CAM trong mọi tầng lớp xã hội tại Việt Nam.

Hạn chế của nghiên cứu

Mặc dù mang lại nhiều thông tin giá trị, nghiên cứu này vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, việc sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện duy nhất làm hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ người cao tuổi tại Việt Nam, đặc biệt là những người sống ở khu vực nông thôn hoặc vùng sâu, vùng xa có mức độ tiếp cận dịch vụ y tế khác nhau. Thứ hai, dữ liệu dựa trên tự báo cáo có thể dẫn đến sai lệch do nhớ lại không chính xác hoặc xu hướng trả lời theo mong muốn xã hội, ảnh hưởng đến độ chính xác của thông tin về tình trạng sức khỏe và việc sử dụng CAM. Thứ ba, thiết kế cắt ngang chỉ cho phép mô tả hiện trạng và các yếu tố liên quan đến việc sử dụng CAM, chứ không đánh giá được hiệu quả hay mức độ an toàn của các phương pháp CAM cụ thể, do đó không đủ cơ sở để đưa ra khuyến nghị điều trị lâm sàng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng hồi quy logistic đa biến do mục tiêu chỉ tập trung mô tả và phân tích mối liên quan ban đầu, chưa nhằm xây dựng mô hình dự báo. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu và sẽ được xem xét khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ sử dụng các liệu pháp y học bổ sung và thay thế (CAM) ở người cao tuổi tại Việt Nam trong quản lý đau mạn tính là rất cao (92,7%), trong đó các biện pháp phổ biến nhất bao gồm thảo dược, các liệu pháp tác động cơ học, và kỹ thuật thư giãn. Việc sử dụng CAM có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tần suất các cơn đau, tiền sử bệnh mạn tính và sự hiện diện của triệu chứng trầm cảm, cho thấy người cao tuổi có xu hướng tìm kiếm các phương pháp tích hợp nhằm giải quyết đồng thời cả khó chịu về thể chất và sức khỏe tâm thần. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi kiến nghị cần tích hợp hợp lý CAM, đặc biệt là thuốc thảo dược và các kỹ thuật thư giãn, vào chăm sóc đau mạn tính cho người cao tuổi. Quá trình này cần gắn liền với đánh giá an toàn và nguy cơ tương tác thuốc, đồng thời tăng cường truyền thông giữa nhân viên y tế và người bệnh. Bên cạnh đó, các chương trình giáo dục sức khỏe nên chú trọng nâng cao nhận thức về lợi ích lâu dài của các kỹ thuật thư giãn, nhằm mở rộng lựa chọn điều trị và cải thiện chất lượng sống cho người cao tuổi. Ngoài ra, các nghiên cứu trong tương lai cần được thực hiện tại nhiều cơ sở khác nhau, kết hợp thiết kế dọc để theo dõi tác động lâu dài của CAM đối với người bệnh.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Tất cả các tác giả cam kết rằng không có bất kỳ xung đột lợi ích nào có thể ảnh hưởng đến việc tiến hành nghiên cứu, viết bản thảo, cũng như quá trình xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stompór M, Grodzicki T, Stompór T, Wordliczek J, Dubiel M, Kurowska I. Prevalence of chronic pain, particularly with neuropathic component, and its effect on overall functioning of elderly patients. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. 2019;25:2695- 2071.
2. Dagnino AP, Campos MM. Chronic pain in the elderly: mechanisms and perspectives. Frontiers in Human Neuroscience. 2022;16:736688
3. Cravello L, Di Santo S, Varrassi G, Benincasa D, Marchettini P, de Tommaso M, et al. Chronic pain in the elderly with cognitive decline: a narrative review. Pain and therapy. 2019;8:53-65.
4. Tompkins DA, Hobelmann JG, Compton P. Providing chronic pain management in the “Fifth Vital Sign” Era: Historical and treatment perspectives on a modern-day medical dilemma. Drug and alcohol dependence. 2017;173:S11-S21.
5. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. Bmj. 2015;350:h532.
6. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what’s in a name? [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Complementary and Integrative Health; 2018 [cited 2025 Sep 27]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
7. Gaul C, Schmidt T, Czaja E, Eismann R, Zierz S. Attitudes towards complementary and alternative medicine in chronic pain syndromes: a questionnaire-based comparison between primary headache and low back pain. BMC complementary and alternative medicine. 2011;11:1-8.
8. Vu HTT, Mai HT, Nguyen HTT, Nguyen TTH, Nguyen TX, Nguyen TN, et al. Older patient satisfaction with chronic pain management in the national geriatric hospital in Vietnam. Patient preference and adherence. 2020:1801-9.
9. Peltzer K, Pengpid S, Puckpinoy A, Yi S, Vu Anh L. The utilization of traditional, complementary and alternative medicine for non-communicable diseases and mental disorders in health care patients in Cambodia, Thailand and

Vietnam. BMC complementary and alternative medicine. 2016;16:1-11.

10. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. National health statistics reports. 2015(79):1-16.

11. Morrissey A-M, O'Neill A, O'Sullivan K, Robinson K. Complementary and alternative medicine use among older adults with musculoskeletal pain: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. British Journal of Pain. 2022;16(1):109-18.

12. Aljawadi MH, Khoja AT, AlOtaibi AD, Alharbi KT, Alodayni MA, AlMetwazi MS, et al. The Utilization of Complementary and Alternative Medicine Among Saudi Older Adults: A Population-Based Study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2020;2020:4357194.

13. Ng JY, Nazir Z, Nault H. Complementary and alternative medicine recommendations for depression: a systematic review and assessment of clinical practice guidelines. BMC complementary medicine and therapies. 2020;20:1-15.

14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine. 2001;16(9):606-13.

15. Bộ Y tế. Quyết định của Bộ Y tế về việc ban hành tài

liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. 2020.

16. Al-Yousef HM, Wajid S, Sales I. Knowledge, beliefs and attitudes towards herbal medicine – A community-based survey from a central region of Saudi Arabia. Ind J Pharm Pr. 2019;12(3):188–93.

17. Nguyen PL, Tran TH, Le MT. Traditional medicine and CAM use among older adults in Vietnam: A mixed-methods study. Vietnam Journal of Public Health. 2023;12(1):45–56.

18. Pham TH, Vu NK, Tran DM. Complementary and alternative medicine use in Southeast Asia: A cross-sectional study. Journal of Asian Health. 2023;10(3):56–63.

19. Wang Y, Liu H, Chen X. The impact of chronic pain intensity and frequency on CAM utilization: A global perspective. Pain Management Nursing. 2022;23(4):200–210.

20. Zhang L, Li X, Huang J. Utilization of complementary medicine for chronic diseases: Insights from a Chinese cohort study. Journal of Integrative Medicine. 2023;21(3):189–197.

21. Park SH, Lee SH, Kim JY. Effectiveness of yoga and meditation in managing depression-related symptoms: A systematic review. Journal of Psychiatric Research. 2021;137:94–101.

22. Alkhatabi N, Alqahtani B, Almohammed S. Gender differences in complementary and alternative medicine use in Saudi Arabia: A population-based study. Journal of Complementary Medicine Research. 2023;14(2):120–128.

Kỹ năng sử dụng và mức độ tuân thủ dụng cụ hít ở bệnh nhân HPQ, COPD và ACOS tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trần Thị Ngọc Anh¹, Hoàng Thị Phương Thảo², Nguyễn Thị Mỹ Diệu², Dương Thị Ngọc Lan^{2*}

¹ Sinh viên Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Dương Thị Ngọc Lan, email: dtnlan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 07/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản (HPQ) và hội chứng chồng lấp (ACOS) là các bệnh hô hấp mạn tính phổ biến, hiệu quả điều trị phụ thuộc kỹ thuật dùng thuốc hít và tuân thủ, nhưng tỉ lệ sai sót và không tuân thủ còn cao.

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Đánh giá kỹ năng sử dụng dụng cụ phân phối thuốc giãn phế quản dạng hít/xịt và mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh HPQ, COPD và ACOS. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kỹ năng thực hành và mức độ tuân thủ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 104 bệnh nhân tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế (03/2024 - 05/2025), sử dụng bảng hỏi, TAI-10/12 và bảng kiểm 9 bước cho MDI, Turbuhaler, Accuhaler. Phân tích bằng thống kê mô tả, Chi-square/Fisher và hồi quy logistic.

Kết quả: Chỉ 14,4% bệnh nhân đạt mức tuân thủ cao. Các loại không tuân thủ thường gặp: không thường xuyên (93,3%), cố ý (81,7%) và hoàn toàn (64,4%). Về kỹ năng thực hành, tỉ lệ đạt chỉ chiếm 40,4%; trong đó người sử dụng MDI sai sót nhiều nhất (61,6%). Hồi quy logistic cho thấy không được hướng dẫn và kỹ năng thực hành không đạt làm giảm đáng kể khả năng tuân thủ; trình độ học vấn thấp và tuân thủ thấp làm giảm khả năng đạt kỹ năng thực hành ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn người bệnh chưa đạt kỹ năng thực hành và mức độ tuân thủ thuốc hít, đặc biệt ở nhóm dùng MDI và có trình độ học vấn thấp. Cần tăng cường đào tạo và hướng dẫn cá thể hóa nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: hen phế quản; COPD; ACOS; tuân thủ điều trị; dụng cụ hít.

Skills in using and adherence to inhaler devices among patients with asthma, COPD, and ACOS

at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Tran Thi Ngoc Anh¹, Hoang Thi Phuong Thao², Nguyen Thi My Dieu², Duong Thi Ngoc Lan^{2*}

¹ Nursing student, Hue University of Medicine and Pharmacy

² Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), asthma (HPQ), and asthma-COPD overlap syndrome (ACOS) are common chronic respiratory diseases. Treatment outcomes largely depend on proper inhaler technique and adherence, yet error rates and non-adherence remain high.

Objectives: 1. To assess inhaler technique and treatment adherence among patients with asthma, COPD, and ACOS. 2. To identify factors associated with inhaler technique and adherence.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 104 patients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital (March 2024 = May 2025). Data collection included a demographic-clinical questionnaire, the TAI-10/12 adherence scales, and a 9-step checklist for MDI, Turbuhaler, and Accuhaler technique. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square/Fisher's exact tests, and logistic regression.

Results: Only 14.4% of patients demonstrated high adherence. The most common types of non-adherence were erratic (93.3%), deliberate (81.7%), and complete (64.4%). Correct inhaler technique was achieved by 40.4% of patients, with the highest error rate among MDI users (61.6%). Logistic regression revealed that lack of instruction and poor inhaler technique significantly reduced adherence, while low education level and poor adherence reduced the likelihood of correct technique ($p < 0.05$).

Conclusions: Most patients did not achieve adequate inhaler technique or treatment adherence, particularly MDI users and those with lower educational levels. Enhanced, individualized education and training are needed to improve treatment effectiveness.

Keyword: *Asthma; COPD; ACOS; treatment adherence; inhaler technique.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản (HPQ) và hội chứng chùng lấp HPQ-COPD (ACOS) là những bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến, có xu hướng gia tăng nhanh chóng tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), COPD hiện nằm trong nhóm nguyên nhân tử vong hàng đầu, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống và gánh nặng kinh tế - xã hội [1].

Thuốc giãn phế quản dạng hít/xịt được khuyến cáo là nền tảng trong điều trị duy trì lâu dài ở cả COPD và HPQ theo GOLD 2023 và GINA 2024 [2, 3]. Bên cạnh lựa chọn được chất, việc sử dụng đúng kỹ thuật là điều kiện tiên quyết để đưa thuốc đến đích phổi hiệu quả và duy trì tuân thủ có vai trò quyết định trong việc kiểm soát triệu chứng, giảm số đợt kịch phát, cải thiện chức năng hô hấp và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh [4].

Nhiều nghiên cứu cho thấy lỗi kỹ thuật khi dùng dụng cụ hít rất phổ biến, gồm không thở ra trước khi hít, phối hợp nhấn - hít không đúng với MDI, hoặc hít không đủ mạnh với DPI [5-8]. Các lỗi này liên quan đến kiểm soát bệnh kém, gia tăng kịch phát và nhập viện [9]. Ở bình diện tuân thủ điều trị, người bệnh bệnh phổi mạn tính thường chỉ đạt mức trung bình; bỏ liều, dùng không đều, hay tự ý ngừng là các hành vi thường gặp [10-12].

Tình trạng sai sót trong kỹ thuật sử dụng thuốc hít ở bệnh nhân hen và COPD tại Việt Nam được ghi nhận ở mức rất cao. Khảo sát tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (2024) cho thấy 91,9% bệnh nhân có kỹ thuật không đạt, trong đó 85,5% sai kỹ thuật và 6,4% hoàn toàn không biết cách sử dụng; các lỗi phổ biến gồm thở ra hết sức (81,3% với MDI; 85,7% với DPI), phối hợp xịt-hít (68,8%), hít mạnh-sâu (66,1%) và nín thở sau khi hít (50 - 55%) [13]. Tại Bệnh viện Hữu Nghị (2024), tỉ lệ mắc ít nhất một lỗi kỹ thuật cũng rất cao: 85,8% ở người dùng MDI và 78,1% ở người dùng DPI, trong đó thở ra hết sức là lỗi phổ biến nhất (MDI 62,5%; DPI 65,6%) [14]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nam Định (2022) ghi nhận 73,2% bệnh nhân MDI sai bước thở ra hết sức, 75,6% sai phối

hợp tay-ấn-miệng-hít, 42,7% sai bước nín thở; trong khi với DPI, sai sót thở ra hết sức và nín thở lần lượt là 53,7% và 46,3% [15]. Những kết quả này nhất quán cho thấy phần lớn người bệnh chưa đạt kỹ năng thực hành đúng, làm nổi bật thực trạng đáng lo ngại về hiệu quả sử dụng thuốc hít tại Việt Nam. Từ thực tế trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm:

1. *Đánh giá kỹ năng sử dụng dụng cụ phân phối thuốc giãn phế quản dạng hít/xịt và mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh HPQ, COPD và ACOS tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.*
2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến kỹ năng sử dụng dụng cụ và mức độ tuân thủ điều trị.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 104 người bệnh HPQ, COPD hoặc ACOS theo khuyến cáo hiện hành của GOLD 2023 và GINA 2024 [2,3], đang điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Tiêu chuẩn lựa chọn: ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán HPQ/COPD/ACOS tại bệnh viện, đang sử dụng thuốc giãn phế quản dạng hít ≥ 3 tháng, có khả năng tự sử dụng dụng cụ, đồng ý tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: không có khả năng giao tiếp/hợp tác (rối loạn ngôn ngữ, tình trạng an thần, không cùng ngôn ngữ với người phỏng vấn) hoặc có bệnh cấp tính nặng kèm theo.

2.2. Thời gian và địa điểm

Thời gian: 03/2024 - 05/2025.

Địa điểm: Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Thiết kế: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Xác định cỡ mẫu: được thực hiện bằng phần mềm G*Power 3.1, sử dụng hồi quy logistic nhị phân với kiểm định Wald test. Các giả định bao gồm: phân tích logistic nhị phân, biến phụ thuộc là thực hành đúng kỹ thuật (đạt/không đạt), tỉ lệ biến phụ thuộc 48% theo nghiên cứu trước [16], hiệu ứng mong đợi Cohen's $f^2 = 0,3$, độ mạnh (power) = 0,80, và số biến

độc lập đưa vào mô hình là 2 (loại dụng cụ và tuân thủ điều trị). Kết quả cho thấy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 99 bệnh nhân; nghiên cứu này thu nhận 104 bệnh nhân, đảm bảo độ mạnh thống kê cần thiết.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Công cụ nghiên cứu: bảng hỏi khảo sát gồm ba phần:

(1) Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chẩn đoán bệnh, thời gian mắc bệnh, tiền sử gia đình, loại dụng cụ hít đang sử dụng, đã được hướng dẫn và người hướng dẫn...

(2) Mức độ tuân thủ điều trị: đánh giá bằng bộ công cụ Test of Adherence to Inhalers (TAI) - phiên bản tiếng Việt đã được dịch và kiểm định trong nghiên cứu trước [17, 18].

Trong nghiên cứu này, mức độ tuân thủ được đánh giá bằng bộ công cụ TAI phiên bản tiếng Việt. TAI-10 gồm 10 câu hỏi tự điền (mỗi câu 1 - 5 điểm, tổng 10 - 50 điểm), phân loại thành tuân thủ cao (50 điểm), trung bình (46 - 49 điểm) và thấp (≤ 45 điểm). TAI-12 bổ sung 2 mục do nhân viên y tế đánh giá, cho phép phân loại các kiểu không tuân thủ: không thường xuyên tuân thủ nếu tổng điểm B1 - B5 < 25 (ngược lại = 25 điểm được coi là tuân thủ thường xuyên); cố ý không tuân thủ nếu B6 - B10 < 25 (ngược lại = 25 điểm là không cố ý); và hoàn toàn không tuân thủ nếu B11 - B12 < 4 (ngược lại = 4 điểm được coi là

có tuân thủ). Cách phân loại này phù hợp với hướng dẫn gốc của TAI và đã được áp dụng trong các nghiên cứu tại Việt Nam [17].

(3) Kỹ năng thực hành dụng cụ hít/xịt: đánh giá bằng bảng kiểm 9 bước cho ba loại dụng cụ: bình xịt định liều (MDI), Turbuhaler và Accuhaler, dựa trên khuyến nghị kỹ thuật quốc tế [4, 5, 17]. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD - Bộ Y tế. Nghiên cứu viên quan sát trực tiếp người bệnh khi thực hành, mỗi bước chấm đúng/sai. Phân loại: đạt nếu đúng $\geq 75\%$ tổng số bước (đúng $\geq 7/9$ bước), chưa đạt nếu < 75% [19]. Công cụ này có giá trị nội dung nhờ xây dựng dựa trên hướng dẫn quốc gia, được rà soát bởi chuyên gia hô hấp - điều dưỡng, và đã cho thấy độ tin cậy nội tại (Cronbach's $\alpha > 0,80$) cũng như tính nhất quán liên đánh giá cao (Kappa > 0,75) trong y văn [9, 17].

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 26.0. Biến định tính trình bày bằng tần suất và tỉ lệ %, biến định lượng bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh tỉ lệ bằng Chi-square hoặc Fisher's exact test. Phân tích hồi quy logistic nhị phân và hồi quy logistic thứ tự đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ và kỹ năng thực hành.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng luận văn Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Người bệnh tham gia trên nguyên tắc tự nguyện, có đồng thuận sau khi được giải thích. Tất cả dữ liệu được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=104)

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40	9	8,70
	40 - 59	19	18,3
	≥ 60	76	73,1
Giới tính	Nam	64	61,5
	Nữ	40	38,5
Dân tộc	Kinh	93	89,4
	Khác	11	10,6
Trình độ học vấn	Không đi học	15	14,4
	Tiểu học	30	28,8
	THCS	35	33,7
	THPT	14	13,5
	TC/CD/ĐH	10	9,60

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Nghề nghiệp	Hưu trí	32	30,8
	Nông dân	21	20,2
	Công nhân	2	1,90
	Sinh viên	2	1,90
	Cán bộ công chức	9	8,70
	Nội trợ	17	16,3
	Khác	21	20,2

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (61,5%), từ 60 tuổi trở lên và phần lớn có trình độ học vấn thấp. Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu là hưu trí (30,8%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và thông tin về dụng cụ hít của đối tượng nghiên cứu (n=104)

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Số năm mắc HPQ/COPD/ACOS	≤ 5 năm	57	54,8
	> 5 năm	47	45,2
Có người thân mắc cùng bệnh lý	Có	33	31,7
	Không	71	68,3
Có người thân sử dụng thuốc giống	Có	28	84,8
	Không	5	15,2
Loại dụng cụ đang sử dụng	Bình xịt định liều	75	72,1
	Bình hít bột khô	17	16,3
	Cả hai	12	11,5
Được hướng dẫn sử dụng dụng cụ	Có	86	82,7
	Không	18	17,3
Nguồn hướng dẫn	Bác sĩ	54	62,8
	Điều dưỡng	32	37,2
	Dược sĩ	19	22,1
	Sinh viên	12	14,0
	Người thân	6	7,00
	Youtube	2	2,30

Thời gian mắc bệnh thường dưới 5 năm. Bình xịt định liều được sử dụng nhiều nhất (72,1%), đa số đã được hướng dẫn bởi bác sĩ hoặc điều dưỡng.

Bảng 3. Đánh giá kỹ năng thực hành sử dụng từng loại dụng cụ điều trị

Dụng cụ	Số người bệnh sử dụng (n)	Đạt	Tỉ lệ (%)	Không đạt	Tỉ lệ (%)
Bình xịt định liều (MDI)	86	33	38,4	53	61,6
Bình hít bột khô Turbuhaler	18	9	50,0	9	50,0
Bình hít bột khô Accuhaler	11	8	72,7	3	27,3

Đa số người bệnh sử dụng bình xịt định liều nhưng tỉ lệ sai sót ở nhóm dùng bình xịt định liều còn cao với 61,6%. Các loại bình hít bột khô có tỉ lệ đạt kỹ năng tốt hơn.

Bảng 4. Đánh giá kỹ năng thực hành sử dụng dụng cụ điều trị (n=104)

Đánh giá kỹ năng thực hành	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đạt kỹ năng thực hành	42	40,4
Không đạt kỹ năng thực hành	62	59,6
Tổng cộng	104	100

Hơn một nửa số người bệnh chưa đạt kỹ năng thực hành chiếm 59,6%, cho thấy việc sử dụng dụng cụ hít còn nhiều hạn chế.

Bảng 5. Mức độ tuân thủ và các loại không tuân thủ sử dụng dụng cụ phân phối thuốc giãn phế quản (n=104)

	Mức độ / Loại tuân thủ	n	Tỉ lệ (%)
Mức độ tuân thủ	Cao	15	14,4
	Trung bình	61	58,7
	Thấp	28	26,9
Loại không tuân thủ	Không thường xuyên tuân thủ	97	93,3
	Tuân thủ thường xuyên	7	6,7
	Cố ý không tuân thủ	85	81,7
	Không cố ý	19	18,3
	Hoàn toàn không tuân thủ	67	64,4
	Có tuân thủ	37	35,6

Đa số người bệnh chỉ đạt mức tuân thủ trung bình, tỉ lệ tuân thủ cao rất thấp. Hành vi không tuân thủ thường gặp nhất là không thường xuyên tuân thủ (93,3%), tiếp đến là cố ý không tuân thủ (81,7%) và hoàn toàn không tuân thủ (64,4%).

Bảng 6. Hồi quy logistic nhị phân về các yếu tố liên quan đến kỹ năng sử dụng dụng cụ

Biến độc lập	B	p	OR (Exp(B))	95% KTC của OR
Tuổi (so với ≥ 60)				
< 40	1,956	0,256	7,07	0,24 - 260,24
40- 59	0,764	0,418	2,15	0,34 - 13,63
Trình độ học vấn (so với TC/CD/ĐH)				
Không đi học	-4,226	0,029	0,02	0,00 – 0,65
Tiểu học	-3,848	0,035	0,02	0,00 – 0,76
THCS	-2,580	0,115	0,08	0,00 – 1,87
THPT	-1,593	0,283	0,20	0,01 – 3,74
Sử dụng thuốc giống người bệnh (so với Có người nhà và dùng thuốc giống)				
Không ai mắc bệnh	-1,413	0,060	0,24	0,06 – 1,06
Có người nhà nhưng không dùng thuốc giống	-20,535	0,999	0,00	0,00 – 0,00
Ai hướng dẫn (so với Bác sĩ)				
Không được hướng dẫn	-1,633	0,221	0,20	0,01 – 2,67
Người khác (điều dưỡng, dược sĩ, sinh viên, người thân)	-1,507	0,055	0,22	0,05 – 1,03
Tuân thủ (so với Trung bình + Cao)				
Thấp	-1,594	0,031	0,21	0,05 – 0,87

Người không đi học có khả năng đạt kỹ năng sử dụng dụng cụ thấp hơn đáng kể so với nhóm có trình độ từ trung cấp trở lên (OR = 0,02; p = 0,029). Người học tiểu học cũng có khả năng thấp hơn rõ rệt (OR = 0,02;

p=0,035). Người bệnh có tuân thủ thấp có khả năng đạt kỹ năng sử dụng dụng cụ thấp hơn so với nhóm tuân thủ trung bình/cao (OR=0,21; p=0,031).

Bảng 7. Phân tích hồi quy logistic thứ tự về các yếu tố liên quan đến mức độ tuân thủ (n=104)

Biến độc lập	B	p	OR (Exp(B))	95% KTC của OR
Giới tính (Nam vs. Nữ)	-0,017	0,984	0,98	0,19 - 5,11
Nghề nghiệp (so với nghề khác)				
Hưu trí	-1,814	0,087	0,16	0,02 - 1,30
Nông dân	-1,595	0,167	0,20	0,02 - 1,95
Công nhân	-0,509	0,768	0,60	0,01 - 7,70
Sinh viên	1,839	0,396	6,29	0,09 - 443,4
Cán bộ công chức	0,911	0,473	2,49	0,21 - 28,9
Nội trợ	0,400	0,696	1,49	0,20 - 11,1
Trình độ học vấn (so với TC/CD/ĐH)				
Không đi học	-1,165	0,459	0,31	0,01 - 6,79
Tiểu học	-1,113	0,458	0,33	0,02 - 6,22
THCS	-2,455	0,842	0,09	0,00 - 7,24
THPT	0,106	0,928	1,11	0,11 - 10,1
Ái hướng dẫn (so với Bác sĩ)				
Không được hướng dẫn	-2,730	0,028	0,07	0,01 - 0,74
Người khác (điều dưỡng, dược sĩ, sinh viên, người thân)	-1,151	0,137	0,32	0,07 - 1,44
Thực hành dụng cụ (Không đạt so với Đạt)	-2,133	0,002	0,12	0,03 - 0,45

Người bệnh không được hướng dẫn có khả năng tuân thủ thấp hơn đáng kể so với nhóm được bác sĩ hướng dẫn (OR = 0,07; p = 0,028). Người bệnh không đạt kỹ năng thực hành có khả năng tuân thủ thấp hơn so với nhóm thực hành đạt (OR = 0,12; p = 0,002).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ năng sử dụng dụng cụ hít và mức độ tuân thủ điều trị.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh đạt kỹ năng thực hành đúng chỉ khoảng 40%, trong đó nhóm sử dụng bình xịt định liều (MDI) gặp khó khăn nhất. Điều này có thể lý giải bởi đặc điểm kỹ thuật phức tạp của MDI, đòi hỏi sự phối hợp nhịp nhàng giữa việc bóp ống và hít vào, vốn khó thực hiện đối với bệnh nhân lớn tuổi hoặc có hạn chế về vận động. Trong khi đó, các dụng cụ hít bột khô như Turbuhaler hay Accuhaler thường yêu cầu ít thao tác hơn, nên tỉ lệ sử dụng đúng cao hơn [4]. Kết quả của chúng tôi tương đồng tổng quan của Sanchis 2016 về lỗi kỹ thuật phổ biến [5], các nghiên cứu quan sát thực tế cho thấy lỗi thao tác liên quan giảm kiểm soát bệnh [6, 7, 9] và tổng quan nhấn mạnh các “lỗi trọng yếu” quyết định hiệu quả lâm sàng [8].

So với nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh với 44,2% bệnh nhân MDI sử dụng đúng [16]; các nghiên cứu Việt Nam gần đây cho thấy tỉ lệ sai kỹ thuật 40–60%

và biến thiên theo loại dụng cụ/đặc điểm người bệnh [17, 18, 20]. Vùng lân cận, khảo sát đa trung tâm tại Thái Lan cũng ghi nhận lỗi kỹ thuật cao ở bệnh nhân COPD [21]. Các bài “điểm sự thật và ngộ nhận” về kỹ thuật hít nhấn mạnh: kỹ thuật đúng là điều kiện bắt buộc để đạt kiểm soát hen tốt [22] và nhiều hiểu nhầm của cả người bệnh lẫn nhân viên y tế cần được sửa bằng huấn luyện chuẩn hóa [23]. Sử dụng nhiều dụng cụ có kỹ thuật khác nhau còn làm xấu kết cục bệnh [24].

Về tuân thủ, đa số chỉ đạt mức trung bình, rất ít đạt cao - điều phù hợp bức tranh quốc tế trong COPD, nơi 30–50% bệnh nhân duy trì tuân thủ đầy đủ [10,11,12]. Điểm đáng chú ý là không thường xuyên tuân thủ chiếm tỉ lệ rất cao trong mẫu của chúng tôi, phản ánh mô hình hành vi bỏ liều/không đều vốn được mô tả rộng rãi ở bệnh phổi mạn [10,12]. Các khảo sát Việt Nam gần đây ở hen và COPD cũng cho thấy tuân thủ tốt < 20%, nhấn mạnh rào cản về nhận thức, chi phí và hệ thống theo dõi điều trị [17,18,20]. Điều này có thể liên quan đến hạn chế trong hệ thống

theo dõi, nhắc nhở bệnh nhân, và cũng cho thấy nhu cầu cấp thiết phải xây dựng các mô hình quản lý điều trị mạn tính tại Việt Nam, trong đó nhân viên y tế cần đóng vai trò chủ động hơn trong việc duy trì tương tác với bệnh nhân.

4.2. Các yếu tố liên quan đến kỹ năng và mức độ tuân thủ

Kết quả hồi quy logistic khẳng định vai trò quan trọng của hướng dẫn từ nhân viên y tế. Bệnh nhân không được hướng dẫn có nguy cơ tuân thủ thấp hơn đáng kể so với nhóm được bác sĩ hướng dẫn, đồng thời những người không đạt kỹ năng thực hành cũng có khả năng tuân thủ thấp hơn. Đây là một mối quan hệ hai chiều: kỹ năng kém làm giảm động lực tuân thủ, và ngược lại, bệnh nhân ít tuân thủ cũng khó duy trì kỹ năng chính xác [9, 20]. Điều này nhất quán với bằng chứng cho thấy lặp lại hướng dẫn cải thiện cả tuân thủ lẫn tình trạng sức khỏe [25] và với các phân tích nhấn mạnh vai trò “can thiệp giáo dục có cấu trúc” trong bệnh mạn [11].

Ngoài ra, trình độ học vấn thấp được chứng minh là yếu tố cản trở đáng kể đối với kỹ năng sử dụng. Bệnh nhân không đi học hoặc chỉ học tiểu học có nguy cơ thực hành sai cao hơn nhiều lần so với nhóm có học vấn từ trung cấp trở lên. Kết quả này phù hợp các tổng quan/khuyến cáo quốc tế về mối liên hệ giữa năng lực nhận thức và thao tác kỹ thuật [5, 22, 23]. Dữ liệu trong nước cũng xác định học vấn thấp là dự báo mạnh của sai kỹ thuật [20]. Do đó, việc chuẩn hóa tài liệu hướng dẫn, sử dụng ngôn ngữ đơn giản, hình ảnh trực quan hoặc thậm chí video minh họa có thể giúp khắc phục rào cản này.

Một phát hiện đáng chú ý khác là tuân thủ thấp có liên quan trực tiếp đến kỹ năng thực hành sai (OR = 0,21). Điều này hàm ý rằng can thiệp vào tuân thủ

không chỉ cải thiện việc dùng thuốc đúng liều mà còn góp phần nâng cao chất lượng thao tác kỹ thuật. Nói cách khác, các chiến lược quản lý điều trị cần đồng thời nhắm đến việc cải thiện nhận thức, thái độ tuân thủ và khả năng thực hành để đạt hiệu quả bền vững.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh HPQ, COPD và ACOS tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đạt kỹ năng thực hành đúng khi sử dụng dụng cụ hít còn thấp (40,4%), trong khi mức độ tuân thủ điều trị chủ yếu ở mức trung bình, với tỉ lệ tuân thủ cao chỉ chiếm 14,4%. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ bao gồm việc được hướng dẫn bởi bác sĩ và khả năng thực hành đạt kỹ năng; trong khi đó, trình độ học vấn thấp và tuân thủ thấp có liên quan đáng kể đến khả năng không đạt kỹ năng sử dụng dụng cụ. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc huấn luyện kỹ thuật bài bản và các biện pháp hỗ trợ nhằm nâng cao tuân thủ, từ đó tối ưu hiệu quả điều trị.

6. KIẾN NGHỊ

Các cơ sở y tế cần tăng cường đào tạo, chú trọng hướng dẫn trực tiếp của bác sĩ và điều dưỡng, đồng thời phát triển các công cụ hỗ trợ trực quan, dễ tiếp cận cho bệnh nhân có trình độ học vấn thấp (ví dụ: video, tranh ảnh, sổ tay). Việc lồng ghép đánh giá kỹ năng và tuân thủ vào quy trình chăm sóc định kỳ sẽ giúp phát hiện sớm khó khăn của người bệnh và triển khai can thiệp kịp thời nhằm nâng cao hiệu quả điều trị lâu dài.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (WHO). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 6 Nov 2024 [cited 2025 Sep 26]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD [Internet]. 2023 report. Available from: <https://goldcopd.org/>
3. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2024 report. Available from: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf.
4. Turégano-Yedro M, Trillo-Calvo E, Navarro i Ros F, Maya-Viejo JD, González Villaescusa C, Echave Sustaeta JM, et al. Inhaler adherence in COPD: a crucial step towards the correct treatment. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:2887–93. doi:10.2147/COPD.S431829.
5. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, et al. Systematic review of errors in inhaler use: has patient technique improved over time? *Chest*. 2016;150(2):394–406.
6. Melani AS, Bonavia M, Cilenti V, et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respir Med*. 2011;105(6):930–8. doi:10.1016/j.rmed.2011.01.005.
7. Price DB, Román-Rodríguez M, McQueen RB, et al. Inhaler errors in the CRITIKAL study: type, frequency,

- and association with asthma outcomes. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2017;5(4):1071–9.e9. doi:10.1016/j.jaip.2017.01.004.
8. Usmani OS, Lavorini F, Marshall J, et al. Critical inhaler errors in asthma and COPD: a systematic review of impact on health outcomes. *Respir Res.* 2018;19:10.
9. Restrepo RD, Alvarez MT, Wittnebel LD, et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:1225–39.
10. Case MA, Eakin MN. Up-to-date guidance towards improving medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Expert Rev Respir Med.* 2023;17(7):539–46. doi:10.1080/17476348.2023.2239708.
11. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax.* 2008;63(9):831–8.
12. Saja MF, Younis AS, Alzahrani LA, Alkhlassi IN, Aldakhil LS, Albayyat RM, et al. The association between medication adherence and health-related quality of life in patients with COPD: a cross-sectional study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2025;20:1567–83. doi:10.2147/COPD.S509949.
13. Nguyễn TS, Nguyễn TD, Nguyễn TH Thư, Ngô TK Ngân, Trần TT Thủy, Phạm A Đức, et al. Thực trạng tuân thủ điều trị và kỹ thuật sử dụng các dạng thuốc hít trên bệnh nhân hen, COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;22(3):36–43.
14. Võ TK Tương, Vũ T Chi. Đánh giá kỹ thuật dùng bình hít xịt định liều trên bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;529(2). Available from: <https://tapchiyhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/12190>.
15. Nguyễn TT, Hoàng TTH, Trần TVA, Đinh QB. Nhận xét kỹ năng sử dụng dụng cụ phân phối thuốc của người bệnh COPD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;516(1):322–6.
16. Nguyen TV, Pham HQ, Nguyen TT, et al. Predictors of inhaler misuse in COPD patients in Vietnam. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2020;15:183–91.
17. Ngo CQ, Phan DM, Vu GV, et al. Inhaler technique and adherence to inhaled medications among patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(2):185. doi:10.3390/ijerph16020185. PMID:30634631; PMCID:PMC6351932.
18. Đặng HT, Nguyễn TDT, Võ PMT, Lê MH. Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị, các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2024;80:78–84. doi:10.58490/ctump.2024i80.2556.
19. Phuong VTH, Anh PDT, Ngọc NPB, Cuc NTK, Le Van Quang PTH. Knowledge, attitude, and practice on inhaler use among outpatients with asthma. *J Med Pharm Hue Univ Med Pharm.* 2023;13(2):127–35.
20. Nguyễn T, Lê T, Cấn K, Lý C, Đỗ T, Phạm V, et al. Vai trò của dược sĩ lâm sàng trong cải thiện kỹ thuật sử dụng các thuốc dạng hít ở bệnh nhân COPD. *Tạp chí Y Dược học – Lâm sàng.* 2021;16(ĐB4). doi:10.52389/ydls.v16iĐB4.944.
21. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N, et al. Evaluating inhaler technique in COPD patients: a multicenter study in Thailand. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:1291–8.
22. Levy ML, Dekhuijzen PNR, Barnes PJ, et al. Inhaler technique: facts and fantasies. *Eur Respir J.* 2016;48(3):982–95.
23. Bosnic-Anticevich S, Chrystyn H, Costello RW, et al. The use of multiple respiratory inhalers requiring different inhalation techniques has an adverse effect on COPD outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017;12:59–71.
24. Chrystyn H, Price DB, Molimard M, et al. Device errors in asthma and COPD: systematic literature review and meta-analysis. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2017;27(1):22.
25. Takemura M, Kobayashi M, Kimura K, et al. Repeated instruction on inhalation technique improves adherence and health status in COPD. *Respir Care.* 2011;56(8):1141–8.

Đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang đo Braden ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú và các yếu tố liên quan

Phạm Thị Thúy Vũ, Đặng Thị Thanh Loan, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn*

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Võ Thanh Tôn, email: vtton@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 01/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Việc hiểu rõ về đặc điểm loét tì đè, các yếu tố liên quan đến loét tì đè và đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang điểm Braden giúp xác định sớm những người bệnh có nguy cơ để áp dụng các biện pháp phòng ngừa kịp thời, từ đó giảm thiểu tỉ lệ mắc loét tì đè, giảm đau đớn cho người bệnh và tối ưu hóa nguồn lực y tế.

Mục tiêu: Mô tả nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở người bệnh cao tuổi (NBCT) điều trị nội trú và xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở NBCT điều trị nội trú.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 382 người bệnh điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp và Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Kết quả: Điểm trung bình của nguy cơ loét tì đè ở NBCT là $17,94 \pm 3,03$. Trong đó, nhận biết cảm giác ghi nhận mức cao nhất $3,90 \pm 0,36$ điểm, ngược lại dinh dưỡng thấp nhất $2,08 \pm 0,83$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp, chỉ số BMI, mức độ thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày và chức năng nhận thức với nguy cơ loét tì ($p < 0,05$).

Kết luận: Cần áp dụng thang đo Braden ngay khi nhập viện, đặc biệt với nhóm > 80 tuổi, BMI thấp, phụ thuộc ADL để sàng lọc sớm nguy cơ và thiết lập kế hoạch chăm sóc phù hợp.

Từ khóa: loét tì đè, người cao tuổi, thang điểm Braden.

Assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale among hospitalized elderly patients and associated factors

Phạm Thị Thúy Vũ, Đặng Thị Thanh Loan, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn*

University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: A clear understanding of the characteristics and risk factors of pressure ulcers, combined with early risk assessment using the Braden Scale, enables timely prevention strategies. This, in turn, helps reduce the incidence of pressure ulcers, alleviate patient discomfort, and optimize healthcare resource allocation.

Objectives: To describe the risk of pressure ulcers using the Braden Scale in hospitalized elderly patients and identify associated factors using the Braden Scale in hospitalized elderly patients.

Materials and method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 382 inpatients treated at the Department of General Internal Medicine - Endocrinology - Rheumatology and the Department of Cardiology at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Results: The mean Braden Scale score was 17.94 ± 3.03 . Among the six subscales, sensory perception had the highest average score (3.90 ± 0.36), while nutrition had the lowest (2.08 ± 0.83). Statistically significant differences in pressure ulcer risk were observed across age groups, occupational status, body mass index (BMI), ability to perform activities of daily living (ADLs), and cognitive function ($p < 0.05$). Conclusion: It is essential to apply the Braden Scale upon hospital admission, particularly for patients aged over 80 years, those with low BMI, and those dependent on activities of daily living (ADL), in order to facilitate early risk screening and establish appropriate care plans.

Keywords: pressure ulcer, elderly patients, Braden Scale.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tì đè là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tì đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào [1]. Đây là một trong những biến chứng phổ biến trong chăm sóc y tế, đặc biệt tại các cơ sở điều trị nội trú, gây kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và đòi hỏi thời gian chăm sóc kéo dài [2]. Loét tì đè không chỉ làm tăng gánh nặng kinh tế mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vì vậy, loét tì đè trở thành mối quan tâm lớn đối với các bệnh viện cũng như cộng đồng y tế toàn cầu. Việc hiểu rõ về đặc điểm loét tì đè, các yếu tố liên quan đến loét tì đè và đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang điểm Braden giúp xác định sớm những người bệnh có nguy cơ để áp dụng các biện pháp phòng ngừa kịp thời, từ đó giảm thiểu tỉ lệ mắc loét tì đè, giảm đau đớn cho người bệnh và tối ưu hóa nguồn lực y tế.

Cho đến nay, mặc dù đã có một số nghiên cứu đánh giá nguy cơ loét tì đè ở người bệnh, nhưng các nghiên cứu này vẫn còn hạn chế về quy mô và phạm vi, đặc biệt là việc phân tích sâu các yếu tố liên quan đến nguy cơ theo thang điểm Braden, nhất là ở nhóm người cao tuổi. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu **“Đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang đo Braden ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú và các yếu tố liên quan.”** được thực hiện với mục tiêu:

1. *Mô tả nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú.*
2. *Xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Người bệnh có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên có chỉ định nhập viện điều trị nội trú tại hai khoa nội Tổng hợp - Nội tiết - cơ xương khớp và Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

- Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không có khả năng giao tiếp bằng lời: câm, điếc.
- Người bệnh bị rối loạn tâm thần, hôn mê, mất ý thức, ...
- Người bệnh không đồng ý vào tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2024 đến tháng 05/2025 tại Khoa Nội Tổng Hợp - Nội Tiết - Cơ Xương Khớp và Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Trường Đại

học Y - Dược Huế.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỉ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết, α : là mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$ tương ứng với độ tin cậy 95% thay vào công thức trên ta được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$), d: sai số mong muốn. Dựa trên kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huân và cộng sự (2023) [3] trên 410 người bệnh tham gia nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh có nguy cơ loét tì là 38,4 %. Vì vậy chúng tôi chọn $p = 0,384$. Sai số cho phép $d = 0,05\%$. Thay các giá trị vào công thức trên, ta có: cỡ mẫu tối thiểu là 364. Để dự phòng sai số trong quá trình thu thập số liệu, lấy thêm 5% dự trữ mất mẫu, thực tế chúng tôi đã điều tra trên 382 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn và phỏng vấn trực tiếp tất cả những người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp và Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 3/2024 đến tháng 5/2025

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: bộ câu hỏi được xây dựng theo cấu trúc gồm 4 phần:

Phần A: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm 10 câu hỏi về các thông tin: tuổi, giới tính, nơi ở, hoàn cảnh sống, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, BMI, loại bệnh kèm...

Phần B: Đánh giá hoạt động chức năng cơ bản tự chăm sóc hằng ngày qua thang đo ADL (Activities of Daily Living - ADL) được phát triển bởi Sidney Katz vào năm 1963 [4]. Thang đo gồm 6 hoạt động cơ bản: tắm rửa, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân, dịch chuyển, kiểm soát cơ trơn và ăn uống. Điểm của thang đo là tổng điểm của các câu hỏi thành phần, mỗi hoạt động được chấm 1 điểm nếu người bệnh thực hiện được một cách độc lập, và 0 điểm nếu cần sự trợ giúp. Tổng điểm dao động từ 0 đến 6, trong đó điểm càng cao thể hiện mức độ độc lập càng lớn. Theo Katz và cộng sự (1963), một người được xem là có sự phụ thuộc chức năng ADL khi giảm khả năng độc lập ở ít nhất một trong sáu hoạt động này. Độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo ADL trong nghiên cứu này là 0,88.

Phần C: Đánh giá Chức năng nhận thức theo thang điểm tâm trí thu nhỏ của Folstein (Mini-Mental State Examination - MMSE) được phát triển bởi Folstein và cộng sự vào năm 1975 [5, 6]. Gồm 7 mục cần đánh giá, được đánh số từ 1 đến 7, trong mỗi đề mục có nhiều hướng dẫn các thao tác thực hiện

test, người làm test đọc cẩn thận tất cả các câu để phỏng vấn người bệnh và cho 01 điểm cho mỗi câu trả lời. Điểm của thang đo là tổng điểm của các câu hỏi thành phần. Tổng điểm dao động từ 0 đến 30. Mục 1.1 - 1.10: đánh giá khả năng định hướng không gian và thời gian (tối đa người bệnh làm tốt được 10 điểm). Mục 2.1 - 2.3: đánh giá sự ghi nhận (3 điểm). Mục 3.1 - 3.5: đánh giá sự chú ý và khả năng tính toán (5 điểm). Mục 4.1 - 4.3: đánh giá trí nhớ gần (3 điểm). Mục 5.1 - 5.3: đánh giá ngôn ngữ (3 điểm). Mục 6.1 - 6.5: đánh giá chức năng thực hiện các hoạt động kết hợp (5 điểm). Mục 7: đánh giá chức năng thị giác (1 điểm). Test MMSE: Tổng điểm là 30 điểm, được đánh giá phân loại như sau: không có suy giảm nhận thức: ≥ 24 điểm và có suy giảm nhận thức: < 24 điểm. Độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo MMSE trong nghiên cứu này là 0,91.

Phần D: Đánh giá nguy cơ loét tì đè qua thang đo Braden (Braden Scale) được phát triển bởi Tiến sĩ Barbara J. Braden và Tiến sĩ Nancy Bergstrom vào những năm 1987 [7, 8]. Gồm 6 mục cần đánh giá bao gồm Nhận biết cảm giác, Độ ẩm da, Hoạt động, Di chuyển, Dinh dưỡng, Ma sát và trượt. Điểm của thang đo là tổng điểm của các câu hỏi thành phần, tổng điểm Braden dao động từ 6 - 23, mỗi mục được chấm điểm từ 1 đến 4, ngoại trừ mục "Ma sát và trượt" được chấm từ 1 đến 3. Tổng điểm có thể dao động từ 6 đến 23, với điểm số thấp hơn cho thấy

nguy cơ loét tì đè cao hơn. Cụ thể, nguy cơ loét tì đè được chia làm 5 mức: Không có nguy cơ: ≥ 19 điểm; Nguy cơ thấp: 15 - 18 điểm; Nguy cơ trung bình: 13 - 14 điểm; Nguy cơ cao: 10 - 12 điểm; Nguy cơ rất cao: ≤ 9 điểm. Độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo Braden trong nghiên cứu này là 0,81.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế phê duyệt. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các nội dung liên quan đến đối tượng tham gia nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học, không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác.

2.7. Xử lý số liệu

Dữ liệu được mô tả và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0, các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: tính tần số (n), tính tỉ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình (Mean), tính độ lệch chuẩn (Standard Deviation), giá trị lớn nhất (min), giá trị nhỏ nhất (max). Sử dụng phép kiểm định chi-square và phân tích mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xét mối liên quan giữa nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden với các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Chỉ số Cronbach alpha cũng được tính khi thực hiện nghiên cứu (pilot) để đảm bảo độ tin cậy của thang đo sử dụng trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 382)

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	60 - 69	147	38,5
	70 - 79	122	31,9
	≥ 80	113	29,6
	Tuổi trung bình	73,7 $\pm$ 9,33	
Giới tính	Nam	162	42,1
	Nữ	221	57,9
Nơi ở	Nông thôn	220	57,6
	Thành thị	162	42,4
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	21	5,5
	Sống cùng người thân	361	94,5
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	10	2,6
	Kết hôn	290	75,9
	Góa/li dị	82	21,5

Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	211	55,2
	Trung học cơ sở	109	28,5
	Trung học phổ thông	46	12
	≥ Cao đẳng, Đại học	16	4,2
Nghề nghiệp	Đang có việc làm	32	8,4
	ở nhà/ nghỉ hưu	350	91,6
BMI	Thiếu cân	100	26,2
	Bình thường	193	50,5
	Thừa cân	58	15,2
	Béo phì	31	8,1
Hoạt động SHHN	Độc lập	272	71,2
	Phụ thuộc	110	28,8
Chức năng nhận thức	Không có SGNT	286	74,9
	Có SGNT	96	25,1
Loại bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	213	55,8
	Đái tháo đường	100	26,2
	Thoái hóa/viêm khớp/	67	17,5
	Tiền sử đột quỵ	14	3,7
	COPD	21	5,5
	Suy tim	33	8,6

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 73,7 tuổi; Đa số người bệnh là nữ chiếm tỉ lệ 57,9%. Nhóm người bệnh có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 50,5%.

3.2. Mức độ nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở NBCT điều trị nội trú

Bảng 2. Phân bố mức độ nguy cơ loét tì đè ở NB theo thang điểm Braden

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ
Nguy cơ cao/ rất cao	18	4,7
Nguy cơ trung bình	44	11,5
Nguy cơ thấp	105	27,5
Không có nguy cơ	215	56,3
Tổng	382	100

Đa số người bệnh không có nguy cơ loét tì đè chiếm 56,3% và có nguy cơ loét tì đè chiếm tỉ lệ 43,7%.

Bảng 3. Phân bố các yếu tố nguy cơ loét tì đè ở NB theo thang đo Braden

Nội dung	$\bar{X} \pm (SD)$	Min - Max
Nhận biết cảm giác	3,90 ± 0,36	1 - 4
Độ ẩm da	3,71 ± 0,58	1 - 4
Hoạt động	2,31 ± 0,93	1 - 4
Di chuyển	3,33 ± 0,80	1 - 4
Dinh dưỡng	2,08 ± 0,83	1 - 4
Ma sát và trượt	2,61 ± 0,58	1 - 3
Điểm trung bình	17,94 ± 3,03	9 - 23

Điểm trung bình thang đo Braden là 17,94 ± 3,03, trong đó, nhận biết cảm giác có điểm TB cao nhất (3,90 ± 0,36), dinh dưỡng có điểm TB thấp nhất (2,08 ± 0,83).

3.3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ loét tì đè theo thang đo braden ở NBCT

Bảng 4. Mối liên quan giữa nguy cơ loét tì đè với các đặc điểm chung

Đặc điểm		Nguy cơ loét tì đè		p
		Không có nguy cơ	Có nguy cơ	
		n (%)	n (%)	
Nhóm tuổi	60 - 69	99 (25,9)	48 (12,6)	< 0,001
	70 - 79	75 (19,6)	47 (12,3)	
	≥ 80	41 (10,7)	72 (18,8)	
Giới tính	Nam	96 (25,1)	65 17,0)	0,261
	Nữ	119 (31,3)	102 (26,7)	
Nơi ở	Nông thôn	129 (33,8)	91 (23,8)	0,280
	Thành thị	86 (22,5)	76 (19,9)	
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	15 (3,9)	6 (1,6)	0.150
	Sống cùng người thân	200 (52,4)	161 (42,1)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	5 (1,3)	5 (1,3)	0,653
	Kết hôn	167 (43,7)	123 (32,2)	
	Góa/ li dị	43 (11,3)	39 (10,2)	
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	109 (28,5)	102 (26,7)	0,144
	Trung học cơ sở	64 (16,8)	45 (11,8)	
	Trung học phổ thông	31 (8,1)	15 (3,9)	
	≥ Cao đẳng, Đại học	11 (2,9)	5 (1,3)	
Nghề nghiệp	Đang có việc làm	25 (6,5)	7 (1,8)	0,009
	ở nhà/ nghỉ hưu	190 (49,7)	160 (41,9)	
Nhóm BMI	Thiếu cân	24 (6,3)	76 (19,9)	< 0,001
	Bình thường	129 (33,8)	64 (16,8)	
	Thừa cân	39 (10,2)	19 (5,0)	
	Béo phì	23 (6,0)	8 (2,1)	
Hoạt động SHHN	Độc lập	211 (55,2)	61 (16,0)	< 0,001
	Phụ thuộc	4 (1,0)	106 2(7,7)	
Chức năng nhận thức	Không có SGNT	191 (50,0)	95 (24,9)	< 0,001
	Có SGNT	24 (6,3)	72 (18,8)	
Loại bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	125 (32,7)	88 (23,0)	0,288
	Đái tháo đường	55 (14,4)	45 (11,8)	0,763
	Thoái hóa/viêm khớp/	8 (2,1)	35 (9,2)	0,121
	Tiền sử đột quỵ	11 (2,9)	6 (1,6)	0.947
	COPD	11 (2,9)	10 (2,6)	0,711
	Suy tim	18 (4,7)	15 (3,9)	0,833

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp, chỉ số BMI, hoạt động sinh hoạt hằng ngày, chức năng nhận thức với nguy cơ loét tì (p < 0,05). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa Giới tính, nơi ở, hoàn cảnh sống, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, loại bệnh kèm theo với nguy cơ loét tì đè (p > 0,05).

3.4. Yếu tố dự báo đến nguy cơ loét tì đè theo thang đo braden ở NBCT

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến

Đặc điểm		Hồi quy đa biến		
		OR	KTC	p
Nhóm tuổi	60 - 69	1		
	70 - 79	0,704	0,353 - 1,407	0,321
	≥ 80	0,674	0,278 - 1,636	0,383
Nghề nghiệp	Đang có việc làm	1		
	Ở nhà/ngỉ hưu	1,732	0,593 - 5,060	0,315
Nhóm BMI	Bình thường	1		
	Thiếu cân	5,357	2,651 - 10,823	0,000
	Thừa cân	0,971	0,413 - 2,284	0,947
	Béo phì	1,178	0,417 - 3,325	0,757
Hoạt động sinh hoạt hàng ngày	Độc lập	1		
	Phụ thuộc	66,282	21,727 - 202,224	0,000
Chức năng nhận thức	Không có suy giảm nhận thức	1		
	Có suy giảm nhận thức	1,978	0,816 - 4,793	0,131

OR: Hệ số tương quan; KTC: Khoảng tin cậy; p: ý nghĩa thống kê

Trong phân tích hồi quy đa biến khi phân tích đồng thời tất cả các biến độc lập với nguy cơ loét tì đè có 2 biến độc lập là chỉ số khối cơ thể (BMI) và mức độ thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL) là những yếu tố có ý nghĩa thống kê trong việc dự đoán nguy cơ loét tì đè ở NBCT ($p < 0,05$). Cụ thể, người thiếu cân có nguy cơ loét tì đè cao hơn khoảng 5,357 lần so với người có BMI bình thường ($OR = 5,357$; $KTC\ 95\%: 2,651 - 10,823$; $p < 0,001$); Người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày có nguy cơ loét tì đè cao vượt trội, gấp khoảng 66,282 lần so với người độc lập ($OR = 66,282$; $KTC\ 95\%: 21,727 - 202,224$; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ở NBCT điều trị nội trú

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 382 NBCT điều trị nội trú cho thấy nhóm không có nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden chiếm tỉ lệ cao nhất 56,3%, nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỉ lệ thấp nhất với 0,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huân và cộng sự (2023) [3] trong đó nhóm không có nguy cơ chiếm 61,6%, nguy cơ rất cao 1,1%. Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định và cộng sự (2019) [9] thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực, có sự khác biệt là đáng kể. Trong nghiên cứu này, nhóm nguy cơ rất cao chiếm tới 11,3%, trong khi nhóm không có nguy cơ chỉ chiếm 6,5%. Với sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, cụ thể nghiên cứu của chúng tôi và của Nguyễn Thanh Huân được thực hiện trên đối tượng NCT điều trị nội trú nội khoa thông thường, trong khi nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định lại tập trung vào bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực – nơi người bệnh thường có tình trạng nặng,

hạn chế vận động, ý thức suy giảm và phụ thuộc hoàn toàn vào chăm sóc, làm gia tăng đáng kể nguy cơ loét tì đè. Từ kết quả trên, có thể thấy rằng việc đánh giá nguy cơ loét tì đè là một bước quan trọng trong chăm sóc người bệnh nội trú, đặc biệt là ở NCT. Mặc dù phần lớn người bệnh trong nghiên cứu thuộc nhóm nguy cơ thấp đến không có nguy cơ, nhưng không nên chủ quan, bởi vì ngay cả những trường hợp nguy cơ trung bình hoặc thấp vẫn có khả năng tiến triển thành loét tì đè nếu không được theo dõi và can thiệp kịp thời. Việc nhận diện sớm các nhóm nguy cơ sẽ giúp nhân viên y tế triển khai hiệu quả các biện pháp dự phòng phù hợp từ đó hạn chế được các biến chứng loét tì đè cho người bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm TB theo thang điểm Braden là $17,94 \pm 3,03$ điểm, thấp nhất là 9 điểm, cao nhất là 23 điểm. Trong đó điểm TB về yếu tố nhận biết cảm giác ($3,90 \pm 0,36$), điểm TB về yếu tố độ ẩm da ($3,71 \pm 0,58$), điểm TB về yếu tố hoạt động ($2,31 \pm 0,93$), điểm TB về yếu tố di chuyển ($3,33 \pm 0,80$), điểm TB về yếu tố ma sát và trượt ($2,61 \pm 0,58$), điểm TB về yếu tố dinh dưỡng thấp nhất

trong các yếu tố được đánh giá, với giá trị TB là $2,08 \pm 0,83$. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương và cộng sự (2022) [10] trên 250 NBCT khi điểm TB theo thang điểm Braden là $16,50 \pm 4,16$, thấp nhất là 6 điểm, cao nhất là 23 điểm, điểm TB nhận biết cảm giác ($3,18 \pm 0,81$), điểm TB về hoạt động ($2,43 \pm 0,99$), điểm TB về di chuyển ($2,70 \pm 1,05$), điểm TB về yếu tố ma sát và trượt ($2,41 \pm 0,71$) với kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. So với một kết quả nghiên cứu khác của Vũ Thị Kim Định và cộng sự (2019)[9] khoa hồi sức tích cực có điểm Braden trung bình $13,18 \pm 3,42$ thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Có sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm khác nhau của nhóm đối tượng nghiên cứu cũng như môi trường chăm sóc. Cụ thể, ĐTNC của chúng tôi chủ yếu là NBCT điều trị tại các khoa nội thông thường, có mức độ bệnh lý ổn định hơn, khả năng vận động và nhận thức còn duy trì ở mức nhất định. Trong khi đó, nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương bao gồm cả người bệnh tại các khoa cấp cứu, hồi sức và các chuyên khoa đặc thù như tâm thần, ung bướu, đặc biệt, nghiên cứu của Vũ Thị Kim Định được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực nơi đa số người bệnh rơi vào tình trạng nặng. Ngoài ra kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Chrystiany Plácido de Brito Vieira và cộng sự (2014) [11], với điểm TB nhận biết cảm giác đạt $3,95 \pm 0,707$, điểm TB về hoạt động là $2,33 \pm 0,733$, điểm TB về yếu tố ma sát và trượt là $2,66 \pm 0,731$. Sự tương đồng với nghiên cứu của Chrystiany có thể do nhóm người bệnh tại Brazil cũng chủ yếu điều trị các bệnh lý nội khoa và chấn thương chỉnh hình. Tuy nhiên điểm TB về dinh dưỡng ($3,08 \pm 0,706$) của nghiên cứu này lại cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ thói quen dinh dưỡng, và khả năng tiếp cận thực phẩm bổ sung ở Việt Nam so với Brazil. Ngoài ra, người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi thường mắc các bệnh lý mạn tính, dẫn đến chán ăn hoặc hạn chế hấp thu dinh dưỡng. Yếu tố dinh dưỡng thấp có thể ảnh hưởng tiêu cực đến các yếu tố khác, chẳng hạn làm giảm sức cơ tác động đến hoạt động và di chuyển hoặc làm chậm quá trình lành vết thương trên da liên quan đến độ ẩm da và ma sát. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu can thiệp dinh dưỡng, như cung cấp thực phẩm giàu protein hoặc tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện.

4.2. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ loét tì đè ở NBCT theo thang đo Braden

Kết quả của chúng tôi, nhóm tuổi từ ≥ 80 tuổi trở lên có nguy cơ loét tì đè so với nhóm tuổi từ 60 - 69 và nhóm tuổi từ 70 - 79, sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê (với $p < 0,05$) tương đồng với nghiên cứu nghiên cứu của Baumgarten và cộng sự (2006) [12] trên 3.233 người bệnh từ 65 tuổi nội trú tại Hoa Kỳ cũng xác định rằng tuổi càng cao thì nguy cơ xuất hiện loét tì đè càng tăng, với mối liên hệ có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$). Kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của Chiari và cộng sự (2017) [13] thực hiện trên 1083 người bệnh gãy cổ xương đùi tại các bệnh viện ở Ý, cho thấy tuổi > 80 là yếu tố nguy cơ độc lập gây loét tì đè (với $p = 0,015$). Người bệnh tuổi càng cao thì có nguy cơ xảy ra loét tì đè càng cao do tác động của quá trình lão hoá da làm thay đổi kết cấu da, giảm độ đàn hồi cũng như độ ẩm da từ đó làm tăng nguy cơ phát triển loét tì đè. Như vậy tuổi của NB là một yếu tố mà người điều dưỡng cần phải lưu ý trong việc lập kế hoạch chăm sóc, cụ thể là kế hoạch chăm sóc cần được cá thể hóa phù hợp với từng độ tuổi và mức độ phụ thuộc của người bệnh nhằm giảm thiểu tối đa nguy cơ loét tì đè xảy ra trong quá trình điều trị nội trú.

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho nữ giới có nguy cơ loét tì đè cao hơn người bệnh nam, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huân và cộng sự (2023) [3] cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và tổn thương tì đè hiện mắc tại thời điểm nhập viện (với $p = 0,291$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người bệnh sống ở nông thôn có nguy cơ loét tì đè cao hơn những người bệnh sống ở thành thị, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$) tương tự với nghiên cứu Marianne Baernholdt và cộng sự (2017).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ loét do tì đè và điều kiện sống của người bệnh ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Huân và cộng sự (2023) [3]. Sự tương đồng này có thể được giải thích bởi đặc điểm văn hóa - xã hội tại Việt Nam, nơi phần lớn NCT sinh sống cùng con cháu và nhận được sự chăm sóc trực tiếp từ gia đình. Mô hình chăm sóc này dẫn đến sự tương đồng trong điều kiện sống của người bệnh, làm giảm sự đa dạng về hoàn cảnh sống trong mẫu nghiên cứu, từ đó hạn chế khả năng phát hiện mối liên hệ thống kê giữa điều kiện sống và nguy cơ loét do tì đè. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Rafiei và cộng sự (2021) [14] cũng chỉ ra rằng việc thiếu quan tâm đúng mức đến vai trò của người chăm sóc trong gia đình có thể dẫn đến thiếu nhận thức và giảm hiệu quả trong phòng ngừa loét do tì đè, làm tăng nguy cơ phát triển tình trạng này ở người bệnh. Do đó, mặc dù điều kiện sống không được xác định là yếu tố nguy cơ chính

trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng việc nâng cao nhận thức và kỹ năng chăm sóc của người thân trong gia đình vẫn đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa loét do tì đè.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ loét do tì đè và tình trạng hôn nhân của người bệnh ($p > 0,05$) tương tự với nghiên cứu của Geridice Lorna de Andrade Moraes và cộng sự (2012) [15]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy những người bệnh ở nhà/ nghỉ hưu có nguy cơ loét tì đè cao hơn người bệnh có việc làm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Kết quả này là một điểm mới, bởi hiện tại chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào trong và ngoài nước đề cập trực tiếp đến mối liên quan giữa tình trạng nghề nghiệp và nguy cơ loét tì đè ở NCT. Tuy nhiên, do đây là một mối liên hệ còn ít được nghiên cứu, nên cần tiến hành thêm nhiều nghiên cứu hơn nữa để xác định rõ hơn mối quan hệ giữa nguy cơ loét tì đè và nghề nghiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden và trình độ học vấn của người bệnh ($p > 0,05$) tương tự với nghiên cứu của tác giả Suellen Duarte de Oliveira Matos và cộng sự (2017) [16], trong đó cũng không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn và tình trạng loét tì đè.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nguy cơ loét tì đè và chức năng nhận thức tương tự với nghiên cứu của Anita Söderqvist và cộng sự (2007) [17], cho thấy mối liên quan giữa chức năng nhận thức và nguy cơ loét tì đè. Suy giảm chức năng nhận thức làm giảm khả năng tự chăm sóc, khả năng nhận biết cảm giác đau hoặc khó chịu, cũng như hạn chế khả năng tự thay đổi tư thế, dẫn đến kéo dài thời gian tì đè lên các vùng dễ tổn thương. Điều này làm giảm tưới máu mô và làm tăng nguy cơ hình thành loét tì đè. Do đó, việc đánh giá sớm chức năng nhận thức là rất cần thiết để nhận diện những người bệnh có nguy cơ cao, từ đó giúp điều dưỡng xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp và can thiệp kịp thời nhằm dự phòng loét tì đè.

4.3. Yếu tố dự báo đến nguy cơ loét tì đè theo thang đo braden ở NBCT

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ loét tì đè và BMI với ($p > 0,05$), những người có BMI bình thường có nguy cơ loét tì đè thấp hơn so với những người thiếu cân hoặc thừa cân. Trong mô hình hồi quy đa biến, người thiếu cân có nguy cơ loét tì đè cao hơn khoảng 5,357 lần so với người có BMI bình thường ($OR = 5,357$; $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự

với nghiên cứu của Yi-Jie Jia và cộng sự (2024)[18] cho thấy mối liên quan giữa BMI và nguy cơ loét tì đè ở người bệnh nội trú ($p < 0,05$). Cụ thể, so với nhóm BMI bình thường, nhóm thiếu cân có nguy cơ loét tì đè tăng 1,70 lần ($OR = 1,70$; KTC 95%: 1,50 - 1,91). Sự tương đồng giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Yi-Jie Jia cho thấy vai trò quan trọng của việc duy trì cân nặng hợp lý trong phòng ngừa loét tì đè, đặc biệt ở nhóm NBCT điều trị nội trú. Như vậy, điều dưỡng cần chú trọng đánh giá BMI ngay từ khi người bệnh nhập viện, đồng thời xây dựng kế hoạch chăm sóc cá thể hóa phù hợp với từng nhóm BMI. Ngoài ra, cần tăng cường các biện pháp phòng ngừa loét tì đè phù hợp với từng nhóm đối tượng, đặc biệt với những người bệnh thiếu cân hoặc thừa cân, nhằm hạn chế tối đa các biến chứng do loét tì đè gây ra.

Kết quả nghiên cứu xác định mức độ phụ thuộc ADL là yếu tố dự báo mạnh nhất cho nguy cơ loét tì đè, tương đồng với nghiên cứu của Patel và cộng sự (2012) [19]. Trong mô hình hồi quy đa biến người bệnh phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày có nguy cơ loét tì đè cao gấp khoảng 66,282 lần so với người độc lập ($OR = 66,282$; KTC 95%: 21,727 - 202,224; $p < 0,001$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Aydın và Mucuk (2014) [20], khi nghiên cứu trên người bệnh nội trú cho thấy 48,9% người bệnh phụ thuộc vào ADL, và mức độ phụ thuộc này có mối tương quan mạnh với nguy cơ loét tì đè theo thang điểm Braden ($p < 0,001$). Từ kết quả nghiên cứu, có thể thấy rằng việc đánh giá sớm mức độ phụ thuộc vào ADL là cần thiết để nhận diện những người bệnh có nguy cơ cao. Điều này giúp đội ngũ điều dưỡng lập kế hoạch chăm sóc và can thiệp dự phòng phù hợp, nhằm giảm thiểu tỉ lệ loét tì đè.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Mức độ nguy cơ loét tì đè: nhóm không có nguy cơ loét tì đè chiếm 56,3%, nguy cơ cao/rất cao chiếm 4,7%. Điểm trung bình của nguy cơ loét tì đè ở người bệnh là $17,94 \pm 3,03$, Trong đó, nhận biết cảm giác ghi nhận mức cao nhất $3,90 \pm 0,36$, ngược lại dinh dưỡng thấp nhất $2,08 \pm 0,83$.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp, chỉ số BMI, hoạt động sinh hoạt hằng ngày, chức năng nhận thức với nguy cơ loét tì ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nơi ở, hoàn cảnh sống, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, loại bệnh kèm theo với nguy cơ loét tì đè ($p > 0,05$).

Điều dưỡng cần áp dụng đánh giá nguy cơ loét tì đè bằng thang đo Braden cho tất cả người bệnh từ 60 tuổi trở lên ngay khi nhập viện để sàng lọc sớm

nguy cơ và thiết lập kế hoạch chăm sóc phù hợp. Đặc biệt trong lâm sàng, điều dưỡng cần áp dụng thang đo Braden khi nhập viện với nhóm >80 tuổi, BMI thấp, phụ thuộc ADL.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Bài 19: Dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè cho người bệnh. Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới - Tập 2. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2020. tr. 55-69.
2. Gorecki C, Nixon J, Madill A, Firth J, Brown JM. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1175-83.
3. Nguyễn Thanh Huân, Nguyễn Thị Lệ Hằng, Nguyễn Văn Thắng, và cộng sự. Đánh giá tỉ lệ, các yếu tố liên quan và nguy cơ của tổn thương tỳ đè ở bệnh nhân cao tuổi nội viện. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;532(1).
4. Y học Phục hồi chức năng. Chỉ số độc lập sinh hoạt hàng ngày Katz [Internet]. 2022 [truy cập 2024 Sep 06]. Có tại: <https://yhocphuchoi.com/cac-bieu-mau-luong-gia/sinh-hoat-hang-ngay-tham-gia/chi-so-adl-katz/>
5. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
6. Y học Phục hồi. Thang đo kiểm tra trạng thái tâm thần ngắn (MMSE) [Internet]. 2022 [truy cập 2024 Sep 06]. Có tại: <https://yhocphuchoi.com/cac-bieu-mau-luong-gia/cac-thang-do-tam-than-kinh/thang-do-kiem-tra-trang-thai-tam-than-ngan-mmse/>
7. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
8. Y học Phục hồi. Thang điểm Braden [Internet]. 2022 [truy cập 2024 Sep 06]. Có tại: <https://yhocphuchoi.com/cac-bieu-mau-luong-gia/thang-do-chuyen-biet/braden-scale/>.
9. Vũ Thị Kim Định, Đào Quang Minh. Khảo sát nguy cơ loét tỳ đè và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nội trú tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2019;3(50):134-9.
10. Dương Thị Thu Hương, Trần Thị Phương, Nguyễn Thị Thúy, và cộng sự. Thực trạng loét áp lực ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2022;63(3).
11. de Brito Vieira CP, et al. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada. *Rev Rene*. 2014;15(4):650-8.
12. Baumgarten M, Margolis DJ, Localio AR, et al. Pressure ulcers among elderly patients early in the hospital stay. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(7):749-54.
13. Chiari P, Forni C, Guberti M, Gazineo D, Ronzoni S, D'Alessandro F. Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: a prognostic cohort study. *PLoS One*. 2017;12(1):e0169909.
14. Rafiei H, Aghaei A, Mehrdad N, Jafaraghaee F. The role of family caregivers in pressure injury prevention guidelines: a scoping review. *Home Healthc Now*. 2021;39(5):253-60.
15. Moraes GLA, Araújo TM, Caetano JÁ, Lopes MVO, Silva MJ. Evaluation of the risk for pressure ulcers in bedridden elderly at home. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(spe1).
16. de Oliveira Matos SD, Farias CP, Nogueira PC, et al. Pressure ulcers in institutionalized elderly people: association of sociodemographic and clinical characteristics and risk factors. *Open J Nurs*. 2017;7(1):111-22.
17. Söderqvist A, Ponzer S, Tidermark J. Cognitive function and pressure ulcers in hip fracture patients. *Scand J Caring Sci*. 2007;21(1):79-83.
18. Jia YJ, et al. Body mass index and pressure injuries risk in hospitalized adult patients: A dose-response analysis. *J Tissue Viability*. 2024.
19. Patel P, Aranha A, Cardozo L. Predictors of pressure ulcer development in nursing home residents: a study from United States National Nursing Home Survey 2004.
20. Aydin G, Mucuk S. The evaluation of daily living activities, pressure sores and risk factors. *Rehabil Nurs J*. 2015;40(2):84-91.

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trần Thị Thu Hằng², Lê Thị Ý Nhi², Nguyễn Thị Nguyệt¹, Đặng Thị Thanh Phúc^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Trung ương Huế

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Thanh Phúc, email: dtthphuc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 27/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trầm cảm là vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt ở nhóm có bệnh mạn tính, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và điều trị bệnh. Xác định tỉ lệ trầm cảm và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 345 người cao tuổi bệnh mạn tính đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 4/2024 đến 4/2025 bằng thang đánh giá trầm cảm (GDS-30).

Kết quả: Tỉ lệ trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính là 41,7%. Trong đó, 35,9% trầm cảm nhẹ và 5,8% trầm cảm nặng. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, số bệnh mạn tính, tự đánh giá sức khỏe và trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỉ lệ trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính là tương đối cao. Do đó, cần tầm soát, phát hiện sớm và can thiệp kịp thời tình trạng trầm cảm ở người cao tuổi, đặc biệt là đối tượng có bệnh mạn tính.

Từ khóa: trầm cảm, người cao tuổi, bệnh mạn tính.

Factors related to depression among older adults with chronic diseases at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Tran Thi Thu Hang², Le Thi Y Nhi², Nguyen Thi Nguyet¹, Dang Thi Thanh Phuc^{1*}

¹ University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Hue Central Hospital

Abstract

Background: Depression is a common mental health problem among older adults, especially those with chronic diseases, and it seriously affects their quality of life and treatment outcomes. To determine the prevalence of depression and to identify associated factors among older adult patients with chronic diseases.

Method: A cross - sectional descriptive study was conducted on 345 older adult patients with chronic diseases at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from April 2024 to April 2025 assessed using the GDS-30.

Results: The prevalence of depression among older adult patients with chronic diseases was 41.7%, with 35.9% having mild depression and 5.8% having severe depression. Age, current occupation, number of chronic diseases, and self-rated health were significantly associated with depression among older adults with chronic diseases ($p < 0.05$).

Conclusions: The prevalence of depression among older adult patients with chronic diseases is relatively high. Therefore, it is necessary to implement routine screening, early detection, and timely intervention for depression in the elderly, especially those with chronic diseases.

Keywords: depression, older adults, chronic disease.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một trong những rối loạn sức khỏe tâm thần phổ biến nhất ở người cao tuổi (NCT), có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, làm gia tăng nguy cơ tàn phế, giảm khả năng hòa nhập xã hội, tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội, đồng thời làm tăng nguy cơ tự sát ở nhóm dân số này [1]. Theo dự báo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trầm cảm sẽ trở thành nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật toàn cầu vào năm 2030 [1]. Thống kê của WHO cho thấy khoảng 5,7% người cao tuổi trên toàn cầu đang mắc trầm cảm [1]. Một phân tích gộp khác chỉ ra rằng tỉ lệ này có thể cao hơn, khoảng 28,4%, với sự khác biệt đáng kể tùy thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội và đặc điểm văn hóa, địa lý của từng khu vực [2].

Tại Việt Nam, xu hướng già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng. Ước tính đến năm 2036, Việt Nam sẽ chính thức bước vào giai đoạn dân số già. Già hóa đi kèm với gánh nặng bệnh tật kép, vừa là bệnh truyền nhiễm, vừa là các bệnh mạn tính không lây. Trong đó, trầm cảm nổi lên như một trong những vấn đề sức khỏe đáng lo ngại ở người cao tuổi. Các nghiên cứu tại nhiều địa phương cho thấy tỉ lệ trầm cảm ở người cao tuổi trong cộng đồng dao động ở mức khá cao: 26,1% tại Hà Nội năm 2019 [3], 28,6% tại Huế năm 2021 [4], và 25,5% tại Kon Tum năm 2020 [5]. Những con số này cho thấy trầm cảm ở người cao tuổi không chỉ là vấn đề y tế cá nhân mà còn mang ý nghĩa xã hội rộng lớn.

Đặc biệt, mối liên hệ giữa trầm cảm và bệnh mạn tính ở người cao tuổi đang ngày càng được quan tâm. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, những người cao tuổi có bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,... có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn nhóm khỏe mạnh [6]. Nguyên nhân có thể do tình trạng bệnh kéo dài, hạn chế vận động, phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc, giảm khả năng tự chăm sóc bản thân, cũng như gánh nặng tài chính và tâm lý từ việc điều trị lâu dài. Sự đồng mắc giữa trầm cảm và bệnh mạn tính không chỉ làm nặng thêm tình trạng bệnh lý nền mà còn ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị, làm tăng tỉ lệ nhập viện, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí y tế.

Mặc dù vậy, tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu về trầm cảm ở người cao tuổi hiện mới chỉ tập trung vào việc xác định tỉ lệ hiện mắc trong cộng đồng, mà chưa đi sâu khảo sát trên nhóm người cao tuổi có bệnh mạn tính - nhóm đối tượng có nguy cơ cao và cần được quan tâm đặc biệt. Khoảng trống này khiến cho việc xây dựng các chương trình sàng

lọc, can thiệp và hỗ trợ tâm lý cho người cao tuổi có bệnh mạn tính chưa thực sự được chú trọng. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Khảo sát tỉ lệ trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng*: người bệnh (NB) cao tuổi (≥ 60 tuổi) bị mắc bệnh mạn tính đang điều trị tại 2 Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu.

* *Tiêu chuẩn chọn mẫu*:

- NB ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán mắc ít nhất 01 bệnh mạn tính và đang điều trị tại 2 Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. NB đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu nếu có một trong các yếu tố sau:

NB bị rối loạn tâm thần, không có khả năng giao tiếp hay suy giảm nhận thức. NB có biến chứng nặng không thể tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp, Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được ước lượng theo công thức ước tính một tỉ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$, p: tỉ lệ người cao tuổi bị trầm cảm tại tỉnh Thừa Thiên Huế (2021) là 28,6% nên chọn $p = 0,286$ [4], $d = 0,05$. Cỡ mẫu tối thiểu là $n = 314$. Để dự phòng sai số trong quá trình thu thập số liệu, lấy thêm 10% dự trữ mất mẫu, chúng tôi đã khảo sát 345 NB.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn và phỏng vấn trực tiếp tất cả những NB đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn

2.3.3. Công cụ nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.
- Đặc điểm liên quan đến bệnh mạn tính: thời gian mắc bệnh, số bệnh mạn tính, tự đánh giá tình

trạng sức khỏe, mức độ hài lòng về sức khỏe, người nhà khi nằm viện, gánh nặng chi phí y tế.

- Đánh giá trầm cảm dựa vào thang đo trầm cảm ở người cao tuổi GDS-30 đã được sử dụng rộng rãi ở các quốc gia khác nhau trên thế giới. Thang GDS được xây dựng và phát triển bởi Jerome A. Yesavage và cộng sự và đã được Nguyễn Thị Tuyết Minh và cộng sự dịch và thẩm định phiên bản tiếng Việt [6]. Thang đo này gồm 30 câu hỏi về tâm trạng của đối tượng trong năm qua và được tính điểm như sau: Từng nội dung trong thang đo tương ứng cho 0 hoặc 1 điểm. Các câu hỏi 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 và 30 được chấm 1 điểm cho đáp án “Không đúng” và 0 điểm cho đáp án “Đúng”; 20 câu hỏi còn lại được chấm 1 điểm cho đáp án “Đúng” và 0 điểm cho đáp án “Không đúng”. Tổng điểm dao động từ 0 đến 30 điểm, điểm càng cao càng phản ánh mức độ nặng của bệnh. Đánh giá người bệnh bị trầm cảm GDS ≥ 10 và không bị trầm cảm khi GDS < 10. Mức độ trầm cảm ở đối tượng được phân loại như sau: 0 $\leq$ GDS < 10: bình thường; 10 $\leq$ GDS < 20: nhẹ; 20 $\leq$ GDS $\leq$ 30: nặng [6]. Độ tin cậy Cronbach’s α trong nghiên cứu thẩm định phiên bản tiếng việt là 0,912 và trong

nghiên cứu này là 0,768.

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn trực tiếp các đối tượng thỏa mãn điều kiện với bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Thời gian phỏng vấn: 20 phút.

2.3.5. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được mô tả và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tần số và tỉ lệ phần trăm câu trả lời. Kiểm định một số yếu tố liên quan với trầm cảm ở người cao tuổi bệnh mạn tính bằng cách sử dụng kiểm định Chi bình phương χ^2 (Chi- square test). Sử dụng Fisher’s Exact Test khi 1 ô trong bảng có tần suất kì vọng nhỏ hơn 5. Phân tích hồi quy đa biến logistic. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế (mã số: H2024/627). Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Tất cả các đối tượng được giải thích cụ thể về mục đích của nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, NB có thể rút lui bất kỳ khi nào nếu không đồng ý.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=345).

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	124	35,9
	Từ 70 đến 79 tuổi	131	38,0
	Từ 80 tuổi trở lên	90	26,1
Tuổi trung bình: ĐTB $\pm$ ĐLC (GTNN- GTLN)		73,11 $\pm$ 8,43 (60 - 98)	
Giới tính	Nam	149	43,2
	Nữ	196	56,8
Trình độ học vấn	Mù chữ và tiểu học	224	64,9
	THCS	57	16,5
	THPT trở lên	64	18,6
Nơi sinh sống	Thành thị	182	52,8
	Nông thôn	163	47,2
Nghề nghiệp hiện tại	Có	85	24,6
	Không	260	75,4
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	10	2,9
	Có gia đình	275	79,7
	Mất vợ (chồng)/Ly dị	60	17,4
Người sống chung	Có	341	98,8
	Không	4	1,2

Số thế hệ trong gia đình	1 thế hệ	12	3,5
	2 thế hệ	15	4,3
	≥ 3 thế hệ	318	92,2
Số bệnh mạn tính	1 bệnh	104	30,2
	2 bệnh	124	35,9
	≥ 3 bệnh	117	33,9
Số năm mắc bệnh	< 1 năm đến < 5 năm	131	38,0
	5 năm đến < 10 năm	70	20,3
	≥ 10 năm	144	41,7
Tình trạng kinh tế	Nghèo/ Cận nghèo	14	4,1
	Không nghèo	331	95,9
Tự đánh giá sức khỏe	Không tốt	238	69,0
	Tốt	107	31,0
Hài lòng về sức khỏe	Không hài lòng	209	60,6
	Hài lòng	136	39,4
Có người nhà khi nằm viện	Có thường xuyên	181	52,5
	Thỉnh thoảng	155	44,9
	Không có	9	2,6
Gánh nặng chi phí y tế	Có	127	36,8
	Không	218	63,2

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình $73,11 \pm 8,43$, chủ yếu là nữ và phần lớn trình độ học vấn thấp, hạn chế khả năng tiếp cận thông tin y tế. Mặc dù, đa số NCT có gia đình, sống cùng người thân và trong gia đình nhiều thế hệ, song tỉ lệ tự đánh giá sức khỏe không tốt vẫn cao (69,0%) và phần lớn mắc bệnh mạn tính. Đáng chú ý, hơn một phần ba cho biết gặp gánh nặng chi phí y tế. Các kết quả này phản ánh thực trạng sức khỏe còn nhiều khó khăn và đặt ra nhu cầu tăng cường chăm sóc, cũng như hỗ trợ kinh tế - xã hội cho NCT.

3.2. Tỉ lệ trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính

Bảng 2. Thực trạng trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính (N = 345)

Thực trạng trầm cảm	Tần số	Tỉ lệ
Bình thường	201	58,3
Trầm cảm nhẹ	124	35,9
Trầm cảm nặng	20	5,8

Tổng điểm GDS: ĐTB ± ĐLC (GTNN - GTLN) $9,15 \pm 5,6$ (0 - 28)

Điểm trung bình GDS của đối tượng nghiên cứu là $9,15 \pm 5,6$, với tỉ lệ trầm cảm 41,7%, trong đó 35,9% mức nhẹ và 5,8% mức nặng. Kết quả cho thấy mặc dù tỉ lệ trầm cảm nặng không cao, song trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ đáng kể, nhấn mạnh sự cần thiết của việc sàng lọc và chăm sóc sức khỏe tâm thần cho NCT mắc bệnh mạn tính.

3.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh lý mạn tính

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh lý mạn tính (N= 345).

Đặc điểm		Trầm cảm		p
		Có n (%)	Không n (%)	
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	28 (22,6)	96 (77,4)	< 0,001
	Từ 70 đến 79 tuổi	55 (42,0)	76 (58,0)	
	Từ 80 tuổi trở lên	61 (67,8)	29 (32,2)	

Giới tính	Nam	51 (34,2)	98 (65,8)	0,014
	Nữ	93 (47,4)	103 (52,6)	
Trình độ học vấn	Mù chữ và tiểu học	113 (50,4)	111 (49,6)	< 0,001
	THCS	16 (28,1)	41 (71,9)	
	THPT trở lên	15 (23,4)	49 (76,6)	
Nơi sinh sống	Thành thị	70 (38,5)	112 (61,5)	0,192
	Nông thôn	74 (45,4)	89 (54,6)	
Nghề nghiệp hiện tại	Có	14 (16,5)	71 (83,5)	< 0,001
	Không	130 (50)	130 (50)	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	4 (40)	6 (60)	0,002*
	Có gia đình	103 (37,5)	172 (62,5)	
	Mất vợ (chồng)/Ly dị	37 (61,7)	23 (38,3)	
Người sống chung	Có	142 (41,6)	199 (58,4)	1,000*
	Không	2 (50)	2 (50)	
Số thế hệ trong gia đình	1 thế hệ	7 (58,3)	5 (41,7)	0,554
	2 thế hệ	6 (40)	9 (60,0)	
	≥ 3 thế hệ	131 (41,2)	187 (58,8)	
Số bệnh mạn tính	1 bệnh	35 (33,7)	69 (66,3)	0,038
	2 bệnh	50 (40,3)	74 (59,7)	
	≥ 3 bệnh	59 (50,4)	58 (49,6)	
Số năm mắc bệnh	< 1 năm - < 5 năm	44 (33,6)	87 (66,4)	0,035
	5 năm - < 10 năm	36 (51,4)	34 (48,6)	
	≥ 10 năm	64 (44,4)	80 (55,6)	
Tình trạng kinh tế	Nghèo/Cận nghèo	9 (64,3)	5 (35,7)	0,099
	Không nghèo	135 (40,8)	196 (59,2)	
Tự đánh giá sức khỏe	Không tốt	125 (52,5)	113 (47,5)	< 0,001
	Tốt	19 (17,8)	88 (82,2)	
Hài lòng về sức khỏe	Không hài lòng	111 (53,1)	98 (46,9)	< 0,001
	Hài lòng	33 (24,3)	103 (75,7)	
Có người nhà khi nằm viện	Có thường xuyên	77 (42,5)	104 (57,5)	0,639
	Thỉnh thoảng	62 (40)	93 (60)	
	Không có	5 (55,6)	4 (44,4)	
Gánh nặng chi phí y tế	Có	58 (45,7)	69 (54,3)	0,308
	Không	86 (39,4)	132 (60,6)	

* Sử dụng Fisher's Exact Test

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở NCT có bệnh mạn tính bao gồm nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, số bệnh mạn tính, số năm mắc bệnh mạn tính, tự đánh giá sức khỏe và mức độ hài lòng về sức khỏe với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến xác định các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh lý mạn tính (N = 345)

Đặc điểm		Trầm cảm		p
		OR	95% CI	
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	1	-	
	Từ 70 đến 79 tuổi	6,14	2,98 - 12,66	< 0,001
	Từ 80 tuổi trở lên	2,91	1,53 - 5,56	0,001
Giới tính	Nam	0,66	0,37 - 1,81	0,162
	Nữ	1	-	
Trình độ học vấn	Mù chữ và tiểu học	1	-	
	THCS	0,70	0,31 - 1,59	0,394
	THPT trở lên	1,27	0,47 - 3,40	0,636
Nghề nghiệp hiện tại	Có	1	-	< 0,001
	Không	3,92	1,86 - 8,27	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	1	-	-
	Có gia đình	0,26	0,04 - 1,56	0,141
	Mất vợ (chồng)/Ly dị	0,97	0,46 - 2,01	0,924
Số bệnh mạn tính	1 bệnh	1	-	-
	2 bệnh	1,22	0,59 - 2,54	0,596
	≥ 3 bệnh	1,93	1,02 - 3,65	0,043
Số năm mắc bệnh	< 1 năm - < 5 năm	1	-	-
	5 năm - < 10 năm	1,03	0,54 - 1,94	0,935
	≥ 10 năm	0,56	0,28 - 1,17	0,126
Tự đánh giá sức khỏe	Tốt	1	-	0,001
	Không tốt	3,97	1,78 - 8,86	
Hài lòng về sức khỏe	Hài lòng	1	-	0,293
	Không hài lòng	1,46	0,72 - 2,98	

R² = 0,378, p < 0,001

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy nguy cơ trầm cảm ở NCT mắc bệnh mạn tính chịu ảnh hưởng bởi tuổi cao, không có nghề nghiệp, mắc nhiều bệnh mạn tính và tự đánh giá sức khỏe kém. Mô hình giải thích được khoảng 37,8% biến thiên nguy cơ trầm cảm. Trong đó, nhóm ≥ 70 tuổi, không có nghề nghiệp, mắc trên 3 bệnh mạn tính và tự đánh giá sức khỏe không tốt đều có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với các nhóm đối chứng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở NCT có bệnh mạn tính là 41,7%. Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ trầm cảm ở NCT có bệnh tim mạch ở thành phố Hồ Chí Minh năm 2024 là 40,6% [7]. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn các nghiên cứu khác ở NCT trong cộng đồng tại Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Hằng Nguyệt Vân và cộng sự ở Hà Nội năm 2019 cho thấy tỷ lệ trầm cảm của NCT trong cộng đồng là 26,1% [3].

Nghiên cứu ở Huế năm 2021 đã xác định tỷ lệ trầm cảm ở NCT là 28,6% [4] và nghiên cứu ở Kon Tum năm 2020 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở NCT là 25,5% [5]. Tỷ lệ này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, như nghiên cứu của Jun và cộng sự (2020) tại Trung Quốc là 21,7% [8] và nghiên cứu của Padayachey, Ramlall, và Chipps (2017) tại Nam Phi là 31% [9]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Trong khi các nghiên cứu trên cộng đồng thường bao gồm cả những NCT khỏe mạnh hoặc có bệnh lý nhẹ, thì nghiên cứu của

chúng tôi tập trung vào nhóm NCT có bệnh mạn tính và đang điều trị nội trú - nhóm vốn có nguy cơ cao mắc trầm cảm do gánh nặng bệnh tật, hạn chế về vận động, sự phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc và sự suy giảm khả năng tự chăm sóc bản thân. Thêm vào đó, nhiều bệnh mạn tính tiến triển kéo dài làm gia tăng cảm giác lo âu, căng thẳng và bi quan, từ đó dễ khởi phát hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng trầm cảm. Điều này hoàn toàn phù hợp với các bằng chứng trước đây cho thấy bệnh mạn tính là một trong những yếu tố nguy cơ cao dẫn đến trầm cảm ở NCT [6].

Trong khi đó, tỉ lệ trầm cảm ở NCT trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với kết quả được ghi nhận bởi Đinh Công Hoan và cộng sự (2023) tại Hà Tĩnh, với tỉ lệ là 46,9% [10]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi một số yếu tố. Thứ nhất, đối tượng nghiên cứu không hoàn toàn đồng nhất: nghiên cứu tại Hà Tĩnh được tiến hành trên nhóm NCT trong cộng đồng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm NCT có bệnh mạn tính đang điều trị nội trú. Thứ hai, bối cảnh địa lý cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả, do sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và sự hỗ trợ từ gia đình - cộng đồng giữa các vùng miền. Thứ ba, thời gian tiến hành nghiên cứu khác nhau cũng có thể tác động, bởi sự thay đổi trong chính sách y tế, sự phát triển của hệ thống chăm sóc sức khỏe

4.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi có bệnh mạn tính

Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã xác định một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng trầm cảm ở NCT có bệnh mạn tính, bao gồm: tuổi, nghề nghiệp hiện tại, số lượng bệnh mạn tính và tự đánh giá sức khỏe của bản thân ($p < 0,05$). Kết quả cho thấy NCT có độ tuổi càng cao thì tỉ lệ trầm cảm càng lớn. Cụ thể, nhóm 70 - 79 tuổi và nhóm trên 80 tuổi mắc bệnh trầm cảm cao hơn so với nhóm 60-69 tuổi lần lượt là 6,14 lần (95%CI: 2,98 - 12,66; $p < 0,001$) và 2,91 lần (95%CI: 1,53 - 5,56; $p = 0,001$). Điều này có thể được lý giải bởi tuổi cao thường đi kèm với sự suy giảm về thể chất, giảm khả năng tự chăm sóc, tăng sự phụ thuộc vào người khác, cũng như gia tăng cảm giác cô đơn trong cuộc sống. Những phát hiện này cũng tương đồng với kết quả từ các nghiên cứu trước đây [3, 10], khẳng định tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của trầm cảm ở NCT.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nghề nghiệp hiện tại có mối liên quan đến trầm cảm ở NCT mắc bệnh mạn tính. Cụ thể, NCT không có nghề nghiệp mắc

bệnh trầm cảm cao hơn nhóm có nghề nghiệp 3,92 lần (95%CI: 1,86 - 8,27; $p < 0,001$). Mối liên hệ này cũng đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu trước đó [3]. Có thể lý giải rằng, NCT có trình độ học vấn cao thường có khả năng tiếp cận thông tin y tế tốt hơn, từ đó hiểu rõ hơn về tình trạng bệnh tật cũng như các biện pháp chăm sóc sức khỏe, giúp họ chủ động và tự tin hơn trong quá trình điều trị. Ngoài ra, trình độ học vấn cao còn gắn liền với khả năng thích ứng xã hội tốt, dễ dàng tìm kiếm sự hỗ trợ tinh thần từ gia đình, cộng đồng. Ngoài ra, việc duy trì hoạt động nghề nghiệp không chỉ giúp NCT có nguồn thu nhập ổn định mà còn mang lại cảm giác được cống hiến, duy trì các mối quan hệ xã hội, từ đó hạn chế cảm giác cô đơn và giảm nguy cơ mắc trầm cảm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh mạn tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm ở NCT. Những NCT mắc trên 3 bệnh mạn tính mắc bệnh trầm cảm cao gấp 1,93 lần so với NCT chỉ mắc 1 bệnh mạn tính (95%CI: 1,02 - 3,65; $p = 0,043$). Nói cách khác, NCT mắc càng nhiều bệnh mạn tính thì nguy cơ mắc trầm cảm càng cao. Phát hiện này cũng phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu trước đây được thực hiện tại Huế [4] và Kon Tum [5]. Điều đáng chú ý hơn là bệnh mạn tính là yếu tố nguy cơ gây ra bệnh trầm cảm [1] và cũng có thể che lấp các triệu chứng của bệnh trầm cảm ở NCT [5]. Do đó, trầm cảm ở NCT có bệnh mạn tính có thể phát hiện muộn [5]. Chính vì vậy, bên cạnh chăm sóc bệnh lý mạn tính thì cần phải chú ý đến chăm sóc tâm lý khi chăm sóc NCT.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng NCT tự đánh giá sức khỏe của mình ở mức chưa tốt có tỉ lệ trầm cảm cao hơn 3,97 lần (95%CI: 1,78 - 8,86; $p = 0,001$) nhóm tự đánh giá sức khỏe tốt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong cộng đồng tại Huế năm 2021 [4]. Điều này có thể lý giải rằng, sự cảm nhận chủ quan về tình trạng sức khỏe có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng tâm lý. Khi NCT cho rằng sức khỏe của họ kém, họ dễ rơi vào tâm lý bi quan, lo lắng, mất niềm tin vào khả năng hồi phục, từ đó làm gia tăng nguy cơ trầm cảm. Phát hiện này nhấn mạnh rằng trong chăm sóc NCT có bệnh mạn tính, nhân viên y tế cần cung cấp thông tin về bệnh cũng như giáo dục nâng cao sức khỏe và cách chăm sóc bệnh mạn tính cho NCT để họ cảm thấy hài lòng, tự tin hơn về vấn đề sức khỏe của bản thân làm giảm nguy cơ mắc bệnh trầm cảm cho NCT.

Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra một số yếu tố có tác động rõ rệt đến trầm cảm ở NCT, nhưng vẫn còn nhiều yếu tố khác chưa được xem xét. Các biến không có ý nghĩa thống kê có thể làm

giảm độ chính xác của mô hình hồi quy logistic. Hơn nữa, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thiếu tính đại diện, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tổng quát hóa kết quả. Cuối cùng, việc dựa vào dữ liệu tự báo cáo có thể dẫn đến sai lệch trong việc đánh giá tình trạng trầm cảm.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ trầm cảm ở NCT có bệnh mạn tính là tương đối cao (41,7%), trong đó chủ yếu là trầm cảm nhẹ (35,9%) và một tỉ lệ nhỏ mắc trầm cảm nặng (5,8%). Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm đối tượng này như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân, số bệnh mạn tính và thời gian mắc bệnh mạn tính, cũng như mức độ hài lòng và tự đánh giá về sức khỏe ($p < 0,05$). Điều này cho thấy trầm cảm là một vấn đề sức khỏe tinh thần đáng lưu ý ở NCT có bệnh mạn tính.

Nghiên cứu có ý nghĩa quan trọng trong việc cung

cấp bằng chứng khoa học nhằm nhấn mạnh sự cần thiết của việc tầm soát, phát hiện sớm và can thiệp trầm cảm ở NCT, đặc biệt trong bối cảnh dân số đang già hóa nhanh chóng và đối mặt với tình trạng đa bệnh lý ở NCT. Bên cạnh điều trị, đội ngũ nhân viên y tế cần được đào tạo để đánh giá và quản lý các vấn đề sức khỏe tâm thần, đặc biệt ở nhóm NCT có yếu tố nguy cơ cao như tuổi cao, không có nghề nghiệp, mắc nhiều bệnh mạn tính, cũng như tự đánh giá sức khỏe không tốt. Ngoài ra, cần chú trọng lồng ghép chăm sóc sức khỏe tâm thần vào quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng, tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, tư vấn, hỗ trợ tâm lý tư vấn, hỗ trợ tâm lý, tăng cường các hoạt động xã hội, kết nối gia đình - cộng đồng nhằm giảm thiểu cảm giác cô đơn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho NCT.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, Yang F. Prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2022 May;311:114511. doi:10.1016/j.psychres.2022.114511
3. Nguyễn HNV, và cộng sự. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi huyện Chương Mỹ, Hà Nội, năm 2019. *Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển.* 2019;3(4):14–21.
4. Nguyễn MT, và cộng sự. Nghiên cứu tỉ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y Dược học.* 2021;2(11):60–9.
5. Lan HN, Thuy NTT. Depression among ethnic minority elderly in the Central Highlands, Vietnam. *Health Psychol Open.* 2020;7(1):1–8.
6. Nguyễn TTM, và cộng sự. Thăm định thang đánh giá trầm cảm ở người cao tuổi (GDS-30) – Phiên bản tiếng Việt. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2022;(46):98–105.
7. Nguyễn TH, Hoàng TT, Nguyễn VBH. Trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi nội trú có bệnh tim mạch: tỉ lệ và yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2024;19(1):29–34.
8. Jun Z, Yingying Z, Zhenggang L, et al. A study on depression of the elderly with different sleep quality in pension institutions in Northeastern China. *BMC Geriatr.* 2020;20(374):1–7.
9. Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *S Afr Fam Pract.* 2017;59(2):61–6.
10. Đình CH, Đàm TBH. Thực trạng trầm cảm của người cao tuổi ở huyện Hương Khê, tỉnh Hà Tĩnh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;524(1A):290–5.

Nỗi sợ sinh con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại một số phường thuộc thành phố Huế: Nghiên cứu pilot tại cộng đồng

Nguyễn Thị Nga^{1*}, Vũ Thị Cúc¹, Nguyễn Quang Ngọc Linh², Nguyễn Thị Thu³, Nguyễn Thị Hương¹

¹ Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

³ Trạm Y tế phường Mỹ Thuận, thành phố Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Nga. Email: nganguyen@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/9/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 02/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nỗi sợ sinh con (Fear of Childbirth - FOC) là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở phụ nữ mang thai, có thể ảnh hưởng bất lợi đến kết cục thai kỳ và trải nghiệm sinh nở. Tại Việt Nam, bằng chứng về FOC còn hạn chế, đặc biệt ở khu vực miền Trung. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định mức độ FOC và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 367 phụ nữ mang thai quý 2 và quý 3, đang sinh sống tại thành phố Huế, từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025. Nỗi sợ sinh con được đánh giá bằng thang đo Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) phiên bản A. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Tỷ lệ phụ nữ mang thai có FOC mức cao và rất cao là 31,1%. Kết quả hồi quy cho thấy phụ nữ mang thai lần đầu có nguy cơ FOC cao hơn 4,91 lần (KTC 95%: 1,15 - 21,04; $p = 0,032$) và phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ FOC cao hơn 2,31 lần (KTC 95%: 1,29 - 4,13; $p = 0,005$) so với nhóm đối chứng. Các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai và bệnh lý thai kỳ không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: FOC là vấn đề phổ biến ở phụ nữ mang thai tại Huế, đặc biệt ở nhóm mang thai lần đầu và có trầm cảm trước sinh. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc lồng ghép sàng lọc và tư vấn về FOC trong các chương trình giáo dục tiền sản và chăm sóc thai kỳ, nhằm giúp thai phụ chuẩn bị tâm lý, nâng cao sự tự tin và cải thiện trải nghiệm sinh nở.

Từ khóa: nỗi sợ sinh con, phụ nữ mang thai, bộ câu hỏi W-DEQ, thành phố Huế, trầm cảm trước sinh.

Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Hue city: a pilot study

Nguyen Thi Nga^{1*}, Vu Thi Cuc¹, Nguyen Quang Ngọc Linh², Nguyen Thi Thu³, Nguyen Thi Huong²

¹ Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³ My Thuong Ward Health Station, Hue City

Abstract

Background: Fear of childbirth (FOC) is a common maternal mental health concern that can adversely affect pregnancy outcomes and childbirth experiences. In Vietnam, evidence regarding FOC remains limited, particularly in the Central regions. This study aimed to determine the prevalence of FOC and its associated factors among pregnant women in Hue City.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted from June to August 2025 among 367 women in their second and third trimesters residing in Hue City. FOC was assessed using the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) version A, translated and adapted into Vietnamese. Multivariable logistic regression was applied to identify associated factors.

Results: The prevalence of high and very high levels of FOC was 31.1%. Multiple logistic regression analysis showed that nulliparous women had a 4.91-fold higher risk of FOC (95% CI: 1.15 - 21.04; $p = 0.032$), and

women with antenatal depression had a 2.31-fold higher risk (95% CI: 1.29 - 4.13; $p = 0.005$), compared with their counterparts. Other factors, including age, occupation, education, gestational trimester, history of miscarriage, and pregnancy complications, were not statistically significant.

Conclusion: FOC is prevalent among pregnant women in Hue City, particularly among nulliparous women and those with antenatal depression. These findings highlight the need to integrate FOC screening and counselling into prenatal education and antenatal care programs to help women prepare psychologically, enhance self-confidence, and improve childbirth experiences.

Keywords: *Fear of Childbirth, Pregnant women, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), Hue city, antenatal depression.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh nở là giai đoạn chuyển tiếp quan trọng về mặt sinh lý, tâm lý và xã hội đối với phụ nữ. Mặc dù phần lớn các ca sinh được xem là ít rủi ro về y khoa, nhiều phụ nữ vẫn trải qua mức độ lo âu hoặc sợ hãi nhất định trong thai kỳ [1]. Nỗi sợ sinh con (Fear of Childbirth - FOC) được định nghĩa là cảm giác lo âu, sợ hãi liên quan đến quá trình mang thai và sinh nở, bắt nguồn từ sự lo lắng về cuộc chuyển dạ sắp tới hoặc từ những trải nghiệm tiêu cực của bản thân hay người khác [2]. FOC là nguồn gây căng thẳng đáng kể, có thể làm tăng nguy cơ biến chứng thai kỳ, kéo dài chuyển dạ, gia tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau/gây mê, đồng thời góp phần làm gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu. Ngoài ra, FOC còn liên quan mật thiết đến rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) sau sinh [2, 3].

Tỉ lệ FOC thay đổi đáng kể trên thế giới, dao động từ 3,7% đến 43% tùy theo công cụ đo lường và định nghĩa [4]. Tỉ lệ FOC nghiêm trọng ở phụ nữ mang thai (PNMT) tại các quốc gia phát triển là 6,3% - 14,8%, trong khi con số này cao hơn ở một số quốc gia thu nhập thấp và trung bình: 27,9% tại Đông Phi, 82,6% tại Thổ Nhĩ Kỳ và 56,6% tại Trung Quốc [2, 5-7]. Ở Việt Nam, tỉ lệ mổ lấy thai đã tăng từ 10% năm 2002 lên 28% năm 2014, trong đó FOC được xem là một yếu tố góp phần quan trọng [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương (TP.HCM) ghi nhận tỉ lệ FOC ở thai phụ quý ba là 30,9%, và cao hơn ở nhóm mang thai lần đầu (34,6%) [9]. Một nghiên cứu khác tại Hà Nội và Cà Mau cũng cho thấy mức độ FOC ở mức trung bình cao [8].

Các nghiên cứu quốc tế và trong nước đã chỉ ra một số yếu tố liên quan đến FOC, bao gồm: tuổi, số con, số lần mang thai, tình trạng sức khỏe tâm thần (như trầm cảm, lo âu), tiền sử thai sản bất lợi, cũng như các yếu tố văn hóa - xã hội [1-3, 6, 7, 9]. Trong đó, phụ nữ mang thai lần đầu và phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trước sinh thường có nguy cơ FOC cao hơn.

Việc nhận diện và đo lường chính xác FOC có vai trò quan trọng trong việc triển khai các can thiệp kịp thời, cải thiện trải nghiệm sinh nở. Trong các công

cụ hiện có, thang đo Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) được sử dụng phổ biến nhất, có độ tin cậy cao và được xác nhận ở nhiều ngôn ngữ [6, 10]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam sử dụng các thang đo tự xây dựng, song sự khác biệt công cụ gây khó khăn trong so sánh kết quả, nhấn mạnh nhu cầu nhất quán phương pháp đo lường.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về FOC trên thế giới, nhưng bằng chứng tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam, vẫn còn hạn chế. Đặc biệt ở khu vực miền Trung như thành phố Huế - nơi có bối cảnh văn hóa và xã hội đặc thù - dữ liệu nghiên cứu gần như chưa có. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mức độ nỗi sợ sinh con và các yếu tố liên quan đến nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai trong quý II và quý III thai kỳ tại một số phường thuộc thành phố Huế. Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu nền tảng cho việc phát triển các can thiệp hỗ trợ tâm lý đồng thời gợi mở định hướng lồng ghép sàng lọc và tư vấn FOC vào công tác chăm sóc điều dưỡng, đặc biệt trong các buổi khám thai định kỳ và giáo dục tiền sản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ mang thai từ 18 tuổi trở lên, đang ở quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ và cư trú tại thành phố Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ đang điều trị rối loạn tâm thần không thể giao tiếp thông thường; có khuyết tật ngôn ngữ, khiếm thính, thiếu năng trí tuệ, bệnh cấp tính nặng; hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 8 phường thuộc thành phố Huế (16 phường cũ thuộc thành phố Huế), từ tháng 6/2025 đến tháng 8/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu này là 1 nghiên cứu pilot từ nghiên cứu lớn "Áp dụng mô hình cấu trúc tuyến tính phân tích mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố tác

nhân và trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai tại Thành phố Huế". Cỡ mẫu từ nghiên cứu lớn được tính toán từ công thức ước tính một tỉ lệ cho nghiên cứu cắt ngang với p tham khảo từ nghiên cứu tại Việt Nam với tỉ lệ trầm cảm trước sinh sử dụng cùng thang đo EPDS là 24,5% [11]. Theo số liệu thống kê năm 2023, số phụ nữ mang thai ở 2 quận ở Thành phố Huế là 5400 người, phụ nữ mang thai ở Quý 2,3 là 3600, mức sai số $d = 0,05$, mức ý nghĩa 0,05, cỡ mẫu tính toán được là 264 phụ nữ mang thai [12]. Dự kiến khoảng 10% phụ nữ mang thai từ chối tham gia vào nghiên cứu và hệ số thiết kế là 2, cỡ mẫu dự tính sẽ là 581 phụ nữ mang thai.

Trong nghiên cứu pilot này, chúng tôi thực hiện trên 367 phụ nữ mang thai nhằm đánh giá sơ bộ mức độ nỗi sợ sinh con, đồng thời kiểm tra tính khả thi của công cụ và quy trình thu thập số liệu.

Phương pháp chọn mẫu:

Do việc lập danh sách phụ nữ mang thai được tiến hành trước khi thành phố Huế có quyết định sát nhập các xã/phường, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên các phường ở 2 quận Thuận Hóa và Phú Xuân vào nghiên cứu. Do kích thước mẫu ở quận Thuận Hóa gấp 1,4 lần so với quận Phú Xuân nên chọn số lượng phường được chọn theo kích thước mẫu. Chọn ngẫu nhiên 10 phường trong đó: 6 phường từ quận Thuận Hóa và 4 phường từ quận Phú Xuân vào nghiên cứu.

Giai đoạn 2: Chọn tất cả phụ nữ mang thai ở mỗi phường thỏa mãn điều kiện lựa chọn và điều kiện loại trừ vào nghiên cứu.

Khi tiến hành nghiên cứu, các phường được chọn là: 4 phường thuộc quận Phú Xuân: Đông Ba, Kim Long, Tây Lộc và Gia Hội; 6 phường thuộc quận Thuận Hóa: Phước Vĩnh, Thuận An, Dương Nổ, Trường An, Thủy Xuân và Phường Đức. Số mẫu thu thập được là 367/390 phụ nữ mang thai. Tỉ lệ phản hồi 94,1%.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) được dịch sang tiếng Việt theo quy trình chuẩn hóa [13]. Trước tiên, công cụ được dịch xuôi và dịch ngược từ tiếng Anh sang tiếng Việt độc lập bởi hai giảng viên có năng lực ngoại ngữ và xuất bản bài báo quốc tế trong lĩnh vực y tế công cộng. Hai bản dịch tiếng Việt được so sánh và đối chiếu để thống nhất thành một bản dịch chung. Sau đó, bản dịch tiếng Việt này được dịch ngược sang tiếng Anh, và bản dịch ngược được so sánh với bản gốc tiếng Anh

nhằm đảm bảo tính tương đương ngữ nghĩa. Quá trình này có sự tham vấn và góp ý của một bác sĩ chuyên khoa tâm thần để bảo đảm tính phù hợp về chuyên môn. Phiên bản tiếng Việt sau khi hoàn thiện được thử nghiệm sơ bộ (pilot testing) trên 5 phụ nữ mang thai để đánh giá mức độ dễ hiểu, tính rõ ràng và sự phù hợp về ngữ cảnh. Dựa trên kết quả thử nghiệm, bộ công cụ được chỉnh sửa và hoàn thiện trước khi đưa vào nghiên cứu chính thức.

Phương pháp thu thập số liệu: các nữ hộ sinh tại trạm y tế phường phát bảng hỏi tự điền cho thai phụ tại các buổi tiêm chủng mở rộng hằng tháng. Danh sách những người chưa tham gia sẽ được đối chiếu và mời bổ sung. Sau mỗi buổi thu thập, bộ câu hỏi được kiểm tra chéo và làm sạch dữ liệu trong ngày

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Biến phụ thuộc: nỗi sợ sinh con được đo lường bằng thang đo W-DEQ với 33 câu hỏi sử dụng thang đo Likert từ 0 - 5 điểm. Thang điểm có khoảng từ 0 - 165 điểm. Tham khảo các nghiên cứu trên thế giới, mức độ của FOC được phân chia theo các mức: mức độ thấp (dưới 38 điểm), mức độ trung bình (38 - 65,9 điểm), mức độ cao (66 - 84,9 điểm) và mức độ rất cao (từ 85 điểm) [10, 14, 15].

Các biến độc lập:

Các biến nhân khẩu học: tuổi, tôn giáo, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hoàn cảnh gia đình, tình trạng hôn nhân, hút thuốc lá và sử dụng bia/rượu, trầm cảm trước sinh.

Các biến thai sản: quý thai, số lần mang thai, số con, tiền sử thai sản (số lần sinh, số sảy, số thai lưu), mang thai theo kế hoạch, khám thai định kỳ và bệnh lý thai kỳ.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả: số lượng, tỉ lệ hoặc trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả các biến độc lập và phụ thuộc.

Mô hình hồi quy Logistic đa biến được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và mức độ FOC ở phụ nữ mang thai. Trong phân tích hồi quy Logistic đa biến, biến FOC được chia làm 2 nhóm, nhóm có FOC nhẹ và trung bình và nhóm có FOC cao và rất cao.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế số H2025/427, ngày 16 tháng 5 năm 2025.

Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của đối tượng hoàn toàn được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 367)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Dưới 25 tuổi	48	13,1
	25 đến dưới 35 tuổi	233	63,5
	Từ 35 tuổi trở lên	86	23,4
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	30,4 (5,33)	
Dân tộc	Kinh	365	99,5
	Khác	2	0,5
Tôn giáo	Không tôn giáo	202	55,0
	Phật giáo	146	39,8
	Công giáo/Cao đài	19	5,2
Hoàn cảnh gia đình	Hộ nghèo/cận nghèo	5	1,4
	Hộ bình thường	362	98,6
Trình độ học vấn	Từ trung học cơ sở (THCS) trở xuống	98	26,7
	Trung học phổ thông (THPT)	98	26,7
	Trên trung học phổ thông (THPT)	171	46,6
Nghề nghiệp	Nội trợ	77	21,0
	Lao động tự do	172	46,8
	Cán bộ công chức (CBCC), nhân viên	118	32,2
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	365	99,5
	Ly dị/Góa	2	0,5
Hút thuốc lá	Có	3	0,8
	Không	364	99,2
Uống rượu/bia	Có	39	10,6
	Không	328	89,4
Trầm cảm trước sinh	Có	63	17,2
	Không	304	82,8

Qua nghiên cứu 367 phụ nữ mang thai có độ tuổi trung bình $30,4 \pm 5,33$, nhóm tuổi 25 đến dưới 35 chiếm tỉ lệ cao (63,5%). Hầu hết đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh (99,5%), hộ bình thường (98,6%), có chồng (99,5%), không hút thuốc lá (99,2%) và không uống rượu/ bia (89,4%). Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trên THPT, lao động tự do, và không theo tôn giáo nào chiếm tỉ lệ cao (lần lượt 46,6%; 46,8% và 55,0%). Tỉ lệ phụ nữ mang thai bị trầm cảm là 17,2%.

Bảng 2. Đặc điểm thai sản

	Đặc điểm	Số lượng (n = 367)	Tỉ lệ (%)
Quý thai	Quý 2	111	30,2
	Quý 3	256	69,8
Số lần mang thai	Lần đầu	112	30,5
	Từ 2 lần trở lên	255	69,5
Số con	Chưa có con	122	33,2
	Từ 1 - 2 con	226	61,5
	Trên 2 con	19	5,2

Tiền sử	Sảy thai	39	15,3
	Sinh non	7	2,8
	Thai lưu	15	5,9
Mang thai theo kế hoạch	Có	287	78,2
	Không	80	21,8
Khám thai định kỳ	Có	360	98,1
	Không	7	1,9
Bệnh lý ở thai kỳ này	Có	15	4,1
	Không	352	95,9

Hầu hết đối tượng nghiên cứu khám thai định kỳ và không có bệnh lý ở thai kỳ (98,1% và 95,9%). Đối tượng nghiên cứu quý 3 của thai kỳ, mang thai lần 2 trở lên, từ 1-2 con và mang thai theo kế hoạch (lần lượt 69,8%; 69,5%; 61,5% và 78,2%). PNMT có tiền sử sảy thai chiếm 15,3%; sinh non chiếm 2,8% và thai lưu chiếm 5,9%.

Bảng 3. Nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai

Nỗi sợ sinh con	Số lượng	Tỉ lệ
Điểm trung bình (Độ lệch chuẩn)	52,32 (20,09)	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	5 - 10	
Thấp	90	24,5
Trung bình	163	44,4
Cao	103	28,1
Rất cao	11	3,0
Tổng	367	100,0

Điểm trung bình của FOC là 52,32 điểm. Trong 367 PNMT, tỉ lệ phụ nữ mang thai có nỗi sợ sinh con cao và rất cao chiếm 31,1%.

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến kiểm định các yếu tố liên quan đến nỗi sợ sinh con của đối tượng nghiên cứu

Biến độc lập		aOR	KTC 95%		p
Tuổi	Dưới 25 tuổi	1			
	25 đến dưới 35 tuổi	0,760	0,368	1,571	0,495
	Từ 35 tuổi trở lên	0,788	0,336	1,847	0,584
Nghề nghiệp	Nội trợ, lao động tự do	1			
	CBVC, Nhân viên	1,118	0,677	1,844	0,664
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	1			
	Trên THPT	1,074	0,673	1,715	0,765
Quý thai	Quý 2	1,24	0,758	2,035	0,39
	Quý 3	1			
Số con	Chưa có con	4,91	1,147	21,04	0,032
	Đã có con	1			
Sảy thai	Không	1,425	0,600	3,386	0,422
	Có	1			
Bệnh lý thai kỳ	Không	1,282	0,381	4,321	0,688
	Có	1			

Trầm cảm trước sinh	Không Có	1 2,31	1,29	4,13	0,005
---------------------	----------	-----------	------	------	--------------

Kết quả hồi quy logistic đa biến (Bảng 4) cho thấy có hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai. Cụ thể, những thai phụ chưa có con có nguy cơ xuất hiện nỗi sợ sinh con cao gấp 4,91 lần so với nhóm đã có con (aOR = 4,91; KTC 95%: 1,147 - 21,04; p = 0,032). Ngoài ra, những phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ nỗi sợ sinh con cao gấp 2,31 lần so với nhóm không có trầm cảm (aOR = 2,31; KTC 95%: 1,29 - 4,13; p = 0,005). Trong khi đó, các yếu tố khác bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai và bệnh lý thai kỳ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi sợ sinh con (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, phụ nữ mang thai có độ tuổi trung bình 30,4 ± 5,33, nhóm tuổi 25 đến dưới 35 chiếm tỉ lệ cao (63,5%), phù hợp với độ tuổi sinh đẻ theo khuyến cáo của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế thế giới. Điều này cũng phù hợp với xu hướng kết hôn sinh con của phụ nữ sống tại các vùng đô thị. Hầu hết đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh (99,5%), hộ bình thường (98,6%), có chồng (99,5%). Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trên THPT, lao động tự do, và không theo tôn giáo nào chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 46,6%; 46,8% và 55,0%. Những đặc điểm này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước [1, 9].

Nỗi sợ sinh con (FOC) nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như né tránh sinh con, phá thai sớm, tăng tỉ lệ sinh mổ, trầm cảm sau sinh hoặc rối loạn căng thẳng sau sang chấn; đồng thời ảnh hưởng tiêu cực đến mối quan hệ mẹ - con và sự phát triển tinh thần của trẻ [16]. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ FOC mức cao và rất cao là 31,1%. Con số này nằm trong khoảng dao động toàn cầu (3,7% - 43%), phụ thuộc vào công cụ đo lường và cách định nghĩa [4]. Ở các nước phát triển, FOC nghiêm trọng thường dao động 6,3% - 14,8%, trong khi tỉ lệ này cao hơn ở Đông Phi (27,9%), Thổ Nhĩ Kỳ (82,6%) và Trung Quốc (56,6%) [2, 5-7].

Ở Việt Nam, tỉ lệ mổ lấy thai đã gia tăng nhanh chóng từ 10% vào năm 2002 lên 28% vào năm 2014, và FOC được coi là một yếu tố đóng góp chính vào xu hướng này [8]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương, TP.HCM, ghi nhận tỉ lệ FOC là 30,9% ở thai phụ quý ba, cũng như nghiên cứu đa trung tâm tại Hà Nội và Cà Mau, cho thấy mức độ FOC trung bình - cao [8, 9]. Nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trên phụ nữ mang thai lần đầu cũng cho thấy hơn 46% có FOC mức độ nhẹ và 20% ở mức độ nặng [1]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm mẫu (phụ nữ mang thai lần đầu so với nhóm tất cả phụ nữ mang thai), thời điểm khảo sát (quý thai) và công cụ đo lường (FOBS, W-DEQ, Fear of Birth Scale). Những bằng chứng này khẳng định FOC là một vấn đề phổ biến tại Việt Nam, không chỉ ở

các đô thị lớn mà còn hiện diện ở khu vực miền Trung như Huế và cần được giới học thuật và các cơ sở y tế quan tâm đúng mức.

Về các yếu tố liên quan đến FOC, kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ mang thai lần đầu có nguy cơ trải qua nỗi sợ sinh con cao hơn so với nhóm mang thai nhiều lần phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam và trên thế giới. Lý giải có thể do phụ nữ mang thai lần đầu thiếu kinh nghiệm và ít kiến thức thực tế về quá trình chuyển dạ, từ đó dễ lo lắng hơn [1, 3, 5]. Tương tự, nghiên cứu tại Ba Lan và Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho thấy sản phụ mang thai lần đầu thường báo cáo mức độ FOC cao hơn, do sự thiếu hụt trải nghiệm và lo ngại về những tình huống không lường trước trong quá trình sinh [3, 5]. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng khẳng định mối liên quan giữa trầm cảm trước sinh và FOC, khi phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trước sinh có nguy cơ FOC cao gấp 2,31 lần so với nhóm không trầm cảm. Phát hiện này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu ở Đông Phi và Trung Quốc, vốn nhấn mạnh mối liên hệ chặt chẽ giữa sức khỏe tâm thần trong thai kỳ và mức độ lo âu, sợ hãi khi sinh [6, 7]. Theo Chen và cộng sự (2024), FOC có thể vừa là hệ quả vừa là yếu tố làm trầm trọng thêm tình trạng trầm cảm, tạo thành mối quan hệ hai chiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần người phụ nữ [4]. Ngược lại, các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai hay bệnh lý thai kỳ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với FOC trong nghiên cứu này. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trước đó tại Ethiopia và Thổ Nhĩ Kỳ, nơi các đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử sản khoa được ghi nhận có ảnh hưởng đến mức độ FOC [5, 6]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc thù mẫu nghiên cứu, bối cảnh văn hóa - xã hội cũng như công cụ đo lường được sử dụng.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên đánh giá thực trạng nỗi sợ sinh con phụ nữ mang thai tại khu vực miền Trung. Đây cũng là một nghiên cứu thí điểm (pilot study) trong khuôn khổ nghiên cứu lớn hơn về trầm cảm ở phụ nữ mang thai trong quý 2 và quý 3 tại thành phố Huế. Kết quả nghiên cứu này cho

thấy tỉ lệ FOC cao đặt ra yêu cầu tích hợp hoạt động sàng lọc, tư vấn tâm lý và giáo dục tiền sản trong chăm sóc thai phụ. Việc sử dụng công cụ chuẩn hóa như W-DEQ trong khám thai định kỳ, cùng với vai trò đồng hành của điều dưỡng và nữ hộ sinh, có thể giúp phát hiện sớm thai phụ có FOC, từ đó hỗ trợ kịp thời, nâng cao sự tự tin trước sinh và giảm thiểu nguy cơ biến chứng tâm lý sau sinh.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, công cụ W-DEQ mặc dù đã được dịch và hiệu chỉnh nhưng chưa được đánh giá đầy đủ về độ tin cậy và giá trị trong bối cảnh Việt Nam. Thứ hai, với thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chưa xác định được mối quan hệ nhân quả giữa trầm cảm trước sinh và FOC. Thứ ba, do là một phần của nghiên cứu lớn hơn về trầm cảm trước sinh, cỡ mẫu còn hạn chế, ảnh hưởng đến khả năng phân tích chi tiết các yếu tố sản khoa. Tuy vậy, nghiên cứu vẫn cung cấp bằng chứng quan trọng về thực trạng FOC tại thành phố Huế. Các nghiên cứu tiếp theo cần có cỡ mẫu lớn hơn, tiến hành các phân

tích sâu hơn để chuẩn hóa W-DEQ trong bối cảnh Việt Nam và áp dụng mô hình cấu trúc tuyến tính để làm rõ mối quan hệ nhân quả giữa FOC, trầm cảm trước sinh và các yếu tố nguy cơ khác.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 31,1% phụ nữ mang thai có mức độ nỗi sợ sinh con cao và rất cao. Phụ nữ mang thai lần đầu và phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ cao hơn. Kết quả này cung cấp bằng chứng thực tiễn quan trọng, góp phần làm rõ thực trạng FOC tại khu vực miền Trung, đồng thời gợi mở nhu cầu tích hợp sàng lọc và tư vấn tâm lý trong chăm sóc thai kỳ, nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ và cải thiện sức khỏe tinh thần cho phụ nữ mang thai.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Huế (Mã số đề tài: DHH2025-04-234)

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Nhẫn, Đỗ Thị Hương, Bùi Thị Kim Thảo, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Nguyễn Thị Kiều Trang, Phạm Thị Mộng Nghi, et al. Thực trạng nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai lần đầu tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2025;28(3):124-30.
2. Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28.
3. Ilska M, Brandt-Salmeri A, Kolodziej-Zaleska A, Banas E, Gelner H, Cnota W. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Sci Rep*. 2021;11(1):4397.
4. Chen C, Hussein SZB, Nasri NWM, Yao J, Qin Y, Zhao Z, et al. Fear of childbirth among pregnant women: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2024;80(11):4476-87.
5. Sercekus P, Vardar O, Ozkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100501.
6. Abebe M, Tebeje TM, Yimer N, Simon T, Belete A, Melaku G, et al. Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2024;139:104191.
7. Zhang T, Liu M, Min F, Wei W, Liu Y, Tong J, et al. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):574.
8. Nguyen LD, Nguyen LH, Ninh LT, Nguyen HTT, Nguyen AD, Vu LG, et al. Fear of Childbirth and Preferences for Prevention Services among Urban Pregnant Women in a Developing Country: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10).
9. Huynh Nguyen Khanh Trang, Hoang Thi Diem Tuyet, Trieu Thi Ngoc Diep, Ngo Minh Xuan. Fear of childbirth in the third trimester at Hung Vuong Hospital, Vietnam. *Medical Science*. 2020;24(104):2504-10.
10. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97.
11. Hue MT, Nguyen Van NH, Nha PP, Vu NT, Duc PM, Van Trang NT, et al. Factors associated with antenatal depression among pregnant women in Vietnam: A multisite cross-sectional survey. *Health Psychol Open*. 2020;7(1):2055102920914076.
12. Trung tâm Y tế thành phố Huế. Báo cáo tổng hợp số Thai phụ tại quận Thuận Hóa và Phú Xuân. 2023.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91.
14. Dereje A, Dheresa M, Desalew A, Tura AK. Fear of childbirth among pregnant women in Eastern Ethiopia: A community-based study. *Midwifery*. 2023;116:103515.
15. Zar M, Wijma K, Wijma M. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2010;30(2):75-84.
16. Ruger-Navarrete A, Vazquez-Lara JM, Antunez-Calvente I, Rodriguez-Diaz L, Riesco-Gonzalez FJ, Palomo-Gomez R, et al. Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3).

Đánh giá kết quả chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật tạo hình bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên tại bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trần Nhật Tiến^{1,2*}, Nguyễn Hải Phong¹, Nguyễn Thị Thành², Lê Hồng Phúc^{1,2}

¹Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tác giả liên hệ: Trần Nhật Tiến, email: tntien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 16/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Khuyết hổng phần mềm chi thể và thân mình là thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình. Vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống mạch liền ngày càng được ứng dụng nhờ thiết kế linh hoạt, bảo tồn mạch chính và ít biến chứng vùng cho. Chăm sóc và theo dõi hậu phẫu đóng vai trò quyết định trong sự sống còn của vật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 43 bệnh nhân khuyết hổng phần mềm được che phủ bằng 43 vật nhánh xuyên ngẫu nhiên tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (11/2023 - 7/2025). Các biến số thu thập gồm: đặc điểm chung, nguyên nhân và vị trí tổn thương, đặc điểm vật (vị trí, hình thức di chuyển, diện tích, xử trí vùng cho), chỉ số theo dõi vật (màu, nhiệt độ, CRT, pin-prick), chăm sóc hậu phẫu (dấu hiệu sinh tồn, dinh dưỡng, vệ sinh, bất động-tư thế, thuốc, tập vận động), thời gian nằm viện và kết quả sớm.

Kết quả: Nam giới chiếm 74,4%; tuổi trung bình $51,4 \pm 19,8$ (10 - 85). Nguyên nhân chủ yếu: nhiễm trùng 53,5%. Vị trí tổn thương: chi dưới 72,1%. Vật thường dùng nhất: cẳng chân ngoài 44,2%; hình thức di chuyển chủ yếu bán đảo 53,5%. Diện tích vật trung bình $47,7 \pm 35,6$ cm²; vùng cho khâu kín 83,7%. Đa số vật hồng-ấm, CRT < 2 giây (83,7%). Thời gian nằm viện $15,6 \pm 11,3$ ngày (4 - 56). Kết quả sớm: tốt 83,7%, vừa 14,0%, xấu 2,3%. Biến chứng vùng cho 2,3%. Hậu phẫu: không sốt 95,3%, tuân thủ bất động 91,7%, tập vận động sớm 95,3%.

Kết luận: Vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cho kết quả sớm khả quan với tỉ lệ sống vật cao và biến chứng thấp. Chuẩn hóa quy trình chăm sóc - theo dõi hậu phẫu góp phần nâng cao hiệu quả điều trị khuyết hổng phần mềm.

Từ khóa: Vật nhánh xuyên ngẫu nhiên; chăm sóc hậu phẫu; theo dõi vật; khuyết hổng phần mềm.

Evaluation of postoperative care and monitoring outcomes following reconstruction with freestyle pedicled perforator flaps at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Tran Nhat Tien^{1,2*}, Nguyen Hai Phong¹, Nguyen Thi Thanh², Le Hong Phuc^{1,2}

¹ Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Department of Trauma-Orthopedic and Thoracic Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Background: Soft tissue defects of the extremities and trunk remain a major challenge in reconstructive surgery. Freestyle pedicled perforator flaps have been increasingly applied owing to their simple design, preservation of major vessels, and minimal donor-site morbidity. Postoperative care and monitoring play a decisive role in flap survival.

Materials and Methods: A prospective descriptive study was conducted on 43 patients with soft tissue defects reconstructed using 43 freestyle pedicled perforator flaps between November 2023 and July 2025. Variables collected included: demographics, etiology and location of defects, flap donor site and movement pattern (peninsular, advancement, propeller, reverse), flap size, donor-site management; flap monitoring parameters (color, temperature, capillary refill time [CRT], pin-prick), postoperative care (vital signs, nutrition, hygiene,

immobilization-positioning, medications, physiotherapy), hospital stay, and early outcomes (good/fair/poor).

Results: Male patients accounted for 74.4%; mean age was 51.4 ± 19.8 years (10 - 85). The leading cause was infection (53.5%). Defects were most common in the lower extremities (72.1%). The lateral lower leg flap was most frequently used (44.2%); transfer was mainly peninsular (53.5%). Mean flap size was 47.7 ± 35.6 cm² (2 - 170); primary donor closure was feasible in 83.7%. Most flaps were pink-warm with CRT < 2 seconds (83.7%). Mean hospital stay was 15.6 ± 11.3 days (4–56). Early recipient-site outcomes were: good 83.7%, fair 14.0%, poor 2.3%. Donor-site complication rate was 2.3%. Postoperative care outcomes: afebrile 95.3%, strict hygiene and monitoring 100%, adherence to immobilization 91.7%, early mobilization 95.3%.

Conclusion: Freestyle pedicled perforator flaps provide favorable early outcomes with high survival rates and low complication rates. Standardizing postoperative care and monitoring protocols is essential to optimize treatment effectiveness for soft tissue defects.

Keywords: Freestyle perforator flap; postoperative care; flap monitoring; soft tissue defect.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hổng da và tổ chức phần mềm là một trong những thách thức lớn của phẫu thuật chấn thương chỉnh hình và tạo hình. Các tổn thương này thường xuất phát từ nhiều nguyên nhân như chấn thương giao thông, tai nạn lao động, bỏng, nhiễm trùng lan rộng hay biến chứng sau phẫu thuật cắt lọc u [1, 2]. Chúng không chỉ ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng vận động và thẩm mỹ mà còn tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng mạn tính, viêm xương, loét lâu liền và có thể dẫn tới cắt cụt chi [3]. Việc che phủ và tái tạo phần mềm khuyết hổng vì vậy mang tính chất cấp thiết, nhằm bảo tồn chi thể và cải thiện chất lượng sống người bệnh.

Trong nhiều thập kỷ, nhiều kỹ thuật che phủ đã được áp dụng, từ ghép da rời đơn giản đến các vật da cân, vật cơ, vật da cơ theo trục mạch hằng định và vật vi phẫu tự do [4-6]. Tuy nhiên, các phương pháp này vẫn tồn tại hạn chế: ghép da khó đạt hiệu quả với khuyết hổng lộ gân xương, vật da cơ có thể gây mất chức năng vùng cho, còn vật vi phẫu đòi hỏi trang thiết bị hiện đại, kỹ năng vi phẫu cao và chi phí điều trị lớn [7, 8]. Trong bối cảnh đó, vật nhánh xuyên ngẫu nhiên (*freestyle pedicled perforator flap*) cuống mạch liên trở thành một lựa chọn thay thế hữu hiệu nhờ tính linh hoạt, bảo tồn được cơ và mạch chính, thời gian mổ ngắn, chi phí hợp lý và có thể áp dụng rộng rãi ở nhiều cơ sở y tế [9-12].

Tuy nhiên, thành công của phẫu thuật tạo hình không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật lựa chọn và thực hiện vật, mà còn gắn chặt với chăm sóc và theo dõi sau mổ. Đây là giai đoạn quyết định sự sống còn của vật, khi phần lớn các biến chứng như hoại tử bờ vật, ứ trệ tĩnh mạch, nhiễm trùng hay tụ dịch thường xuất hiện sớm [13, 14]. Việc phát hiện kịp thời các dấu hiệu bất thường qua theo dõi hậu phẫu, kết hợp với can thiệp đúng lúc, là yếu tố quan trọng giúp nâng cao tỉ lệ sống vật và giảm thiểu biến chứng [15-17].

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật tạo hình bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”** nhằm đánh giá kết quả chăm sóc và theo dõi sau mổ các bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình che phủ bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 43 bệnh nhân có khuyết hổng phần mềm được phẫu thuật che phủ bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống mạch liên tại Khoa Ngoại Chấn thương - Chỉnh hình - lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, trong thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: là những bệnh nhân

- Bệnh nhân có khuyết hổng phần mềm chi thể hoặc thân mình cần chỉ định che phủ bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phẫu thuật, chăm sóc, theo dõi sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được theo dõi đầy đủ đến khi ra viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng ảnh hưởng đến quá trình hồi phục (suy gan, suy thận giai đoạn cuối...).

- Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc mất thông tin theo dõi.

- Trường hợp khuyết hổng phần mềm được xử trí bằng kỹ thuật che phủ khác (vật da cân, vật cơ, vật vi phẫu tự do).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện gồm 43 bệnh nhân (43 vật nhánh xuyên ngẫu nhiên) trong thời gian nghiên cứu.

Các nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng: nguyên nhân gây khuyết hồng (nhiễm trùng, chấn thương, sau cắt u, áp-xe, sẹo), vị trí tổn thương (chi dưới, chi trên, thân mình, vùng đầu).

- Đặc điểm vật sử dụng: vị trí lấy vật, hình thức di chuyển vật (bán đảo, trượt đẩy, xoay chong chóng, cuống ngược dòng), diện tích vật, phương pháp che phủ vùng cho.

- Quá trình theo dõi sau mổ: màu sắc, nhiệt độ, thời gian hồi lưu mao mạch (CRT), pin-prick, tình trạng phù nề, dịch dẫn lưu, kết quả thay băng. Các dấu hiệu lâm sàng được đánh giá tính theo diễn biến xấu nhất của vật ở bất cứ thời điểm nào trong suốt thời gian chăm sóc hậu phẫu cho đến khi bệnh nhân ra viện.

- Công tác chăm sóc hậu phẫu: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chế độ ăn, vệ sinh cá nhân, bất động & tư thế chi, sử dụng thuốc, tập vận động, tuân thủ hướng dẫn.

- Kết quả sớm: tỉ lệ vật sống hoàn toàn, hoại tử một phần (<1/3 diện tích), hoại tử >1/3 diện tích; kết quả vùng cho vật.

Việc đánh giá kết quả điều trị dựa vào các tiêu chuẩn: sự sống của vật, tình trạng liền thương nơi lấy vật và nơi nhận; chức năng và thẩm mỹ nơi nhận và nơi cho vật. Căn cứ tiêu chuẩn của Oberlin C và Duparc J để đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật trong thời gian bệnh nhân còn nằm viện [18].

* Vật:

- Tốt: Vật sống hoàn toàn, vết thương liền da kỳ đầu.

- Vừa: Vật thiếu dưỡng, xuất hiện phỏng nước trên bề mặt hoặc hoại tử một phần ở mép vật (<1/3 diện tích vật), có hoặc không cần ghép da, tụ máu hoặc nhiễm trùng vết mổ.

- Xấu: Vật bị hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại tử toàn bộ, phải cắt bỏ và thay thế bằng phương pháp điều trị khác.

* Vùng cho:

- Tốt: Da liền tốt, không nhiễm trùng, da ghép sống tốt.

- Biện chứng: Nhiễm trùng, viêm dò, hoại tử da ghép.

2.3. Quy trình chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật

Quá trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống mạch liền được tiến hành theo hai

nhóm hoạt động chính: (1) chăm sóc toàn thân và (2) theo dõi tại chỗ vật da [13-17, 20].

2.3.1. Chăm sóc toàn thân

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở).

Đảm bảo chế độ dinh dưỡng đủ năng lượng, giàu protein.

Vệ sinh cá nhân hằng ngày, thay ga sạch.

Chăm sóc tâm lý, động viên, giải thích diễn biến hậu phẫu.

Tập vận động sớm các khớp không liên quan, tập đi lại khi ổn định.

2.3.2. Theo dõi mức độ sống của vật

Màu sắc, nhiệt độ, độ căng và phù nề.

Hồi lưu mao mạch (CRT), pin-prick test.

Theo dõi dịch dẫn lưu (số lượng, màu sắc).

Tư thế bất động: kê cao chi, tránh chèn ép hoặc gập cuống mạch; nẹp bột bất động chi.

Thay băng: lần đầu sau 5 ngày hoặc khi bẩn/ướt; lần 2 vào ngày 8–10 nếu liền thương tốt; nếu có biến chứng thì thay băng 1–2 ngày/lần.

2.3.3. Đánh giá quá trình theo dõi và chăm sóc

Vật tốt: màu hồng, ấm, hồi lưu mao mạch tốt, pin-prick ra máu đỏ tươi, không phù nề nhiều.

Vật không tốt: vật nhợt/lạnh, hồi lưu mao mạch chậm hoặc mất, pin-prick không ra máu hoặc máu sẫm, phù nề căng hoặc tím tái → cần báo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

Biện chứng thường gặp: hoại tử một phần vật, tụ dịch, nhiễm trùng nông.

2.4. Xử lý số liệu: Việc xử lý và phân tích số liệu được thực hiện theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các biến định lượng được biểu thị dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm (%). Đối với các biến định tính hoặc nhị phân, kiểm định Chi-square (χ^2 test) hoặc Fisher's exact test được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa các biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đều được giải thích mục tiêu, nội dung, lợi ích nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki và đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế phê duyệt (Số: H2024/260).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong tổng số 43 bệnh nhân được phẫu thuật che phủ khuyết hồng phần mềm bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống mạch liên:

- Giới tính: Nam chiếm đa số với 32 trường hợp (74,4%), nữ 11 trường hợp (25,6%), tỉ lệ Nam/Nữ = 2,9 : 1.

- Độ tuổi: Trung bình 51,4 ± 19,8 tuổi; bệnh nhân nhỏ nhất 10 tuổi, lớn nhất 85 tuổi.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Nguyên nhân và vị trí khuyết hồng phần mềm

Nguyên nhân chủ yếu gây khuyết hồng phần mềm là nhiễm trùng, chiếm 23 trường hợp (53,5%). Các nguyên nhân khác gồm: chấn thương 7 trường hợp (16,3%), sau cắt u 7 trường hợp (16,3%), áp-xe 5 trường hợp (11,6%) và sẹo sau tổn thương cũ 1 trường hợp (2,3%).

Vị trí tổn thương tập trung chủ yếu ở chi dưới với 31 trường hợp (72,1%), tiếp theo là chi trên 5 trường hợp (11,6%), thân mình 4 trường hợp (9,3%) và vùng đầu 3 trường hợp (7,0%). Như vậy, chi dưới là vị trí hay gặp nhất, chiếm gần ba phần tư số trường hợp.

3.2.2. Đặc điểm vật nhánh xuyên ngẫu nhiên được sử dụng

Vị trí lấy vật phân bố đa dạng, trong đó vật nhánh xuyên ở mặt ngoài cẳng chân chiếm tỉ lệ cao nhất (44,2%). Các vị trí khác ít gặp hơn như vật gan bàn chân.

Bảng 1. Vị trí vật nhánh xuyên (VNX) được sử dụng

Vị trí vật được sử dụng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
VNX gan bàn chân	1	2,3
VNX mu tay	3	7,0
VNX vùng cánh tay	2	4,7
VNX vùng cẳng chân ngoài	19	44,2
VNX vùng cẳng chân trong	5	11,6
VNX vùng cùi chỏ	2	4,7
VNX vùng đầu	3	7,0

VNX vùng đùi	3	7,0
VNX vùng gối trên	3	7,0
VNX vùng lưng	2	4,7
Tổng	43	100,0

Hình thức di chuyển vật chủ yếu là vật dạng bán đảo (53,5%), tiếp theo là vật trượt đẩy (23,3%), vật xoay chong chóng (18,6%) và vật cuống ngược dòng (4,7%).

Diện tích vật trung bình: 47,7 ± 35,6 cm²; nhỏ nhất 2 cm² (ngón tay), lớn nhất 170 cm² (vùng đùi).

Phương thức xử trí vùng cho vật: khâu kín chiếm 83,7%, ghép da chiếm 16,3%.

Bảng 2. Hình thức di chuyển vật

Hình thức sử dụng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Vật dạng bán đảo	23	53,5
Vật trượt đẩy	10	23,3
Vật xoay chong chóng	8	18,6
Vật cuống ngược dòng	2	4,7
Tổng cộng	43	100,0

3.3. Kết quả theo dõi và chăm sóc sau mổ

Thời gian theo dõi chăm sóc sau mổ một bệnh nhân sau tạo hình bằng các vật nhánh xuyên ngẫu nhiên trung bình: 15,6 ngày (ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 56 ngày).

Bảng 3. Thời gian theo dõi sau mổ (từ ngày mổ đến ngày ra viện)

Thời gian nằm viện (ngày)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 10 ngày	20	46,5
10 - 14 ngày	13	30,2
> 14 ngày	10	23,3

Kết quả chăm sóc và theo dõi hậu phẫu được đánh giá trong toàn bộ giai đoạn từ sau mổ đến khi bệnh nhân ổn định ra viện. Công tác theo dõi các dấu hiệu lâm sàng, diễn tiến của vật và đánh giá tình trạng vật khi thay băng được tuân thủ theo quy trình và cho kết quả như Bảng 4.

Bảng 4. Các dấu hiệu lâm sàng theo dõi trong thời kỳ hậu phẫu

Các dấu hiệu lâm sàng		Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Màu sắc vật	Hồng	36	83,7
	Nhợt	2	4,7
	Tím	5	11,6
Nhiệt độ vật	Ấm	39	90,7
	Lạnh	4	9,3
Hồi lưu mao mạch	< 2 s	36	83,7
	2 - 3 s	6	14,0
	> 3 s	1	2,3
Châm kim (pin-prick)	Chảy máu	43	100,0
	Không chảy máu	0	0,0
Thay băng lần đầu	Vật hồng hào	35	81,4
	Mép vật tím	4	9,3
	Tím một phần vật (< 1/3 vật)	2	4,7
	Tím > 1/3 vật	1	2,3
	Rỉ dịch, nhiễm trùng	1	2,3
Thay băng lần hai	Vật hồng hào	35	81,4
	Mép vật tím	4	9,3
	Tím một phần vật (< 1/3 vật)	1	2,3
	Tím > 1/3 vật	2	4,7
	Rỉ dịch, nhiễm trùng	1	2,3
Tổng		43	100,0

Kết quả chăm sóc toàn thân và chăm sóc vật được thực hiện đầy đủ, tuân thủ đúng quy trình và đạt hiệu quả tốt. Hầu hết bệnh nhân duy trì nhiệt độ toàn thân ổn định, chỉ có 2 trường hợp (4,7%) xuất hiện sốt nhẹ trong những ngày đầu sau mổ. Về chế độ dinh dưỡng, phần lớn bệnh nhân (90,7%) ăn uống bình thường bằng đường miệng; chỉ 9,3% cần bổ sung truyền đạm, chủ yếu ở nhóm người cao tuổi hoặc ăn uống kém. Tất cả bệnh nhân đều được đảm bảo vệ sinh cá nhân và thay băng đúng quy trình; việc theo dõi tại chỗ vật được thực hiện chặt chẽ qua các chỉ số màu sắc, nhiệt độ, hồi lưu mao mạch, pin-prick, tình trạng phù nề và dịch dẫn lưu. Trong 36 trường hợp có chỉ định bất động chi, 100% được thực hiện đúng kỹ thuật. Đa số bệnh nhân tuân thủ tốt tư thế bất động và hướng dẫn của điều dưỡng (91,7%). Toàn bộ bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc điều trị; 90,7% có phối hợp thuốc kháng viêm – chống phù nề. Đáng chú ý, 95,3% bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động sớm các khớp không liên quan, góp phần rút ngắn thời gian hồi phục và hạn chế biến chứng cứng khớp (Bảng 5).

Bảng 5. Kết quả chăm sóc hậu phẫu

Các vấn đề chăm sóc		Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ %
Theo dõi nhiệt độ toàn thân	Không sốt		41	95,3
	Có sốt		2	4,7
Chế độ ăn	Ăn bình thường đường miệng		39	90,7
	Ăn kèm truyền đạm		4	9,3
Chế độ vệ sinh	Vệ sinh răng miệng, thân thể hằng ngày, thay ga sạch sẽ		43	100,0
	Không		0	0,0

Chăm sóc vết mổ & vật	- Quan sát màu sắc, nhiệt độ, hồi lưu mao mạch, pin-prick	43	100,0
	- Theo dõi phù nề, độ căng vật		
	- Theo dõi dịch dẫn lưu (số lượng, màu sắc)		
	Không	0	0,0
Chỉ định bất động và tư thế chi (n = 36)	Bất động chi bằng nẹp bột; kê cao chi	36	100,0
	Không	0	0,0
Tuân thủ tư thế chi và bất động nẹp (n = 36)	Có tuân thủ	33	91,7
	Không tuân thủ	3	8,3
Thuốc kháng sinh	Có	43	100,0
	Không	0	0,0
Thuốc kháng viêm chống phù nề	Có	39	90,7
	Không	4	9,3
Tập vận động - phục hồi chức năng	Tập vận động sớm với các chi, khớp không liên quan	41	95,3
	Không tập	2	4,7
Tổng		43	100,0

3.4. Kết quả sớm trong thời gian hậu phẫu

Kết quả sớm được đánh giá dựa trên toàn bộ quá trình chăm sóc và theo dõi hậu phẫu từ sau mổ đến khi bệnh nhân ổn định ra viện. Trong 43 bệnh nhân được tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm bằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống liên, phần lớn các vật da đạt kết quả tốt (Bảng 6).

Bảng 6. Kết quả sớm của vùng nhận vật

Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tốt: Vật sống tốt, liền da kì đầu	36	83,7
Vừa: Hoại tử mép vật hoặc một phần vật (< 1/3 diện tích vật)	6	14,0
Xấu: Vật hoại tử trên 1/3 diện tích phải ghép da bổ sung	1	2,3
Tổng	43	100,0

Kết quả sớm của vùng nhận vật cho thấy phần lớn các vật da sau phẫu thuật đều sống tốt và liền thương kỳ đầu, chiếm tỉ lệ 83,7%, phản ánh hiệu quả cao của kỹ thuật vật nhánh xuyên ngẫu nhiên cuống liên. Có 6 trường hợp (14,0%) xuất hiện hoại tử nhẹ ở mép hoặc một phần nhỏ của vật (< 1/3 diện tích), chủ yếu gặp ở các bệnh nhân có vật kích thước lớn hoặc tình trạng mô nền nhiễm trùng trước mổ. Chỉ 1 trường hợp (2,3%) có hoại tử > 1/3 diện tích vật, cần ghép da bổ sung, tuy nhiên vẫn đạt kết quả liền thương ổn định sau xử trí. Nhìn chung, tỉ lệ sống vật cao và biến chứng thấp chứng tỏ tính an toàn, độ tin cậy và khả năng thích ứng tốt của vật nhánh xuyên ngẫu nhiên trong điều trị che phủ khuyết hồng phần mềm.

Bảng 7. Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố đến kết quả tạo hình vật

Yếu tố nguy cơ		Có biến chứng tại vật (n)	Vật sống tốt (n)	Giá trị p
Giới	Nữ	2	9	p > 0,05
	Nam	5	27	
Tuổi	≥ 60 tuổi	3	8	p > 0,05
	< 60 tuổi	4	28	
Vị trí KHPM	Chi thể	6	30	p > 0,05
	Vùng khác	1	6	

Diện tích vết	$\geq 100 \text{ cm}^2$	1	10	$p > 0,05$
	$< 100 \text{ cm}^2$	6	26	
Màu sắc vết hậu phẫu	Nhợt - tím	7	0	$p < 0,05$
	Hồng	0	36	
Nhiệt độ vết	Lạnh	4	0	$p < 0,05$
	Ấm	3	36	
Hồi lưu mao mạch	≥ 2 giây	7	0	$p < 0,05$
	< 2 giây	0	36	
Thay băng lần đầu	Có biến chứng*	7	1	$p < 0,05$
	Vết hồng hào	0	35	
Thay băng lần hai	Có biến chứng*	7	1	$p < 0,05$
	Vết hồng hào	0	35	
Theo dõi nhiệt độ toàn thân	Có sốt	1	1	$p > 0,05$
	Không sốt	6	35	
Chế độ ăn	Ăn kèm truyền đạm	2	2	$p > 0,05$
	Ăn bình thường đường miệng	5	34	

*Có biến chứng khi có một trong các biểu hiện: Mép vết tím, Tím một phần vết ($< 1/3$ vết), Tím $> 1/3$ vết, Rỉ dịch, nhiễm trùng

Phân tích thống kê bằng Fisher's exact test cho thấy các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả sống của vết bao gồm các biểu hiện khi theo dõi tại chỗ vết trong thời kỳ hậu phẫu như màu sắc vết nhợt - tím, vết lạnh, hồi lưu mao mạch ≥ 2 giây, hoặc có biến chứng ở lần thay băng đầu tiên và lần hai ($p < 0,05$). Ngược lại các yếu tố như giới tính, tuổi ≥ 60 , vị trí khuyết hổng ở chi thể, diện tích vết lớn $\geq 100 \text{ cm}^2$ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả sống của vết ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm đa số (74,4%), với tỉ lệ Nam/Nữ = 2,9:1, phù hợp với nhiều báo cáo trước đây khi nam giới thường có nguy cơ cao hơn do đặc thù lao động nặng, tai nạn giao thông và tai nạn nghề nghiệp [1, 2]. Độ tuổi trung bình $51,4 \pm 19,8$ tuổi cũng tương đồng với kết quả của Văn TC (2024) khi nhóm bệnh nhân chủ yếu tập trung ở tuổi lao động và người cao tuổi [1]. Điều này phản ánh thực tế rằng nhu cầu tái tạo phần mềm tập trung ở nhóm tuổi có nhiều hoạt động sản xuất và nguy cơ chấn thương cao.

Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu (53,5%), tiếp theo là chấn thương và sau cắt u (mỗi nhóm 16,3%). Kết quả này gần với nghiên cứu của Phạm MQ và cộng sự (2022) khi tỉ lệ tổn thương do nhiễm trùng và chấn thương chiếm trên 60% [2]. Tổn thương tập trung chủ yếu ở chi dưới (72,1%), điều này phù hợp với nhiều tác giả khi nhấn mạnh chi dưới là vị trí dễ gặp khuyết hổng phần mềm phức

tạp, khó che phủ do cấu trúc giải phẫu đặc thù và tỉ lệ tai nạn cao [3, 4].

Trong nghiên cứu, vết nhánh xuyên vùng cẳng chân ngoài là lựa chọn nhiều nhất (44,2%), phản ánh tính khả thi và tiện dụng của nguồn mạch xuyên tại chỗ xuất phát từ hệ động mạch mạc. Các hình thức di chuyển vết chủ yếu là vết bán đảo (53,5%), vết trượt đẩy (23,3%) và xoay chong chóng (18,6%). Kết quả này tương tự các báo cáo về tính linh hoạt cao của vết nhánh xuyên ngẫu nhiên, có thể thiết kế theo nhiều hướng khác nhau để che phủ các khuyết hổng đa dạng [7, 8, 9]. Diện tích vết dao động rộng ($2\text{--}170 \text{ cm}^2$), cho thấy khả năng ứng dụng linh hoạt trong nhiều tình huống lâm sàng, phù hợp với nhận xét của Gunnarsson (2015) và Gómez (2025) rằng vết nhánh xuyên có thể che phủ các khuyết hổng từ nhỏ đến trung bình, thậm chí phức tạp [10, 12].

Phương thức xử trí vùng cho chủ yếu là khâu kín (83,7%), chỉ một số ít cần ghép da. Điều này chứng minh tính an toàn và ít xâm lấn, phù hợp với ưu điểm của vết nhánh xuyên được nhiều tác giả ghi nhận [8, 11].

4.2. Kết quả theo dõi và chăm sóc sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình 15,6 ngày, ngắn nhất 4 ngày và dài nhất 56 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Văn Đoàn và cs. (2013), khi thời gian điều trị trung bình khoảng 2 - 3 tuần tùy mức độ tổn thương [18].

Về theo dõi lâm sàng, đa số vật có màu hồng, ấm, CRT < 2 giây và pin-prick ra máu đỏ tươi, phản ánh tưới máu tốt. Chỉ một số ít có biểu hiện tím hoặc lạnh, chủ yếu hồi phục sau theo dõi và điều chỉnh chăm sóc. Các biến chứng nhẹ như tụ dịch hoặc nhiễm trùng nông chỉ gặp ở tỉ lệ rất thấp và được xử trí bảo tồn thành công, cho thấy tính ổn định và độ tin cậy cao của hệ mạch xuyên nuôi vật. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Chen (2022) về ứng dụng vật freestyle perforator vùng mông và của Nakajima (1986) trong phân loại mạch xuyên da, đều khẳng định rằng mạng lưới mạch xuyên có khả năng duy trì tưới máu ổn định ngay cả trong các thiết kế vật đa dạng [9, 11].

Kết quả chăm sóc hậu phẫu cho thấy: 95,3% bệnh nhân không sốt, toàn bộ bệnh nhân được thực hiện các hoạt động vệ sinh cá nhân và thay băng định kỳ, 91,7% tuân thủ tư thế bất động theo hướng dẫn của nhân viên y tế. Các chỉ số này phản ánh sự tuân thủ chăm sóc tốt và theo dõi sát sao của đội ngũ điều dưỡng, góp phần nâng cao hiệu quả phục hồi và giảm nguy cơ biến chứng. Các nghiên cứu quốc tế cũng nhấn mạnh rằng 72 giờ đầu sau phẫu thuật là giai đoạn quyết định đối với sự sống còn của vật, khi hầu hết biến chứng mạch máu và hoại tử vật thường xuất hiện sớm nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời [15 - 17].

4.3. Kết quả sớm trong thời gian hậu phẫu

Kết quả sớm khả quan: 83,7% vật sống hoàn toàn, 14,0% hoại tử một phần mép vật và chỉ 1 trường hợp (2,3%) hoại tử > 1/3 diện tích phải ghép da bổ sung. Đây là tỉ lệ chấp nhận được và phù hợp với nhiều báo cáo trước đó. Wei và Jeng (2017) nhận định rằng vật nhánh xuyên ngẫu nhiên có tỉ lệ sống cao, ngay cả khi được sử dụng ở những vùng khó che phủ [8]. Koshima (1989) cũng từng khẳng định tính ưu việt của việc sử dụng nhánh xuyên nhỏ trong duy trì sự sống vật [7].

Vùng cho vật hầu hết liền thương tốt, chỉ 1 trường hợp nhiễm trùng (2,3%). Kết quả này tốt hơn so với nhiều báo cáo dùng vật cơ hoặc vật vi phẫu tự do, nơi biến chứng vùng cho thường gặp hơn [5], [6].

Phân tích thống kê bằng Fisher's exact test cho thấy các yếu tố lâm sàng tại chỗ như màu sắc vật nhợt-tím, vật lạnh, thời gian hồi lưu mao mạch ≥ 2 giây, và biến chứng xuất hiện ở lần thay băng đầu hoặc lần hai có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với kết quả sống của vật (Bảng 7). Điều này

phản ánh rằng các dấu hiệu lâm sàng trong giai đoạn hậu phẫu sớm là những chỉ báo đáng tin cậy nhất để phát hiện sớm tình trạng thiếu máu động mạch hoặc ứ trệ tĩnh mạch của vật.

Kết quả này phù hợp với nhận định của Salgado và Moran (2009), khi nhấn mạnh rằng sự thay đổi về màu sắc, nhiệt độ và CRT là ba dấu hiệu quan trọng nhất trong theo dõi vi tuần hoàn vật [14]. Kohlert (2019) và Patel (2017) cũng cho rằng thời gian hồi lưu mao mạch kéo dài > 2 giây thường là dấu hiệu sớm của giảm tưới máu tĩnh mạch, nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến hoại tử mép hoặc một phần vật [16, 17].

Ngược lại, các yếu tố toàn thân và đặc điểm tổn thương - kỹ thuật như giới tính, tuổi ≥ 60 , vị trí khuyết hổng ở chi thể, hay diện tích vật $\geq 100 \text{ cm}^2$ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Low và cộng sự (2019), khi cho rằng tỉ lệ biến chứng của vật nhánh xuyên chủ yếu phụ thuộc vào tình trạng mạch nuôi tại chỗ và kỹ thuật chăm sóc hậu phẫu, hơn là các yếu tố toàn thân hoặc kích thước vật [19].

Điều này cho thấy vai trò trọng yếu của công tác chăm sóc và theo dõi hậu phẫu tại chỗ, đặc biệt trong 72 giờ đầu, giúp phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng vi tuần hoàn. Việc duy trì theo dõi liên tục các chỉ số màu sắc - nhiệt độ - CRT - pin-prick kết hợp thay băng đúng thời điểm và kỹ thuật có thể góp phần quyết định trong việc nâng cao tỉ lệ sống của vật nhánh xuyên ngẫu nhiên.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này vẫn tồn tại một số hạn chế cần như cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ (43 trường hợp) và được chọn theo phương pháp thuận tiện tại một cơ sở đơn lẻ, do đó có thể gây thiên lệch chọn mẫu và giới hạn khả năng khái quát kết quả cho các cơ sở khác. Thứ hai, nghiên cứu chưa có nhóm đối chứng, nên việc so sánh trực tiếp hiệu quả giữa các kỹ thuật còn hạn chế. Thứ ba, thời gian theo dõi ngắn, chỉ tập trung vào giai đoạn hậu phẫu sớm đến khi ra viện, chưa phản ánh được kết quả dài hạn về thẩm mỹ, chức năng và độ bền của mô che phủ. Ngoài ra, một số chỉ số lâm sàng theo dõi vật như màu sắc, nhiệt độ, thời gian hồi lưu mao mạch (CRT) vẫn mang tính chủ quan, phụ thuộc vào kinh nghiệm của người quan sát.

Trong các nghiên cứu tiếp theo, cần thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, có nhóm đối chứng phù hợp và theo dõi dài hạn, đồng thời ứng dụng các phương pháp đánh giá khách quan hơn (như đo oxy mô, siêu âm Doppler). Điều này sẽ giúp chuẩn hóa quy trình chăm sóc - theo dõi sau mổ,

nâng cao độ tin cậy và giá trị ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật vật nhánh xuyên ngẫu nhiên.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy vật nhánh xuyên ngẫu nhiên là phương pháp che phủ khuyết hổng phần mềm an toàn và hiệu quả, với tỉ lệ sống vật cao và biến chứng thấp. Các kết quả sớm khẳng định vai trò then chốt của chăm sóc - theo dõi hậu phẫu trong phát hiện và xử trí kịp thời bất thường. Việc chuẩn hóa quy trình chăm sóc - theo dõi góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả xác nhận không có bất kỳ xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu, quá trình tác giả hóa, hoặc việc xuất bản bài báo này.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban Giám hiệu Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế; và các đồng nghiệp Khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình - Lồng ngực đã hỗ trợ trong quá trình thực hiện nghiên cứu. Nghiên cứu này được tài trợ bởi Đề tài cấp Đại học Huế, mã số DHH2024-04-217.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Tiến Chương. Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng mô mềm cẳng chân và cổ chân bằng vật da nhánh xuyên động mạch chày sau. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1B).
2. Phạm MQ, Trần VD, Võ HT. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm vùng 1/3 dưới cẳng chân và bàn chân bằng vật da-cân trên mắt cá ngoài. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;(52):45-51.
3. Nguyễn Ngọc Thắng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị các khuyết hổng phần mềm vùng cẳng, bàn chân bằng vật da cân thần kinh bì bắp chân [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Đại học Y Dược Huế; 2005.
4. Huy VT, Vũ VV, Lê PL. Đánh giá kết quả điều trị khuyết hổng phần mềm cơ quan vận động bằng các vật da cân có cuống mạch liền. Y học thực hành. 2013;874(6):85-9.
5. Sinh NT. Các phương pháp chuyển vật da phủ khuyết hổng phần mềm cơ quan vận động. Chấn thương chỉnh hình. Hà Nội: NXB Y học; 2013.
6. Nguyễn Thành Tấn, Ngô Đức Hiệp, Nguyễn Tấn Phát,, Huỳnh Minh Trí, Bùi Quốc Huy, Nguyễn Công Lập và cs. Đánh giá kết quả sớm điều trị khuyết hổng phần mềm vùng cổ tay, bàn ngón tay bằng vật bện cuống mạch liền. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(80):105-11.
7. Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg. 1989;42(6):645-8.
8. Wei FC, Jeng SF, Mardini S. Free-style flaps. In: Hallock GG, ed. Flaps and Reconstructive Surgery. 2nd ed. Elsevier; 2017.
9. Nakajima H, Fujino T, Adachi S. A new concept of vascular supply to the skin and classification of skin flaps according to their vascularization. Ann Plast Surg. 1986;16(1):1-19.
10. Gunnarsson G, Cederna PS, Chang CS. The freestyle pedicle perforator flap: a new favorite for the reconstruction of moderate-sized defects of the torso and extremities. Eur J Plast Surg. 2015;38:123-9.
11. Chen X, Huang B, Xiao H, An L, Su W, Yu D. Application of the jigsaw puzzle flap based on freestyle perforators to repair large and deep ulcers on the buttocks. Front Surg. 2022;9:739250.
12. Gómez O, Pinzón D, Duque D, Moreno H, Pachón P. The freestyle multiperforator island flap: beyond the keystone flap. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2025;13:e6503.
13. Vu TKD, Nguyen TD. Đánh giá kết quả theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình bằng các vật vi phẫu tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình, Bệnh viện TƯQĐ 108. Tạp chí Y học Thẩm mỹ và Bông. 2023;5:88-94.
14. Salgado CJ, Moran SL, Mardini S. Flap monitoring and salvage. Plast Reconstr Surg. 2009;124(6 Suppl):e295-302.
15. Kleban SR, Ogley SC, MacDavid JC, Goldman JJ, Francis A, Colombini CJ, et al. Nursing Monitoring of Microsurgical Free Flaps: Identifying and Addressing Knowledge Gaps. J Reconstr Microsurg. 2020 Nov;36(9):673-679.
16. Kohlert S, Jabori S, Christopoulos A, et al. Postoperative free-flap monitoring techniques. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019;7(3):e2175.
17. Patel UA, Hernandez D, Shnyder Y, Wax MK, Hanasono MM, Hornig J, et al. Free Flap Reconstruction Monitoring Techniques and Frequency in the Era of Restricted Resident Work Hours. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Aug 1;143(8):803-809.
18. Lê Văn Đoàn, Bùi Việt Hùng, Ngô Thái Hưng, Nguyễn Văn Phú và cộng sự. Kết quả bước đầu sử dụng vật mạch xiên cuống liền để điều trị khuyết hổng phần mềm vùng cẳng chân, Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, 2013, Số đặc biệt, tr. 302-308.
19. Low OW, Sebastin SJ, Cheah AEJ. A Review of Pedicled Perforator Flaps for Reconstruction of the Soft Tissue Defects of the Leg and Foot. Indian J Plast Surg. 2019;52(1):26-36.

Nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới và các yếu tố liên quan

Huỳnh Thị Thu Thảo^{1,2}, Trần Thị Hằng¹, Hồ Mẫn Trường Phú², Hồ Thị Thuỳ Trang^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Trung ương Huế

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Thuỳ Trang, email: htttrang@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 12/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nỗi sợ phẫu thuật là phản ứng cảm xúc thường gặp trong giai đoạn tiền phẫu, có thể ảnh hưởng bất lợi đến quá trình điều trị và hồi phục. Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mức độ nỗi sợ phẫu thuật và các yếu tố liên quan ở người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 69 người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ 11/2024 đến 08/2025. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, và bộ câu hỏi nỗi sợ phẫu thuật được sử dụng trong nghiên cứu. Các kiểm định thống kê, bao gồm Chi bình phương, t-test, Mann-Whitney U test và Kruskal-Wallis test, được tiến hành bằng phần mềm SPSS 26.0 để xác định các yếu tố liên quan đến nỗi sợ phẫu thuật.

Kết quả: Mức độ nỗi sợ phẫu thuật tương đối cao ($56,62 \pm 16,73$), với điểm trung bình nỗi sợ ngắn hạn là $27,35 \pm 8,75$ và nỗi sợ dài hạn là $29,27 \pm 9,21$. Tuổi cao và thu nhập thấp là những yếu tố làm tăng mức độ nỗi sợ, đặc biệt là nỗi sợ dài hạn và tổng điểm nỗi sợ ($p < 0,05$). Ngược lại, giới tính, khu vực sinh sống, trình độ học vấn và vị trí vết thương không có ảnh hưởng đáng kể.

Kết luận: Người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới trải qua mức độ nỗi sợ phẫu thuật cao, đặc biệt ở những người lớn tuổi và thu nhập thấp. Việc đánh giá đồng thời nỗi sợ ngắn hạn và dài hạn trước phẫu thuật là cần thiết để thiết kế các can thiệp tâm lý, tư vấn và hỗ trợ phù hợp, nhằm giảm lo lắng và cải thiện kết quả hồi phục sau phẫu thuật.

Từ khoá: nỗi sợ phẫu thuật, vết thương phần mềm, phẫu thuật, trước phẫu thuật.

Preoperative surgical fear among patients with lower extremity wounds and its factors

Huỳnh Thị Thu Thảo^{1,2}, Trần Thị Hằng¹, Hồ Mẫn Trường Phú², Hồ Thị Thuỳ Trang^{1*}

¹ University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Hue Central Hospital

Abstract

Background: Surgical fear is a common emotional response during the preoperative stage, potentially affecting treatment adherence and recovery outcomes. This study aimed to explore the level of surgical fear and its associated factors in patients with lower extremity wounds.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 69 patients with lower extremity wounds at Hue Central Hospital from November 2024 to August 2025. Demographic and clinical characteristics were collected, and the Surgical Fear Questionnaire was used to assess surgical fear. Statistical analyses, including the Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test, were performed using SPSS 26.0 to identify factors associated with surgical fear.

Results: The overall level of surgical fear was relatively high (56.62 ± 16.73), with mean scores of short-term fear 27.35 ± 8.75 and long-term fear 29.27 ± 9.21 . Older age and lower income were associated with higher levels of surgical fear, particularly long-term fear and total fear score ($p < 0.05$). Gender, place of residence, educational level, and wound location had no significant effect.

Conclusion: Patients with lower extremity wounds experience high levels of surgical fear, especially those who are older or have lower income. Assessing both short-term and long-term surgical fear before surgery is essential to design appropriate psychological interventions, counseling, and support, aiming to reduce anxiety and improve postoperative recovery outcomes.

Keyword: *surgical fear, lower extremity wounds, surgery, preoperative.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nỗi sợ phẫu thuật là một phản ứng cảm xúc phổ biến mà người bệnh trải nghiệm trong giai đoạn tiền phẫu [1, 2]. Tỷ lệ lo lắng trước phẫu thuật dao động từ 11% đến 80%, tùy thuộc vào công cụ đánh giá được sử dụng [3, 4]. Nguyên nhân của nỗi sợ phẫu thuật rất đa dạng bao gồm lo lắng về thủ thuật phẫu thuật, nỗi sợ về tiến triển bệnh hoặc mất khả năng chức năng, gây mê, hoặc lo ngại về đau sau mổ. Bằng chứng cho thấy nỗi sợ trước phẫu thuật có ảnh hưởng tiêu cực tới kết quả điều trị [5, 6]. Phản ứng này làm tăng mức độ đau cấp và mạn tính sau mổ, dẫn tới tăng sử dụng thuốc mê và giảm đau, đồng thời liên quan đến chậm lành vết thương, giảm tuân thủ điều trị, biến chứng sau phẫu thuật, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tâm thần và giảm chất lượng cuộc sống [7-12]. Vì vậy, nỗi sợ phẫu thuật không chỉ là gánh nặng cho người bệnh mà còn gây ảnh hưởng lớn đến hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Người bệnh có vết thương phần mềm vùng chi dưới thường phải chịu gánh nặng từ giai đoạn điều trị cấp tính cho đến suốt quá trình hồi phục [13, 14]. Họ thường trải qua đau cấp tính hoặc đau mạn tính, có nguy cơ nhiễm trùng cao và có thể phải thực hiện nhiều thủ thuật xử lý vết thương (rửa, cắt lọc, ghép da hoặc sử dụng liệu pháp áp lực âm) trong quá trình điều trị [12, 15]. Đặc biệt, các khiếm khuyết mô mềm vùng chi dưới thường liên quan đến thời gian nằm viện kéo dài, điều trị phẫu thuật nhiều giai đoạn và thời gian phục hồi chức năng lâu dài. Đây cũng là nguyên nhân phổ biến gây khuyết tật, đi kèm với những hậu quả nghiêm trọng về mặt tâm lý, cảm xúc và xã hội [16]. Ngoài ra, các can thiệp phẫu thuật tái tạo phức tạp như chuyển vật tự do, tái tạo cơ hoặc cắt lọc rộng rãi thường kéo dài, có thể phải tiến hành nhiều lần, càng làm gia tăng nỗi lo lắng trước phẫu thuật [16, 17]. Những yếu tố này không chỉ làm gia tăng lo lắng và căng thẳng tâm lý mà còn ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến tiến trình điều trị, làm tăng cảm nhận đau, giảm tuân thủ điều trị và có thể kéo dài thời gian hồi phục [18, 19]. Do đó, quản lý cảm xúc trước và sau mổ đóng vai trò quan trọng trong chiến lược chăm sóc toàn diện cho nhóm người bệnh này.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước khảo sát nỗi sợ trước phẫu thuật ở các nhóm

người bệnh khác nhau, dữ liệu chuyên biệt về mức độ lo sợ và các yếu tố liên quan ở người bệnh vết thương phần mềm vùng chi dưới tại Việt Nam vẫn còn rất hạn chế. Do đó, việc khảo sát nỗi sợ phẫu thuật ở bệnh nhân có vết thương phần mềm chi dưới là cần thiết nhằm hiểu rõ đặc điểm tâm lý của họ trong giai đoạn tiền phẫu. Vì vậy, nghiên cứu thực hiện nhằm tìm hiểu mức độ nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới và các yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu làm cơ sở khoa học để thiết kế các can thiệp tư vấn, giáo dục và hỗ trợ tâm lý tiền phẫu phù hợp, góp phần nâng cao tuân thủ điều trị, rút ngắn thời gian hồi phục và cải thiện kết quả chăm sóc.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang, nhằm khảo sát mức độ lo sợ trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan ở người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới được chỉ định can thiệp phẫu thuật.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi.

- Được chẩn đoán vết thương phần mềm vùng chi dưới và có chỉ định phẫu thuật.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu, ký cam kết tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh cấp cứu không đủ thời gian để tham gia phỏng vấn.

- Người bệnh có rối loạn tâm thần, giảm khả năng giao tiếp hoặc không thể hợp tác.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 08 năm 2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Huế

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được xác định theo công thức ước lượng một giá trị trung bình phù hợp cho biến tổng điểm của bộ câu hỏi Surgical Fear Questionnaire (SFQ):

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \sigma}{d} \right)^2$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số phân vị của phân phối chuẩn ở

mức ý nghĩa α . Với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%) $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$\sigma \approx 17$ (đã được sử dụng/ước lượng trong nghiên cứu SFQ) dựa trên các nghiên cứu trước đó (Theunissen và cs. và một số nghiên cứu hiệu chuẩn khác) [20, 21].

Chọn sai số cho phép $d = 4$ điểm (trên thang 0–80), mức này cho phép ước lượng trung bình tổng SFQ với sai số ± 4 điểm, là mức chấp nhận được trong nhiều khảo sát tâm lý tiền phẫu.

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 69 bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng cộng 73 bệnh nhân được mời tham gia. Tuy nhiên, trong quá trình thu thập dữ liệu, 4 bệnh nhân không hoàn thành khảo sát do các vấn đề cá nhân. Do đó, cuối cùng, 69 phiếu khảo sát hợp lệ được đưa vào phân tích.

2.4. Công cụ thu thập số liệu: nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi khảo sát có cấu trúc, gồm hai phần:

Phần 1: Thông tin nhân khẩu học và đặc điểm bệnh (tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, người chăm sóc, khoảng cách từ nhà đến bệnh viện, tiền sử phẫu thuật...)

Phần 2: Mức độ nỗi sợ phẫu thuật của người bệnh được đánh giá bằng bộ câu hỏi về nỗi sợ phẫu thuật (Surgical Fear Questionnaire-SFQ) do Theunissen và cộng sự phát triển [20]. Công cụ này gồm 8 câu hỏi, chia thành hai lĩnh vực: lo sợ ngắn hạn (ví dụ: đau, biến chứng trong phẫu thuật, mất kiểm soát) và lo sợ dài hạn (ví dụ: hồi phục chậm, mất khả năng lao động, tử vong). Thang đo SFQ sử dụng thang Likert từ 0 đến 10, trong đó 0 = “không sợ chút nào” và 10 = “rất sợ”. Tổng điểm dao động từ 0–80, điểm càng cao cho thấy mức độ lo sợ càng lớn. Công cụ này đã được kiểm định độ tin cậy và giá trị trong nhiều bối cảnh phẫu thuật, với hệ số Cronbach’s alpha thường trên 0,80, chứng tỏ độ nhất quán nội tại cao [2, 22, 23]. Trong nghiên cứu này, SFQ được dịch sang tiếng Việt theo quy trình chuẩn (dịch xuôi, dịch ngược, thảo luận chuyên gia) [24] và được khảo sát thử trên một nhóm nhỏ nhằm đảm bảo tính dễ hiểu và độ tin cậy trước khi triển khai chính thức cho toàn bộ mẫu nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bằng hình thức phỏng vấn trực tiếp người bệnh trong vòng 24 giờ trước phẫu thuật, sử dụng bảng câu hỏi đã được chuẩn hóa. Trước khi phỏng vấn, người nghiên cứu giải thích mục đích và nội dung nghiên cứu, đảm bảo sự đồng thuận tham gia. Mỗi buổi phỏng vấn kéo dài trung bình 10-15 phút, được thực hiện tại buồng bệnh trong môi trường yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư. Tất

cả thông tin thu thập được kiểm tra ngay sau phỏng vấn để hạn chế sai sót và thiếu dữ liệu.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 23 để xử lý. Thống kê mô tả được sử dụng nhằm trình bày đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (tần suất, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn). Để phân tích mối liên quan giữa mức độ nỗi sợ phẫu thuật và các yếu tố liên quan, nghiên cứu sử dụng kiểm định Chi-square test, t-test, Mann–Whitney U test, and Kruskal–Wallis test. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Huế (H2024/469). Quá trình nghiên cứu được tiến hành tuân thủ theo quy định của Helsinki. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ mục tiêu, nội dung, quyền lợi và rủi ro trước khi ký cam kết tham gia. Người bệnh có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Toàn bộ thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 69)

Nội dung	n	%
Tuổi		
< 30	4	5,8
30 - 60	42	60,9
> 60	23	33,3
Giới tính		
Nam	52	75,4
Nữ	17	24,6
Khu vực cư trú		
Thành thị	17	24,6
Nông thôn	52	75,4
Nghề nghiệp		
Nông dân	12	17,4
Công nhân	8	11,6
Cán bộ	1	1,4
Hưu trí	1	1,4
Lao động tự do	8	11,6
Già	15	21,7
Ở nhà	13	18,8
Khác	11	15,9

Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	58	84,1
Chưa kết hôn	10	14,5
Góa	1	1,4
Trình độ học vấn		
≤ THCS	33	47,8
THPT	23	33,3
TC/CD/ĐH	13	18,8
Mức chi trả của bảo hiểm		
100%/95%	22	31,9
80%	42	60,9
Trái tuyến/Tự túc	5	7,2
Người chăm sóc		
Cha/mẹ/Vợ/chồng/Con/Anh/chị/em	63	91,3
Không có người chăm sóc	2	2,9
Khác	4	5,8
Thu nhập		
< 5 triệu	37	53,6
≥ 5 triệu	32	46,4
Vị trí vết thương		
Đùi	4	5,8
Cẳng chân	25	36,2
Cổ bàn chân	38	55,1
> 2 vị trí	2	2,9

Trong tổng số đối tượng nghiên cứu, nhóm tuổi 30 - 60 chiếm tỉ lệ cao nhất (60,9%), tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi (33,3%) và thấp nhất là dưới 30 tuổi (5,8%). Nam giới chiếm ưu thế (75,4%) so với nữ (24,6%). Tình trạng hôn nhân cho thấy phần lớn người bệnh đã kết hôn (84,1%), trong khi chưa kết hôn chiếm 14,5% và góa chỉ 1,4%. Về trình độ học vấn, gần một nửa đối tượng nghiên cứu có trình độ ≤ THCS (47,8%). Đối với mức chi trả bảo hiểm, phần lớn người bệnh được hưởng chế độ bảo hiểm 80% (60,9%). Người chăm sóc trong thời gian nằm viện chủ yếu là vợ/chồng (40,6%) và con cái (29,0%). Xét về thu nhập, tỉ lệ người có thu nhập < 5 triệu chiếm 53,6%, cao hơn so với nhóm ≥ 5 triệu (46,4%). Vị trí vết thương tập trung nhiều nhất ở cổ bàn chân (55,1%) và cẳng chân (36,2%), trong khi đùi chỉ chiếm 5,8% và trên hai vị trí là 2,9%.

3.2. Nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới

Bảng 2. Mức độ nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới (n = 69)

Nội dung	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	GT nhỏ nhất - GT lớn nhất
Nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn	27,35 ± 8,75	6 - 40
Cảm thấy lo lắng về ca phẫu thuật	7,61 ± 2,41	1 - 10
Sợ gây mê/gây tê	6,42 ± 3,00	0 - 10
Sợ đau sau phẫu thuật	7,22 ± 2,69	0 - 10
Sợ các tác dụng phụ không mong muốn (như buồn nôn...) sau phẫu thuật	6,10 ± 2,35	0 - 10
Nỗi sợ phẫu thuật dài hạn	29,28 ± 8,86	5 - 40
Lo lắng rằng sức khỏe của mình sẽ xấu đi do ca phẫu thuật	6,94 ± 2,26	1 - 10
Lo sợ ca phẫu thuật sẽ thất bại	7,00 ± 2,64	0 - 10
Sợ rằng mình sẽ không hồi phục hoàn toàn sau ca phẫu thuật	7,36 ± 2,47	0 - 10
Sợ rằng quá trình phục hồi sau phẫu thuật sẽ kéo dài	7,97 ± 2,44	1 - 10
Tổng bộ câu hỏi	56,62 ± 16,73	13 - 80

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới có mức độ nỗi sợ phẫu thuật tương đối cao với điểm trung bình tổng bộ câu hỏi là 56,62 ± 16,73. Trong đó, nỗi sợ phẫu thuật dài hạn (29,28 ± 8,86) cao hơn so với nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn (27,35 ± 8,75). Trong lĩnh vực nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn, các yếu tố lo ngại nhiều nhất là cảm thấy lo lắng về ca phẫu thuật (7,61 ± 2,41) và sợ đau sau phẫu thuật (7,22 ± 2,69), trong khi mức lo sợ thấp nhất là tác dụng phụ sau phẫu thuật (6,10 ± 2,35). Trong lĩnh vực nỗi sợ phẫu thuật dài hạn, nỗi sợ cao nhất ghi nhận là quá trình phục hồi kéo dài (7,97 ± 2,44), tiếp đến là không hồi phục hoàn toàn (7,36 ± 2,47). Lo sợ sức khỏe xấu đi (6,94 ± 2,26) hay phẫu thuật thất bại (7,00 ± 2,64) cũng được ghi nhận ở mức cao.

3.3. Nỗi sợ phẫu thuật trên người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới và các yếu tố liên quan
Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến nỗi sợ phẫu thuật ở người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới (n=69)

Biến số	Nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn			Nỗi sợ phẫu thuật dài hạn			Nỗi sợ phẫu thuật		
	M (SD)	t/U/H	p	M (SD)	t/U/H	p	M (SD)	t/U/H	p
Tuổi									
< 30	3,93 (2,05)	8,97	0,01 ^c	5,00 (2,49)	7,42	0,03 ^c	4,47 (2,15)	8,92	0,01 ^c
30 - 60	6,72 (1,97)			7,23 (2,03)			6,97 (1,87)		
> 60	7,55 (2,20)			7,89 (2,30)			7,72 (2,16)		
Giới tính									
Nam	6,86 (2,21)	0,12	0,90 ^a	7,34 (2,25)	431	0,88 ^b	7,10 (2,13)	428	0,85 ^b
Nữ	6,78 (2,17)			7,25 (2,17)			7,01 (2,02)		
Khu vực sinh sống									
Thành thị	6,65 (2,58)	454	0,86 ^b	7,50 (2,66)	376	0,36 ^b	7,07 (2,54)	413	0,69 ^b
Nông thôn	6,90 (2,07)			7,26 (2,08)			7,08 (1,95)		
Tình trạng hôn nhân									
Đã kết hôn	7,05 (2,07)	3,70	0,054 ^c	7,48 (2,19)	2,02	0,16 ^c	7,27 (1,98)		0,77 ^c
Chưa kết hôn	5,45 (2,53)			6,35 (2,63)			5,90 (2,54)	3,13	
Góa	8,25			7,50			7,88		
Trình độ học vấn									
<=THCS	7,21 (2,23)	5,87	0,053 ^c	7,53 (2,02)	3,00	0,22 ^c	7,37 (2,01)	5,27	0,07 ^c
THPT	6,05 (1,92)			6,66 (2,46)			6,36 (2,08)		
TC/CD/ĐH	7,27 (2,30)			7,94 (2,12)			7,61 (2,12)		
Mức chi trả của bảo hiểm									
100%/95%	7,23 (2,48)	3,35	0,19 ^c	7,78 (2,21)	4,05	0,13 ^c	7,50 (2,24)	4,08	0,13 ^c
80%	6,54 (2,01)			6,96 (2,21)			6,75 (1,99)		
Trái tuyến/Tự túc	7,65 (2,25)			8,25 (2,06)			7,95 (2,09)		
Người chăm sóc trong quá trình nằm viện									
Cha/mẹ/Vợ/chồng/Con/Anh/chị/em	6,87 (2,17)			7,29 (2,24)			7,08 (2,10)		
Không có người chăm sóc	5,25 (1,76)	0,56	0,57 ^d	6,25 (2,48)	0,80	0,67 ^c	5,75 (2,12)	1,52	0,47 ^c
Khác	7,13 (2,89)			8,25 (1,79)			7,69 (2,29)		
Tình trạng thu nhập									
< 5 triệu	7,26 (2,08)	446	0,08 ^b	7,72 (2,19)	423	0,04 ^b	7,49 (2,01)	429	
>=5 triệu	6,34 (2,23)			6,85 (2,18)			6,60 (2,11)		

Vị trí vết thương									
Đùi	6,06 (2,61)	3,67	0,30 ^c	6,13 (3,13)	2,93	0,40 ^c	6,09 (2,37)	3,26	0,35 ^c
Cẳng chân	6,84 (2,36)			7,38 (2,42)			7,11 (2,32)		
Cổ bàn chân	7,05 (2,04)			7,49 (2,00)			7,27 (1,92)		
> 2 vị trí	4,25 (0,35)			5,75 (1,77)			5,00 (1,06)		

^a t- test; ^bMann-Whitney U test; ^c Kruskal Wallis test; ^dANOVA
M (SD): Trung bình (Độ lệch chuẩn)

Kết quả cho thấy tuổi có liên quan đáng kể đến mức độ nỗi sợ phẫu thuật ở cả ba khía cạnh: nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn ($p = 0,01$), nỗi sợ phẫu thuật dài hạn ($p=0,03$) và tổng điểm nỗi sợ phẫu thuật ($p = 0,01$). Thu nhập có mối liên quan với nỗi sợ phẫu thuật dài hạn ($p=0,04$) và tổng điểm nỗi sợ phẫu thuật ($p = 0,049$). Giới tính, khu vực sinh sống, trình độ học vấn, mức chi trả của bảo hiểm y tế, tình trạng hôn nhân và vị trí vết thương không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nỗi sợ phẫu thuật ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới có mức độ nỗi sợ phẫu thuật tương đối cao, với điểm trung bình tổng SFQ là $56,62 \pm 16,73$. Điều này phù hợp với nhận định rằng phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm người bệnh ngoại khoa có tổn thương phức tạp và cần áp dụng phương pháp hút áp lực âm, luôn là tình huống dễ gây ra nỗi sợ nổi bật. Mức điểm nỗi sợ phẫu thuật ghi nhận trong nghiên cứu này cao hơn rõ rệt so với phần lớn các báo cáo trước đó. Kết quả này có thể phản ánh những đặc thù trong bối cảnh y tế Việt Nam, nơi tình trạng quá tải bệnh viện làm hạn chế sự tương tác giữa người bệnh và nhân viên y tế, từ đó gia tăng cảm giác bất an trước phẫu thuật. Đồng thời, mô hình chăm sóc mang đặc trưng Á Đông với sự tham gia tích cực của gia đình trong quyết định điều trị cũng có thể tạo thêm áp lực tâm lý, khi người bệnh vừa phải lo lắng cho sức khỏe bản thân vừa gánh chịu kỳ vọng từ người thân [25, 26].

So với các nghiên cứu trước đó, sự khác biệt về bối cảnh xã hội và hệ thống y tế có thể phần nào lý giải vì sao mức độ nỗi sợ phẫu thuật trong nghiên cứu này lại cao hơn. Theunissen và cộng sự khi khảo sát trên người bệnh đang chờ phẫu thuật tại Ý cho thấy điểm trung bình của nỗi sợ phẫu thuật chỉ là 22 (0–68) [27]. Tương tự, Karačić và cộng sự báo cáo giá trị trung bình $22,65 \pm 17,86$ [2], trong khi Duygu Soydaş và cộng sự ghi nhận $25,37 \pm 20,73$ [28]. Sevim Çelik và cộng sự cũng chỉ ra mức điểm trung bình $22,40 \pm 14,69$ ở người bệnh viêm khớp gối [24]. Kết quả của Kapikiran và Bulbuloglu trên người bệnh ung thư chuẩn bị phẫu thuật cho thấy mức điểm trung bình cao hơn các nhóm trên, đạt $37,7 \pm 18,01$ [29]. Ngược lại, kết quả nghiên cứu hiện tại có mức điểm nỗi sợ phẫu thuật tương đương với nghiên cứu của Damico và cộng sự trên người bệnh chờ phẫu thuật

tim mạch, với điểm trung bình $53,94 \pm 19,16$ [30]. Mặc dù bản chất của hai loại phẫu thuật khác nhau, sự tương đồng về mức điểm nỗi sợ có thể phản ánh tâm lý chung của người bệnh trước các can thiệp phẫu thuật lớn và thời gian hồi phục kéo dài. Điều này cho thấy sự khác biệt về mức độ nỗi sợ phẫu thuật giữa các nghiên cứu có thể bắt nguồn từ tính chất và mức độ phức tạp của từng loại can thiệp ngoại khoa. Những phẫu thuật có quy mô lớn, phức tạp, nguy cơ biến chứng cao thường tạo ra mức độ lo âu và căng thẳng trước mổ cao hơn so với các loại phẫu thuật thông thường. Kết quả từ nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của điều dưỡng trong xây dựng các mô hình tư vấn và hỗ trợ tâm lý phù hợp với đặc thù bối cảnh Việt Nam, bao gồm tăng cường giao tiếp điều dưỡng – người bệnh, phát triển các chương trình giáo dục sức khỏe tiền phẫu, và huy động sự tham gia hiệu quả của gia đình trong quá trình chuẩn bị cho người bệnh. Các can thiệp như tư vấn cá thể hóa, cung cấp thông tin về phẫu thuật, sự tham gia của gia đình có thể làm giảm lo lắng, góp phần cải thiện kết quả phẫu thuật, tăng cường tuân thủ điều trị và thúc đẩy quá trình hồi phục [31, 32].

Nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn phản ánh những lo lắng tức thời của người bệnh trước khi bước vào ca mổ, bao gồm đau trong và sau phẫu thuật, nguy cơ biến chứng trong mổ, mất kiểm soát trong quá trình gây mê cũng như sự an toàn ngay tại thời điểm can thiệp. Đây là những yếu tố mang tính trực tiếp, dễ nhận diện và thường biểu hiện rõ nhất ở giai đoạn tiền phẫu. Nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn không chỉ ảnh hưởng đến trạng thái tâm lý trước mổ mà còn có thể tác động đến chất lượng hồi phục và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn được ghi nhận ở mức trung bình $27,35 \pm 8,75$, cao hơn đáng kể so với đa số các nghiên cứu trước đây. Các tài liệu quốc tế

cho thấy điểm số nỗi sợ ngắn hạn thường dao động trong khoảng từ 12 đến 30 [22, 23, 24, 26]. Ngược lại, kết quả của nghiên cứu hiện tại lại gần tương đồng với báo cáo của Damico và cộng sự trên người bệnh chờ phẫu thuật tim mạch, với điểm nỗi sợ ngắn hạn trung bình $26,32 \pm 9,23$ [30]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc thù của nhóm người bệnh trong nghiên cứu. Vết thương phần mềm chi dưới, đặc biệt khi cần can thiệp bằng liệu pháp hút áp lực âm, thường đi kèm với đau đớn, khó chịu và hạn chế vận động. Những đặc điểm này khiến người bệnh gia tăng lo lắng về các yếu tố ngắn hạn như đau trong và sau mổ, nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật và sự mất kiểm soát trong quá trình gây mê. Do đó, mức độ nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn ở nhóm người bệnh có vết thương phức tạp cao hơn đáng kể so với các nhóm phẫu thuật thông thường, và thậm chí tiệm cận với mức nỗi sợ được ghi nhận ở các loại phẫu thuật lớn, nhiều rủi ro như phẫu thuật tim mạch.

Bên cạnh nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn, người bệnh còn phải đối diện với những lo lắng mang tính lâu dài, liên quan đến khả năng hồi phục, nguy cơ tái phát và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Nỗi sợ phẫu thuật dài hạn phản ánh những lo lắng của người bệnh về quá trình hồi phục sau mổ, nguy cơ mất khả năng lao động, ảnh hưởng đến sinh hoạt, và chất lượng cuộc sống lâu dài. Đây là những lo âu mang tính bền vững, thường kéo dài ngay cả sau khi ca phẫu thuật đã thành công, do người bệnh phải đối diện với các vấn đề như thời gian hồi phục, biến chứng muộn hay hạn chế trong vận động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình nỗi sợ phẫu thuật dài hạn đạt $29,27 \pm 9,21$, cao hơn đáng kể so với nhiều nghiên cứu quốc tế trước đó [2, 28, 29, 33]. Ngược lại, kết quả của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Damico và cộng sự [25] trên người bệnh tim mạch, trong đó điểm nỗi sợ dài hạn đạt $27,62 \pm 10,02$. So sánh giữa nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn và dài hạn trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ lo lắng dài hạn hơi cao hơn so với ngắn hạn. Điều này cho thấy, ngoài những lo lắng tức thời về đau, biến chứng và kiểm soát trong quá trình phẫu thuật, người bệnh còn phải đối mặt với những lo âu kéo dài liên quan đến khả năng hồi phục, rủi ro tái phát, hạn chế vận động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau mổ. Sự khác biệt này phản ánh bản chất kép của nỗi sợ phẫu thuật là nỗi sợ ngắn hạn tập trung vào các yếu tố tức thời, dễ nhận biết và chủ yếu xuất hiện trong giai đoạn tiền phẫu, trong khi nỗi sợ dài hạn mang tính bền vững hơn, ảnh hưởng đến tâm lý và chất lượng sống sau phẫu thuật. Trong nhóm người bệnh có vết thương

phần mềm chi dưới, đặc biệt khi cần điều trị bằng liệu pháp hút áp lực âm, cả hai dạng nỗi sợ đều cao hơn so với các nhóm phẫu thuật thông thường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi tác có liên quan có ý nghĩa thống kê đến cả nỗi sợ phẫu thuật ngắn hạn và dài hạn ($p < 0,05$). Cụ thể, nhóm người bệnh lớn tuổi (> 60 tuổi) ghi nhận mức độ nỗi sợ cao hơn so với các nhóm trẻ hơn. Điều này có thể được lý giải bởi người cao tuổi thường có nhiều bệnh lý kèm theo, khả năng hồi phục chậm hơn và lo ngại nhiều hơn về biến chứng phẫu thuật. Hơn nữa, những lo lắng về mất khả năng tự chăm sóc, giảm khả năng vận động và ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng cuộc sống sau mổ cũng góp phần làm tăng mức độ nỗi sợ trong nhóm này. Ngoài ra, tình trạng thu nhập cũng ảnh hưởng đến nỗi sợ phẫu thuật, đặc biệt là nỗi sợ dài hạn và tổng điểm nỗi sợ phẫu thuật. Người bệnh có thu nhập thấp (< 5 triệu/tháng) ghi nhận mức nỗi sợ cao hơn. Kết quả này phản ánh vai trò của áp lực kinh tế trong việc hình thành lo lắng trước phẫu thuật. Khi chi phí điều trị là gánh nặng, người bệnh không chỉ lo lắng về các vấn đề lâm sàng mà còn lo ngại về khả năng chi trả và ảnh hưởng lâu dài đến đời sống sinh hoạt, từ đó làm tăng mức độ nỗi sợ dài hạn. Theunissen và cộng sự cũng chỉ ra tuổi tác, giới tính và tình trạng học vấn liên quan đến nỗi sợ phẫu thuật [20]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá đồng thời nỗi sợ phẫu thuật bao gồm ngắn hạn và dài hạn và yếu tố nguy cơ làm tăng nỗi sợ phẫu thuật nhằm thiết kế các can thiệp tâm lý và chăm sóc phù hợp, giúp giảm lo lắng trước mổ và cải thiện kết quả hồi phục sau phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này có một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu nhỏ ($n = 69$), chỉ thực hiện tại một bệnh viện nên tính khái quát còn hạn chế; thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh mức độ nỗi sợ tại một thời điểm, chưa theo dõi sự thay đổi trong quá trình điều trị; đồng thời chưa phân tích sâu các yếu tố văn hóa, kinh nghiệm phẫu thuật và hỗ trợ xã hội. Do đó, các nghiên cứu tương lai cần mở rộng quy mô nghiên cứu, thực hiện tại nhiều bệnh viện với thiết kế dọc, đồng thời tích hợp thêm yếu tố văn hóa - xã hội và đánh giá hiệu quả các can thiệp tâm lý, giáo dục tiền phẫu để xây dựng chiến lược hỗ trợ toàn diện hơn cho người bệnh tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh có vết thương phần mềm chi dưới có mức độ nỗi sợ phẫu thuật tương đối cao, bao gồm cả nỗi sợ ngắn hạn và dài hạn. Tuổi cao và thu nhập thấp là những yếu tố liên

quan làm tăng mức độ nỗi sợ, đặc biệt là nỗi sợ dài hạn và tổng điểm nỗi sợ. Ngược lại, các yếu tố như giới tính, khu vực sinh sống, trình độ học vấn và vị trí vết thương không ảnh hưởng đáng kể. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá đồng thời nỗi sợ ngắn hạn và dài hạn trước phẫu

thuật, nhằm xây dựng các biện pháp can thiệp tâm lý, tư vấn và hỗ trợ phù hợp, giúp giảm lo lắng và cải thiện kết quả hồi phục sau phẫu thuật.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Theunissen M, Scarone P, VAN Kuijk SM, Smeets AY, Maino P, Peters ML, et al. The Italian version of the Surgical Fear Questionnaire: validation of its measurement properties. *Minerva Anestesiol* 2024;90:1065–73. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.24.18416-7>.
2. Karačić A, Theunissen M, Sović S, Sever M, Bakula B, Semanjski K. Validation of the croatian version of the surgical fear questionnaire (sfq) in adult patients waiting for elective surgery. *Acta Clin Croat* 2023;62:153–61. <https://doi.org/10.20471/acc.2023.62.01.18>.
3. Bedaso A, Mekonnen N, Duko B. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among patients undergoing surgery in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2022;12:e058187. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058187>.
4. Baagil H, Baagil H, Gerbershagen MU. Preoperative Anxiety Impact on Anesthetic and Analgesic Use. *Medicina (Kaunas)* 2023;59:2069. <https://doi.org/10.3390/medicina59122069>.
5. Taylan S, Çelik GK. The Effect of Preoperative Fear and Related Factors on Patients' Postcataract Surgery Comfort Level: A Regression Study. *J Perianesth Nurs* 2022;37:398–403. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.08.014>.
6. Akutay S, Ceyhan Ö. The relationship between fear of surgery and affecting factors in surgical patients. *Perioper Med* 2023;12:1–8. <https://doi.org/10.1186/s13741-023-00316-0>.
7. Topal Hançer A, Köksel P. The Effect of Preoperative Pain Fear on Postoperative Pain, Analgesic Use, and Comfort Level. *Pain Manag Nurs* 2023;24:521–7. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.06.008>.
8. Üstünel F, Tura İ, Akçam AT, Erden S. The Effect of Preoperative Fear of Pain on Postoperative Pain Levels and the Amount of Analgesic Consumption. *Pain Manag Nurs* 2023;24:617–21. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.04.015>.
9. Geers NC, Zegel M, Huybregts JGJ, Niessen FB. The Influence of Preoperative Interventions on Postoperative Surgical Wound Healing in Patients Without Risk Factors: A Systematic Review. *Aesthet Surg J* 2018;38:1237–49. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy074>.
10. Liu L, Xiang Y, Xiong L, Li C, Dai W, Hu J, et al. Assessment of preoperative health-related quality of life in patients undergoing thyroidectomy based on patient-reported outcomes. *Front Psychol* 2024;15:1329175. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1329175>.
11. Gümüş K. The Effects of Preoperative and Postoperative Anxiety on the Quality of Recovery in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *J Perianesth Nurs* 2021;36:174–8. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.08.016>.
12. Sabah L, Moltke FB, Moffatt CJ, Thomsen SF. Evaluation of neuropathic pain in lower extremity wounds using different assessment tools: A cross-sectional study. *Pain Practice* 2025;25:e70029. <https://doi.org/10.1111/papr.70029>.
13. Costa ML, Achten J, Knight R, Bruce J, Dutton SJ, Madan J, et al. Effect of Incisional Negative Pressure Wound Therapy vs Standard Wound Dressing on Deep Surgical Site Infection After Surgery for Lower Limb Fractures Associated With Major Trauma: The WHIST Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;323:519–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0059>.
14. Edmonds M, Manu C, Vas P. The current burden of diabetic foot disease. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma* 2021;17:88–93. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2021.01.017>.
15. Bolton Saghdadoui L, Lampridou S, Racaru S, Davies AH, Wells M. Healthcare interventions to aid patient self-management of lower limb wounds: A systematic scoping review. *International Wound Journal* 2023;20:1304–15. <https://doi.org/10.1111/iwj.13969>.
16. Kakagia DD, Georgiadis G, Drosos G. Dermal Matrices: Game Changers in Leg and Foot Soft Tissue Reconstruction? A Case Series. *Int J Low Extrem Wounds* 2023;22:56–62. <https://doi.org/10.1177/1534734621990311>.
17. Zeiderman MR, Pu LLQ. Contemporary approach to soft-tissue reconstruction of the lower extremity after trauma. *Burns Trauma* 2021;9:tkab024. <https://doi.org/10.1093/burnst/tkab024>.
18. Gouin J-P, Kiecolt-Glaser JK. The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Methods and Mechanisms. *Immunol Allergy Clin North Am* 2011;31:81–93. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2010.09.010>.
19. Sürme Y, Çimen Ö. Preoperative Surgical Fear and Related Factors of Patients Undergoing Brain Tumor Surgery. *J Perianesth Nurs* 2022;37:934–8. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.04.006>.
20. Theunissen M, Peters ML, Schouten EGW, Fiddelaers AAA, Willemsen MGA, Pinto PR, et al. Validation

of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS One* 2014;9:e100225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100225>.

21. Theunissen M, Jonker S, Schepers J, Nicolson NA, Nuijts R, Gramke H-F, et al. Validity and time course of surgical fear as measured with the Surgical Fear Questionnaire in patients undergoing cataract surgery. *PLoS One* 2018;13:e0201511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201511>.

22. Yang G, Zang X, Ma X, Bai P. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Psychometric Properties of the Chinese Version of the Surgical Fear Questionnaire. *J Perianesth Nurs* 2022;37:386–92. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.08.004>.

23. Otmani LE, Sandiford MH, Valentin E, Menigaux C, Bauer T, Hardy A. The French version of the surgical fear questionnaire is a valid and reproducible score to assess the fear of surgery. *Journal of Affective Disorders Reports* 2023;14:100651. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100651>.

24. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Miranda da Silva M, et al. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Healthc* 2024;17:2701–28. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>.

25. Lin M-L, Huang C-T, Chen C-H. Reasons for family involvement in elective surgical decision-making in Taiwan: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2017;26:1969–77. <https://doi.org/10.1111/jocn.13600>.

26. Lin M-L, Chen C-H. Difficulties in Surgical Decision Making and Associated Factors Among Elective Surgical Patients in Taiwan. *J Nurs Res* 2017;25:464–70. <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000188>.

27. Theunissen M, Scarone P, VAN Kuijk SM, Smeets AY, Maino P, Peters ML, et al. The Italian version of the Surgical Fear Questionnaire: validation of its measurement properties. *Minerva Anesthesiol* 2024;90:1065–73. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.24.18416-7>.

28. Soydaş D, Makal Orğan E, Yıldız Findık Ü, Gökçe Işıklı A. The relationship between the perception of surgical fear and nursing satisfaction. *J Perioper Pract* 2023;33:380–5. <https://doi.org/10.1177/17504589221137983>.

29. Kapikiran G, Bulbuloglu S. The effect of perceived social support on psychological resilience and surgical fear in surgical oncology patients. *Psychol Health Med* 2024;29:473–83. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2159458>.

30. Damico V, Cossalter L, Murano L, D'Alessandro A, Fermi L, Milani M, et al. The psychometric evaluation of the Italian version of the Surgical Fear Questionnaire in adult patients waiting for major cardiac surgery. *Ann Ig* 2024;36:476–86. <https://doi.org/10.7416/ai.2024.2622>.

31. Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM, Sepúlveda-Plata MC, García-Corzo G, Gamboa-Delgado EM. Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. *Revista de La Facultad de Medicina* 2018;66:195–200. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v66n2.58008>.

32. Lanini I, Amass T, Calabrisotto CS, Fabbri S, Falsini S, Adembri C, et al. The influence of psychological interventions on surgical outcomes: a systematic review. *J Anesth Analg Crit Care* 2022;2:31. <https://doi.org/10.1186/s44158-022-00057-4>.

33. Çelik S, Şenol T, Altıntaş S, Karahan E. The relationship between spiritual well-being and surgical fear in elderly patients with gonarthrosis. *Psychogeriatrics* 2024;24:915–23. <https://doi.org/10.1111/psyg.13148>.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các hoạt động chăm sóc đái tháo đường trẻ em tại một số bệnh viện của thành phố Huế

Trần Thị Diệu Oanh¹, Nguyễn Thị Anh Phương^{2*}

¹ Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh

² Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Anh Phương, email: phuong.nta@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 16/10/2025

Ngày xuất bản (Published online): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) ở trẻ em là một bệnh mạn tính có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Trong quản lý bệnh nhi ĐTĐ, công tác chăm sóc điều dưỡng giữ vai trò then chốt, góp phần quan trọng vào hiệu quả điều trị và phòng ngừa biến chứng.

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các hoạt động chăm sóc của trẻ bị đái tháo đường tại một số bệnh viện ở thành phố Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 trẻ được chẩn đoán ĐTĐ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế và Trung tâm Y tế thành phố Huế trong khoảng thời gian từ 01/2020 đến 04/2022.

Kết quả: Trẻ mắc ĐTĐ type 1 chiếm chủ yếu (85,7%). Các triệu chứng cổ điển như tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều và gầy sút cân xuất hiện trên hơn 50% trường hợp. Giá trị đường máu tĩnh mạch trung bình ở nhóm ĐTĐ type 1 khi mới nhập viện là $13,45 \pm 3,58$ mmol/L; HbA1c trung bình là $8,42 \pm 2,7\%$. Về chăm sóc, 97,1% điều dưỡng thực hiện đúng quy trình sát khuẩn vị trí tiêm; 68,6% theo dõi và giám sát chế độ ăn của trẻ; 37,1% thực hiện chăm sóc da; 85,7% hướng dẫn giảm liều insulin trước tập luyện; và 74,3% giáo dục về các biến chứng cũng như cách phòng tránh. Tại nhà, tỉ lệ trẻ kiểm soát đường huyết đạt yêu cầu chỉ chiếm 17,3%.

Kết luận: ĐTĐ type 1 ở trẻ em vẫn chiếm tỉ lệ cao, với các triệu chứng lâm sàng điển hình. Trong chăm sóc, điều dưỡng cần chú trọng hơn đến chăm sóc da và nên tăng cường các hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe, cũng như xây dựng các câu lạc bộ dành cho trẻ ĐTĐ.

Từ khóa: Đái tháo đường trẻ em, điều dưỡng, lâm sàng, cận lâm sàng.

Study on clinical, para-clinical characteristics and Nursing care of pediatric diabetes in some hospitals at Hue City

Tran Thi Dieu Oanh¹, Nguyen Thi Anh Phuong^{2*}

¹ Ho Chi Minh Hospital of Dermato-Venereology

² Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Childhood diabetes mellitus (DM) is a chronic disease with increasing prevalence worldwide, exerting long-term impacts on health and quality of life. Nursing care plays a key role in treatment effectiveness and complication prevention in pediatric DM management.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and nursing care of children with diabetes mellitus at hospitals in Hue city.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 children diagnosed with diabetes mellitus at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, Hue Central Hospital, and Hue City Medical Center from January 2020 to April 2022.

Results: Type 1 DM accounted for the majority (85.7%). Classical symptoms such as polyuria, polydipsia, polyphagia, and weight loss were present in more than 50% of cases. The mean venous blood glucose level

in newly admitted type 1 DM patients was 13.45 ± 3.58 mmol/L, and mean HbA1c was $8.42 \pm 2.7\%$. Regarding nursing care, 97.1% of nurses performed correct site disinfection before insulin injection; 68.6% monitored dietary regimens; 37.1% provided skin care; 85.7% guided insulin dose adjustment before exercise; and 74.3% provided education on complications and prevention. At home, only 17.3% of children achieved adequate blood glucose control.

Conclusion: Type 1 DM remains predominant in children, with typical classical symptoms. In nursing care, attention should be given to skin care, and health education activities such as counseling or establishing diabetes clubs for children should be strengthened.

Keyword: Childhood diabetes mellitus, nursing care, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất trên toàn cầu, với số ca mắc mới không ngừng gia tăng ở mọi lứa tuổi. Đáng chú ý, trong những năm gần đây, bệnh lý này có xu hướng ngày càng trẻ hóa. Đặc biệt, ĐTĐ ở trẻ em có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng như rối loạn tăng trưởng thể chất, suy giảm miễn dịch, ảnh hưởng đến phát triển tâm thần - vận động, và làm gia tăng nguy cơ biến chứng cấp tính (hạ đường huyết, nhiễm toan ceton) cũng như biến chứng mạn tính (bệnh tim mạch, thận, mắt) ngay từ giai đoạn sớm. Ngoài ra, bệnh còn tác động tiêu cực đến tâm lý, dễ dẫn đến lo âu, trầm cảm và giảm chất lượng cuộc sống ở trẻ và gia đình [1].

Theo phân tích hệ thống của Hormazábal-Aguayo và cộng sự (2024), tỉ lệ mắc mới đái tháo đường type 1 ở trẻ và thanh thiếu niên (< 20 tuổi) trong giai đoạn 2000 - 2022 là 14,07 ca/100.000 người-năm (95% CI: 12,15 - 16,29) [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (Việt Nam), tỉ lệ mắc mới đái tháo đường kiểu 1 (T1D) được ước tính khoảng 0,77 ca/100.000 trẻ em ở miền Bắc Việt Nam [3]. Thống kê của Bộ Y tế cho thấy trẻ mắc ĐTĐ type 1 chiếm khoảng 90% trong tổng số ca bệnh, trong khi ĐTĐ type 2 thường gặp ở nhóm trẻ có tình trạng thừa cân hoặc béo phì, gắn liền với lối sống ít vận động và chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý [4]. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc quản lý và chăm sóc toàn diện cho trẻ mắc đái tháo đường, nhằm kiểm soát tốt đường huyết và phòng ngừa biến chứng.

Trẻ mắc ĐTĐ cần tuân thủ một chế độ chăm sóc toàn diện, bao gồm: dinh dưỡng hợp lý, luyện tập thể lực đều đặn, kiểm soát đường huyết chặt chẽ và theo dõi định kỳ các chỉ số sinh hóa như HbA1c, ceton niệu... Bên cạnh đó, việc phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng cấp tính như hạ đường huyết hay nhiễm toan ceton giữ vai trò quyết định trong tiên lượng và chất lượng cuộc sống của trẻ. Trong toàn bộ quá trình này, công tác chăm sóc điều dưỡng có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, thể hiện qua nhiều

khía cạnh cụ thể như: giáo dục sức khỏe và huấn luyện tự chăm sóc (hướng dẫn trẻ và cha mẹ cách sử dụng insulin, kỹ thuật tự theo dõi đường huyết, nhận biết sớm dấu hiệu hạ hoặc tăng đường huyết và xử trí ban đầu); hỗ trợ dinh dưỡng và hoạt động thể lực (xây dựng khẩu phần ăn phù hợp lứa tuổi, theo dõi cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, đồng thời khuyến khích vận động an toàn); theo dõi và quản lý lâm sàng (các dấu hiệu hạ đường huyết, iám sát đường huyết hằng ngày, kiểm tra HbA1c định kỳ, đánh giá tình trạng ceton niệu khi cần thiết và phối hợp bác sĩ điều chỉnh phác đồ điều trị); phòng ngừa và xử trí biến chứng (nhận biết sớm và xử trí hạ đường huyết tại chỗ, hỗ trợ cấp cứu trong các trường hợp nhiễm toan ceton, đồng thời tư vấn gia đình về dự phòng biến chứng mạn tính như bệnh lý thận, mắt, thần kinh); và hỗ trợ tâm lý - xã hội (giúp trẻ thích ứng với bệnh, giảm lo âu, khuyến khích sự tham gia của gia đình, nhà trường và cộng đồng để tạo môi trường hỗ trợ toàn diện). Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA, 2023), mục tiêu kiểm soát HbA1c ở trẻ em và thanh thiếu niên thường được khuyến nghị < 7,0%, và việc giáo dục tự quản lý bệnh cần được tích hợp ngay từ khi chẩn đoán [5]. Tương tự, hướng dẫn của Hiệp hội Đái tháo đường Nhi khoa Quốc tế (ISPAD, 2022) nhấn mạnh vai trò trung tâm của điều dưỡng trong hỗ trợ gia đình, giám sát đường huyết liên tục (CGM) và nâng cao sức khỏe tâm thần cho trẻ mắc ĐTĐ [6]. Như vậy, điều dưỡng không chỉ thực hiện chăm sóc trực tiếp mà còn đóng vai trò là người giáo dục, tư vấn và điều phối, góp phần nâng cao nhận thức cho gia đình và cộng đồng, giúp dự phòng biến chứng, cải thiện khả năng tự chăm sóc và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh lâu dài [5-6].

Mặc dù vai trò của điều dưỡng trong quản lý bệnh nhi ĐTĐ đã được khẳng định ở nhiều quốc gia, tại Việt Nam nói chung và tại thành phố Huế nói riêng, các bằng chứng khoa học chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như thực trạng chăm sóc điều dưỡng cho trẻ mắc ĐTĐ còn ít. Sự thiếu hụt bằng chứng này gây khó khăn cho việc xây dựng các chương trình can thiệp, chính sách hỗ trợ và các mô

hình chăm sóc phù hợp. Chính vì vậy, việc tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc ĐTĐ và thực trạng hoạt động chăm sóc điều dưỡng, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ ĐTĐ tại Việt Nam. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các hoạt động chăm sóc trẻ đái tháo đường tại một số bệnh viện thành phố Huế”**, với mục tiêu: *mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các hoạt động chăm sóc của trẻ mắc ĐTĐ tại một số bệnh viện ở thành phố Huế.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhi 0 - 15 tuổi được chẩn đoán bệnh Đái tháo đường type 1 và type 2 tại các cơ sở y tế gồm Khoa Nhi Tổng Hợp - Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Trung tâm Nhi Khoa - Bệnh viện Trung ương Huế, Trung tâm Y tế thành phố Huế, thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh

Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ của ISPAD [7]: Bệnh nhi có triệu chứng điển hình của ĐTĐ/ glucose huyết tương bất kì $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) hoặc;

Glucose huyết tương đói $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl);

Glucose sau 2 giờ làm nghiệm pháp tăng đường huyết $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) hoặc;

HbA1c $> 6,5\%$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhi tăng đường huyết cấp tính: HbA1c $< 6,5\%$ hoặc có biến chứng nặng.

Bệnh nhi rối loạn tâm thần, rối loạn về nghe, nói.

Bệnh nhi không hợp tác từ chối trả lời và không có người đại diện hợp pháp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: thiết kế mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện gồm 35 bệnh nhi trong đó: 12 trường hợp điều trị nội trú mắc mới hoàn toàn, 23 trường hợp tái khám và điều trị ngoại trú.

- Công cụ thu thập số liệu: được xây dựng theo cấu trúc gồm 4 phần chính:

Phần A: Thông tin chung (A1 - A15)

Phần B: Đặc điểm lâm sàng (B1 - B29)

Phần C: Đặc điểm cận lâm sàng (C1 - C6)

Phần D: Các hoạt động chăm sóc

+ Các hoạt động chăm sóc tại bệnh viện (D1.1 - D1.9)

+ Các hoạt động chăm sóc tại nhà (D2.1 - D2.7)
(Chỉ áp dụng để thu thập số liệu từ bệnh nhi đang điều trị ngoại trú).

Ở phần B và C các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ đái tháo đường tham khảo bộ câu hỏi khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tác giả Trần Vĩnh Phú phiên bản tiếng Việt [6]. Độ tin cậy Cronbach's alpha của bộ câu hỏi gốc là 0,68. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi, cronbach's alpha bộ câu hỏi là 0,70, bộ câu hỏi có độ tin cậy đủ để đưa vào sử dụng cho nghiên cứu.

Ở phần D - các hoạt động chăm sóc trẻ em đái tháo đường, nhóm nghiên cứu xây dựng bộ câu hỏi dựa trên cơ sở y văn của Geoffrey Ambler [8], các tiêu chuẩn chăm sóc của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) [1], và nghiên cứu về vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc trẻ em đái tháo đường của Hongju Dai [9]. Các hoạt động chăm sóc được đánh giá theo thang Likert 4 mức độ, từ 1 = *Không bao giờ* đến 4 = *Luôn luôn*. Bộ công cụ được kiểm định độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's alpha, hệ số Cronbach's alpha đạt 0,75, chứng tỏ mức độ tin cậy đủ để đưa vào sử dụng cho nghiên cứu.

Định nghĩa biến số

+ Giới: giới tính sinh học của đối tượng nghiên cứu

+ Tuổi: số năm sống tính từ thời điểm sinh đến ngày thu thập số liệu., được phân theo nhóm.

+ Phân loại Đái tháo đường: loại bệnh đái tháo đường được chẩn đoán bởi bác sĩ (Tham khảo hồ sơ bệnh án).

+ Tiền sử đái tháo đường của gia đình: tình trạng có hay không có người thân ruột thịt (cha, mẹ, anh, chị, em ruột) từng được chẩn đoán mắc đái tháo đường.

+ Tiểu nhiều được định nghĩa là lượng nước tiểu > 4 ml/kg/giờ [10]. Không định lượng được sẽ định tính theo lời khai của bệnh nhi và thân nhân.

+ Uống nhiều được định nghĩa là lượng nước uống vào > 2000 ml/m² da/ngày [11]. Trường hợp không định lượng được sẽ định tính theo lời khai của bệnh nhân và người nhân.

+ Ăn nhiều: năng lượng đưa vào lớn hơn nhu cầu nhưng không tăng cân, ăn nhiều bữa hơn, lượng nhiều hơn nhưng vẫn cảm giác đói.

+ Sụt cân: tính bằng % số cân nặng giảm so với cân nặng trước lúc trẻ có triệu chứng bệnh.

+ Dấu gai đen: thể hiện bằng màu nâu đến đen, không rõ nét, đồng nhất, thường được tìm thấy ở vị trí nếp gấp của cơ thể (nách, cổ, bẹn, rốn, trán...) [10].

+ Liệu pháp dinh dưỡng: là kế hoạch dinh dưỡng được điều dưỡng thiết lập cho trẻ ĐTĐ để phù hợp với sở thích ăn uống [8].

+ Liệu pháp hoạt động thể chất bao gồm các chăm sóc lượng đường với điều chỉnh liều insulin và carbohydrate của điều dưỡng giúp hạn chế tối đa

nguy cơ hạ đường huyết của trẻ trước, trong và sau hoạt động [8].

+ Chăm sóc tâm lý là chăm sóc mối nguy hại ảnh hưởng tâm lý của bệnh nhi ĐTĐ [12].

+ Kiểm soát đường huyết là những đề xuất của điều dưỡng mục tiêu đường huyết trong các thời điểm và HbA1c nghiêm ngặt hơn (chẳng hạn như < 6,5% [48 mmol/l]) cho từng bệnh nhi giúp kiểm soát tốt các trường hợp hạ đường huyết hay tăng đường huyết [10].

+ Chăm sóc phòng tránh các biến chứng: là những chăm sóc điều dưỡng hạn chế tối đa xảy ra biến chứng cấp và mạn cho bệnh nhi [13].

+ Giáo dục sức khỏe: là hoạt động điều dưỡng giúp bệnh nhi trong quá trình chăm sóc [14].

Quy trình thu thập số liệu: trước khi tiến hành, nhóm nghiên cứu thông báo và giải thích rõ mục đích, nội dung và cách thức tham gia nghiên cứu cho phụ huynh. Chỉ khi phụ huynh đồng ý và ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu thì việc thu thập số liệu mới được thực hiện. Đối với bệnh nhi ngoại trú, số liệu được thu thập trong thời gian trẻ và người nhà chờ nhận thuốc. Đối với bệnh nhi nội trú, việc thu thập số liệu được tiến hành vào thời điểm thích

hợp, khi phụ huynh có thời gian rảnh và không bận chăm sóc trẻ. Các thông tin liên quan đến kết quả cận lâm sàng được khai thác từ hồ sơ bệnh án.

Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép thống kê mô tả bao gồm tỉ lệ phần trăm, tần suất, giá trị trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC) được sử dụng để mô tả các biến số. Phép kiểm Fisher's exact test được sử dụng để so sánh sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng, phép kiểm t-test được sử dụng để so sánh sự khác biệt về các cận lâm sàng giữa 2 nhóm ĐTĐ type 1 và ĐTĐ type 2 với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng luận văn Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Tất cả người tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung và quyền lợi cũng như trách nhiệm khi tham gia. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc chăm sóc và điều trị. Thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài nghiên cứu này.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n (%)
Giới	Nam	16 (45,7%)
	Nữ	19 (54,3%)
Nhóm tuổi	0 - 5 tuổi	4 (11,4%)
	6 - 10 tuổi	11 (31,4%)
	11 - 15 tuổi	20 (57,1%)
Phân loại ĐTĐ	ĐTĐ type 1	30 (85,7%)
	ĐTĐ type 2	5 (14,3%)
Tiền sử đái tháo đường của gia đình	Có	5 (14,3%)
	Không	30 (85,7%)

Tỉ lệ mắc ĐTĐ ở 2 giới tương đương nhau với nam 45,7% và nữ 54,3%. Nhóm tuổi từ 11-15 tuổi có tỉ lệ mắc cao 57,1% so với các nhóm khác. Trẻ mắc ĐTĐ type 1 chiếm chủ yếu 85,7%, trẻ mắc ĐTĐ type 2 chiếm 14,3%, không ghi nhận type ĐTĐ đặc hiệu khác. Số trẻ mắc đái tháo đường có yếu tố liên quan tiền sử gia đình chiếm tỉ lệ không cao (14,3%).

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đái tháo đường trẻ em

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh đái tháo đường trẻ em

Biểu hiện lâm sàng	ĐTĐ type 1 (N1 = 30) n (%)	ĐTĐ type 2 (N2 = 5) n (%)	p
Tiểu nhiều	24 (82,8%)	5 (100%)	0,561
Uống nhiều	26 (86,7%)	4 (80%)	0,561

Ăn nhiều	13 (81,3%)	3 (60 %)	0,642
Gầy sút cân	19 (54,2%)	0 (0,0%)	0,013
Dấu gai đen	9 (69,2%)	4 (80 %)	0,032
Biến chứng (toan ceton)	6 (17,1%)	0(0,0%)	x

Biểu hiện lâm sàng ĐTĐ đa dạng. Các triệu chứng cổ điển như tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, gầy sút cân chiếm tỉ lệ cao > 50% ở cả 2 nhóm. Số bệnh nhi nhập viện với biến chứng toan ceton ĐTĐ chiếm 17,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các triệu chứng tiểu nhiều, ăn nhiều, uống nhiều ($p > 0,05$). Gầy sút cân ở nhóm ĐTĐ type 1 chiếm ưu thế trong khi dấu gai đen gắn với ĐTĐ type 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh đái tháo đường trẻ em

Xét nghiệm	ĐTĐ type 1	ĐTĐ type 2	p
	(ĐTBB ± ĐLC)	(ĐTBB ± ĐLC)	
Glucose TM bất kì (mmol/l)	13,45 ± 3,58	11,85 ± 4,98	0,463
HbA1C (%)	8,42 ± 2,70	6,30 ± 2,0	0,002

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số HbA1C giữa 2 nhóm ĐTĐ type 1 và ĐTĐ type 2 ($p < 0,05$).
Các hoạt động chăm sóc trẻ em đái tháo đường

Bảng 4. Các hoạt động chăm sóc điều dưỡng cho trẻ đái tháo đường tại bệnh viện

Hoạt động chăm sóc		Không bao giờ n (%)	Thỉnh thoảng n (%)	Thường xuyên n (%)	Luôn luôn n (%)
Cho bệnh nhi dùng thuốc	Giải thích glucagon, insulin và thuốc uống	1 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)	32 (91,4)
	Thực hiện đúng quy trình tiêm	0	0	2 (5,7)	33(94,3)
	Trực tiếp cho trẻ dùng thuốc	0	0	8 (22,9)	27 (77,1)
	Hướng dẫn trẻ dùng thuốc	1 (2,9)	3 (8,6)	11 (31,4)	20 (57,1)
Liệu pháp dinh dưỡng	Đếm lượng carbohydrate/ bữa	8 (22,9)	3 (8,6)	3 (8,6)	21(60,0)
	Chế độ ăn phù hợp với bệnh ĐTĐ trẻ.	8 (22,9)	2 (5,7)	2 (5,7)	23 (65,7)
	Theo dõi và giám sát chế độ ăn	1 (2,9)	0	10 (28,6)	24 (68,6)
Điều dưỡng chăm sóc da cho bệnh nhi		1 (2,9)	11 (31,4)	13 (37,1)	10 (28,6)
Liệu pháp vận động	Giới thiệu các loại hình thể dục phù hợp với trẻ	1 (2,9)	14(40,0)	13 (37,1)	7 (20,0)
	Bổ sung bánh quy, kẹo, socola... trước tập 20 - 30 phút	2 (5,7)	13(37,1)	1 (2,9)	19 (54,3)
	Giảm liều insulin trước khi tập luyện	1 (2,9)	0	4 (11,4)	30 (85,7)
Giáo dục sức khỏe	Phù hợp bệnh tâm lý của trẻ	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (5,7)	31 (88,6)
	Kiểm soát đường huyết	1 (2,9)	1 (2,9)	7 (20,0)	26 (74,3)
	Các biến chứng và cách phòng	5(14,3)	1 (2,9)	3 (8,6)	26(74,3)
	Cách sử dụng bơm tiêm insulin	0	0	3 (8,6)	32 (91,4)

Kết quả cho thấy các hoạt động chăm sóc điều dưỡng cho trẻ đái tháo đường tại bệnh viện được thực hiện với tần suất cao, đặc biệt ở nhóm liên quan đến sử dụng thuốc và giáo dục sức khỏe. Hầu hết điều dưỡng viên “luôn luôn” hoặc “thường xuyên” thực hiện giải thích về glucagon, insulin và thuốc uống (91,4%), hướng dẫn quy trình tiêm (94,3%), cũng như trực tiếp hỗ trợ trẻ dùng thuốc (77,1%). Việc hướng dẫn trẻ tự dùng thuốc cũng đạt tỉ lệ cao (88,5% thực hiện thường xuyên hoặc luôn luôn). Trong liệu pháp dinh dưỡng, đa số điều dưỡng viên thường xuyên hoặc luôn theo dõi chế độ ăn (97,2%), đếm carbohydrate trong bữa ăn (68,6%)

và tư vấn chế độ ăn phù hợp với bệnh lý (71,4%). Điều này cho thấy sự quan tâm chặt chẽ tới dinh dưỡng trong quản lý bệnh. Ở liệu pháp vận động, tỉ lệ thường xuyên/luôn hướng dẫn về loại hình tập luyện còn hạn chế (57,1%), trong khi việc bổ sung đồ ăn nhẹ trước tập được chú trọng hơn (56,2%). Đáng chú ý, 85,7% điều dưỡng thường xuyên/luôn hướng

dẫn giảm liều insulin trước khi tập luyện, phù hợp với khuyến cáo lâm sàng. Về giáo dục sức khỏe, đa số điều dưỡng thực hiện với tần suất cao: 88,6% hỗ trợ về tâm lý, 74,3% hướng dẫn kiểm soát đường huyết, 74,3% cung cấp kiến thức về biến chứng và phòng ngừa, và 91,4% hướng dẫn sử dụng bơm tiêm insulin.

Bảng 5. Những hạn chế/khó khăn trong chăm sóc trẻ ĐTĐ sóc tại nhà (n = 23)

Đặc điểm	n (%)
Khó kiểm soát được lượng đường của trẻ	7 (25,7)
Không biết cách tiêm insulin, thử đường	5 (20,0)
Không được tư vấn chăm sóc trẻ đái tháo đường tại nhà	3 (14,3)
Không có kiến thức chăm sóc, không biết cách thực hành chăm sóc.	2(11,4)
Trẻ không hợp tác khi làm thủ thuật tại nhà	3(14,3)
Không xử trí được các tình huống khó khi trẻ phát bệnh đột ngột	3(14,3)
Không có các hoạt động chăm sóc y tế cho trẻ ĐTĐ tại nhà.	23(100)
Không có câu lạc bộ trẻ ĐTĐ.	23(100)

Khó khăn phổ biến nhất là không có các hoạt động chăm sóc y tế cho trẻ ĐTĐ tại nhà và không có câu lạc bộ trẻ ĐTĐ, đều chiếm 100% (23/23). Một số khó khăn về kỹ thuật chăm sóc cũng được ghi nhận, cụ thể: 25,7% phụ huynh gặp khó khăn trong kiểm soát lượng đường của trẻ, 20% không biết cách tiêm insulin hoặc thử đường, và 11,4% không có kiến thức chăm sóc hoặc không biết cách thực hành. Ngoài ra, có những yếu tố từ phía trẻ và tình huống khẩn cấp gây khó khăn: 14,3% báo cáo trẻ không hợp tác khi làm thủ thuật tại nhà và 14,3% không xử trí được khi trẻ phát bệnh đột ngột.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng bệnh đái tháo đường trẻ em

Đặc điểm lâm sàng của ĐTĐ ở trẻ em trong nghiên cứu này khá đa dạng với các triệu chứng cổ điển như tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều và gầy sút cân chiếm tỉ lệ cao ở cả hai nhóm, tương đồng với các nghiên cứu trước đây [6,8,12,13]. Tuy nhiên, nghiên cứu đã ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trẻ mắc ĐTĐ type 1 và type 2 ở hai triệu chứng gầy sút cân và dấu gai đen (p < 0,05).Tỉ lệ biến chứng toan ceton ở trẻ mắc ĐTĐ type 1 là 17,1%, thấp hơn so với nghiên cứu quốc tế (Townson 31%) nhưng gần với kết quả của Trần Vĩnh Phú (20,0%) [8,15]. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm bối cảnh Việt Nam, nơi tỉ lệ mắc ĐTĐ type 1 ở trẻ còn thấp.

4.2. Về đặc điểm cận lâm sàng bệnh đái tháo đường trẻ em

Trung bình đường máu tĩnh mạch bất kì của bệnh nhi ĐTĐ ở nhóm ĐTĐ type 1 lúc mới vào viện là 13,45 ± 3,58 cao gấp 1,5 lần giá trị chẩn đoán bệnh. Kết quả này thấp hơn so với Trần Vĩnh Phú là 28,2 ± 4,25 [6] và Gordana Stipancic là 24,54 ± 49,84 [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và cả 2 tác giả trên

đều cho thấy trung bình đường máu tĩnh mạch bất kì của bệnh nhi ĐTĐ type 1 lúc mới vào viện đều cao, từ 1 - 2 lần giá trị chẩn đoán bệnh.

Giá trị HbA1c trung bình ở nhóm ĐTĐ type 1 là 8,42 ± 2,7%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của tác giả Trần Vĩnh Phú 12,5 ± 2,5 % cũng thấp hơn với nhận xét của Elbarbary, HbA1c trung bình lúc chẩn đoán là 11,5 ± 2,3% [16], [17]. Ở nhóm ĐTĐ type 2, giá trị HbA1C trung bình là 6,3 ± 2% thấp hơn nhóm ĐTĐ type 1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với đặc điểm lâm sàng thường gặp: trẻ ĐTĐ type 2 thường được phát hiện trong bối cảnh thăm khám bệnh lý khác hoặc sàng lọc ở trẻ thừa cân/béo phì, nhờ đó được chẩn đoán ở giai đoạn sớm hơn, khi đường huyết chưa tăng quá cao. Các kết quả trên nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và khám sức khỏe định kỳ cho trẻ em nhằm chẩn đoán sớm bệnh ĐTĐ ở trẻ em để giảm thiểu nguy cơ biến chứng và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh lâu dài.

4.3. Các hoạt động chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhi ĐTĐ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điều dưỡng đã thực hiện các hoạt động chăm sóc trẻ mắc đái

tháo đường khá tốt với tỉ lệ tuân thủ hoạt động chăm sóc đạt tỉ lệ cao. Tỉ lệ điều dưỡng “luôn luôn” thực hiện giải thích về glucagon, insulin và thuốc uống (91,4%), cũng như thực hiện đúng quy trình tiêm (94,3%) là rất cao. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Stephen Crotty điều dưỡng thực hiện đúng quy trình tiêm (89,2%) [18]. Điều này phản ánh sự tuân thủ tốt trong công tác chuyên môn, góp phần đảm bảo an toàn và hiệu quả trong điều trị.

Trong các hoạt động liên quan đến sử dụng thuốc, tỉ lệ điều dưỡng trực tiếp cho trẻ dùng thuốc đạt 77,1% và hướng dẫn trẻ cách dùng thuốc đạt 57,1%. Tuy nhiên, con số này vẫn cho thấy còn khoảng một phần ba trường hợp chưa được hướng dẫn thường xuyên, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng tự quản lý bệnh của trẻ về lâu dài [17]. Về chăm sóc dinh dưỡng, việc đếm lượng carbohydrate trong khẩu phần ăn và xây dựng chế độ ăn phù hợp với bệnh nhi ĐTĐ mới chỉ được thực hiện “luôn luôn” lần lượt ở mức 60,0% và 65,7%. Tỉ lệ này cho thấy sự quan tâm đến dinh dưỡng đã được chú trọng, song vẫn cần tăng cường hơn nữa để hỗ trợ kiểm soát đường huyết tối ưu. Bên cạnh đó, việc theo dõi và giám sát chế độ ăn được thực hiện thường xuyên và liên tục ở 68,6%, phản ánh vai trò quan trọng của điều dưỡng trong duy trì chế độ ăn điều trị cho trẻ. Kết quả này tương tự với kết quả của Lương Thị Mỹ Tín [16]. Theo nghiên cứu của Sarah Butler, tỉ lệ cán bộ y tế trường học thực hiện nghiệm pháp đếm carbohydrate cho thanh thiếu niên mỗi bữa ăn chiếm 70% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ điều dưỡng thực hiện chăm sóc da cho bệnh nhi đạt 37,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Stefano Passaniti (2022), ghi nhận tỉ lệ 40% [19]. Điều này cho thấy việc chăm sóc da cho trẻ đái tháo đường, đặc biệt liên quan đến các tác dụng phụ ngoài da do tiêm insulin, vẫn chưa được chú trọng đầy đủ. Do đó, cần tăng cường sự quan tâm của điều dưỡng đối với nội dung này nhằm phòng ngừa biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho trẻ. Đối với liệu pháp vận động, tỉ lệ điều dưỡng giới thiệu thường xuyên các hình thức tập luyện phù hợp còn thấp (20,0% “luôn luôn”), trong khi bổ sung năng lượng trước khi tập luyện (54,3%) và giảm liều insulin trước tập luyện (85,7%) có tỉ lệ thực hiện cao hơn. Điều này gợi ý rằng điều dưỡng chủ yếu tập trung vào khía cạnh an toàn (tránh hạ đường huyết khi vận động) hơn là việc khuyến khích, hướng dẫn tập luyện như một liệu pháp hỗ trợ trong điều trị.

Trong hoạt động giáo dục sức khỏe, hầu hết các nội dung được thực hiện với tỉ lệ cao. Cụ thể, 88,6% điều dưỡng “luôn luôn” lưu ý phù hợp với tâm lý trẻ, 74,3% thường xuyên nhắc nhở kiểm soát đường

huyết, 74,3% giáo dục về biến chứng và cách phòng ngừa, và đặc biệt là 91,4% hướng dẫn sử dụng bơm tiêm insulin. Phù hợp với nghiên cứu của Lương Thị Mỹ Tín (2018), (80%) nhân viên y tế giáo dục sức khỏe phù hợp sức khỏe bệnh nhi, giáo dục biến chứng chiếm (66%) [20]. Phát hiện và dự phòng các biến chứng là mục tiêu quan trọng giảm thiểu tỉ lệ tử vong của bệnh nhi cũng như mức độ thiệt hại chi phí chăm sóc của gia đình [13]. Đây là điểm mạnh trong công tác chăm sóc, thể hiện sự quan tâm không chỉ đến điều trị hiện tại mà còn cả việc phòng ngừa và hỗ trợ lâu dài cho bệnh nhi và gia đình.

Như vậy, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng các hoạt động chăm sóc liên quan đến thuốc và giáo dục sức khỏe được thực hiện ở mức cao, trong khi các hoạt động về dinh dưỡng và vận động vẫn còn hạn chế. Đây là những hạn chế của hoạt động chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhi ĐTĐ cần được cải thiện, bởi vì quản lý ĐTĐ ở trẻ em là một quá trình toàn diện, trong đó chế độ ăn và vận động đóng vai trò thiết yếu bên cạnh việc dùng thuốc.

Các hạn chế/khó khăn chăm sóc trẻ đái tháo đường tại nhà

Kết quả nghiên cứu cho thấy những khó khăn trong chăm sóc trẻ đái tháo đường tại nhà tập trung chủ yếu vào hai khía cạnh: thiếu hệ thống hỗ trợ cộng đồng và dịch vụ y tế tại nhà, và hạn chế kiến thức, kỹ năng của người chăm sóc. Trước hết, hầu hết người tham gia đều cho biết không có hình thức hỗ trợ tại nhà hoặc câu lạc bộ dành cho trẻ mắc đái tháo đường. Thực tế này cho thấy sự thiếu hụt các mô hình hỗ trợ cộng đồng và đồng đẳng – những yếu tố đã được chứng minh có vai trò quan trọng trong việc nâng cao kỹ năng tự chăm sóc, kiểm soát đường huyết và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh mạn tính, bao gồm cả trẻ mắc đái tháo đường [21, 22]. Các nghiên cứu quốc tế cũng khẳng định rằng các chương trình hỗ trợ nhóm và giáo dục sức khỏe tại nhà giúp giảm bớt gánh nặng tâm lý, đồng thời tăng khả năng tuân thủ điều trị của cả bệnh nhi và phụ huynh.

Bên cạnh đó, một tỉ lệ đáng kể phụ huynh gặp khó khăn trong kiểm soát đường huyết và thực hành tiêm insulin, thử đường máu, hoặc thiếu kiến thức cơ bản về chăm sóc trẻ ĐTĐ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Monaghan và cộng sự (2015), cho thấy nhiều cha mẹ trẻ ĐTĐ type 1 còn thiếu tự tin và kỹ năng trong chăm sóc, đặc biệt khi không có hướng dẫn thường xuyên từ nhân viên y tế [23]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam (Tran et al., 2020) cũng ghi nhận tình trạng tương tự, nhấn mạnh nhu cầu cần tăng cường giáo dục sức khỏe và hướng dẫn thực hành cá thể hóa cho phụ huynh [24]. Ngoài ra, một số phụ huynh phản ánh khó khăn trong việc hợp tác

với trẻ hoặc xử trí tình huống cấp cứu tại nhà, như hạ hoặc tăng đường huyết đột ngột. Điều này gợi mở rằng, ngoài kiến thức y khoa, phụ huynh cần được hỗ trợ thêm về kỹ năng tâm lý – giao tiếp với trẻ và kỹ năng xử trí cấp cứu cơ bản, nhằm bảo đảm an toàn và nâng cao hiệu quả chăm sóc tại nhà (Monaghan et al., 2015) [23].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ĐTĐ type 1 chiếm tỉ lệ chủ yếu (85,7%) ở trẻ em, trong khi ĐTĐ type 2 chiếm 14,3%. Các biểu hiện lâm sàng khá đa dạng, trong đó các triệu chứng cổ điển như tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, gầy sút cân xuất hiện với tỉ lệ cao trên 50%. Biểu chứng toan ceton chiếm 17,1% ở trẻ nhập viện lần đầu. Về cận lâm sàng, giá trị glucose máu tĩnh mạch bất kỳ và HbA1c ở nhóm ĐTĐ type 1 đều ở mức cao, phản ánh tình trạng tăng đường huyết kéo dài

trước chẩn đoán. Công tác điều dưỡng tại bệnh viện được thực hiện tương đối tốt, nổi bật là quy trình sát khuẩn vị trí tiêm (97,1%) và theo dõi chế độ ăn (68,6%). Tuy nhiên, một số hoạt động còn hạn chế như chăm sóc da (37,1%) và giáo dục sức khỏe về biến chứng (74,3%). Tại nhà, việc kiểm soát đường huyết của trẻ chưa đạt (17,3%), và hiện Việt Nam vẫn chưa có chương trình tư vấn, hỗ trợ hay câu lạc bộ dành riêng cho trẻ mắc ĐTĐ.

Cần tăng cường đào tạo và hỗ trợ điều dưỡng trong các hoạt động còn hạn chế như chăm sóc da và giáo dục phòng biến chứng; đồng thời phát triển các chương trình tư vấn, hỗ trợ tại cộng đồng và xây dựng câu lạc bộ trẻ ĐTĐ để giúp bệnh nhi và gia đình nâng cao khả năng tự chăm sóc và kiểm soát đường huyết hiệu quả hơn.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2021: Children & adolescents. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl 1):180-99.
2. Hormazábal-Aguayo I, Ezzatvar Y, Huerta-Urbe N, Ramírez-Vélez R, Izquierdo M, García-Hermoso A. Incidence of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents under 20 years of age across 55 countries from 2000 to 2022: A systematic review with meta-analysis. *Diabetes/ metabolism research and reviews*. 2024;40(3):e3749.
3. Bich NCT, Tien SD, Ngoc KN, Minh DT, Xuan BL, Thi XB, et al. Incidence rate and characteristics of newly diagnosed type 1 diabetes in Vietnam tertiary pediatric center: challenges in early detection. *Annals of pediatric endocrinology & metabolism*. 2025.
4. Bộ Y tế. Tỉ lệ mắc đái tháo đường ở trẻ em có xu hướng gia tăng ở Việt Nam. Hà Nội: Bộ Y tế; 2017. p. 5-31.
5. American Diabetes Association. 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S232-46. doi:10.2337/dc23-S014
6. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(8):997-1010. doi:10.1111/pedi.13438
7. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD Clinical Consensus Guidelines Compendium. *Pediatr Diabetes*. 2020;15(Suppl 20):4-12.
8. Ambler G, Cameron F. Caring for diabetes in children and adolescents. In: Barron V, editor. *Pediatric Endocrinology*. 2019;10:20-139.
9. Rechenberg K, Grey M, Sadler L. Stress and posttraumatic stress in mothers of children with type 1 diabetes. *J Fam Nurs*. 2019;25(2):201-25.
10. Bộ môn Nhi – Trường Đại học Y Dược Huế. Bệnh đái tháo đường trẻ em. Giáo trình sau đại học Nhi khoa. Huế: NXB Đại học Huế; 2019. p. 83-4.
11. Roche EF, Menon A, Gill D, Hoey H. Clinical presentation of type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2005;6(2):75–8. doi:10.1111/j.1399-543X.2005.00110.x
12. Rechenberg K, Grey M, Sadler L. Stress and posttraumatic stress in mothers of children with type 1 diabetes. *J Fam Nurs*. 2019;25(2):201-25.
13. International Diabetes Federation. Diabetes complications. In: *IDF Diabetes Atlas*. 8th ed. Brussels: IDF; 2017. p. 4-12.
14. Morgan-Trimmer S, Channon S, Gregory JW, Townson J, Lowes L. Family preferences for home or hospital care at diagnosis for children with diabetes in the DECIDE study. *Diabet Med*. 2019; 29:199-220.
15. Townson J, Lowes L, Robling M, Hood K, Gregory JW. Health professionals' perspectives on delivering home and hospital management at diagnosis for children with type 1 diabetes: a qualitative study from the DECIDE trial. *Pediatr Diabetes*. 2020;21(1):59-72.
16. Trần Vĩnh Phú. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh đái tháo đường ở trẻ em [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2018. p. 3-10.
17. Elbarbary NS, Ismail EAR, Ghallab MA. Effect of metformin as an add-on therapy on neuregulin-4 levels and vascular-related complications in adolescents with type 1 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022; 185:93-5.

18. Crotty S, Reynolds SL. The new insulins. *Pediatr Emerg Care*. 2017;33(12):903-6.
19. Passanisi S, Salzano G, Lombardo F. Skin involvement in paediatric patients with type 1 diabetes. *Curr Diabetes Rev*. 2022;18(1):50-9.
20. Lương Thị Mỹ Tín, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh. Biến chứng cấp tính ở bệnh nhi đái tháo đường type 1 tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 12/2017 đến tháng 05/2018 [Luận văn Thạc sĩ Y học]. TP. Hồ Chí Minh: Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2018. p. 10-1.
21. Helgeson VS, Mascатели K, Reynolds KA, Becker DJ, Escobar O, Siminerio L. Peer support in diabetes: Why it works and how to make it work. *Diabetes Spectrum*. 2014;27(1):47-52.
22. Thompson DM, Booth L, Moore D, Mathers J. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:427. doi:10.1186/s12913-022-07816-7.
23. Monaghan M, Clary L, Stern A, Hilliard ME, Streisand R. Protective factors in young children with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2015;40(9):878-87. doi:10.1093/jpepsy/jsv041.
24. Tran TTK, Nguyen NTH, Le HTT. Patient and caregiver education in type 1 diabetes: A study in Vietnam. *Vietnam J Endocrinol*. 2020;7(2):45-53.

Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi quản lý sốt phiên bản Tiếng Việt (FMQ)

Nguyễn Thị Thanh Thanh^{1*}, Nguyễn Thị Minh Thành¹, Dương Thị Quỳnh Trâm², Đoàn Võ Tuyết Huyền³

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

³ Bệnh viện FV

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Thanh, email: nttthanh.dd@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 24/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi Quản lý sốt (Fever Management Questionnaire - FMQ) phiên bản tiếng Việt, nhằm đo lường kiến thức, thái độ của các bà mẹ trong việc xử trí sốt ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 290 bà mẹ có con đến khám tại Khoa Nhi, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Bộ câu hỏi FMQ được chuyển ngữ theo quy trình dịch ngược và đánh giá bởi 8 chuyên gia để xác định giá trị nội dung. Phân tích độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's alpha và phân tích nhân tố khám phá (EFA) để xác định giá trị cấu trúc.

Kết quả: Chỉ số I-CVI và S-CVI đạt 1.0, cho thấy tính giá trị nội dung xuất sắc. Hệ số Cronbach's alpha cho thang đo kiến thức là 0,75; thái độ 0,67; toàn bộ thang đo 0,64 - đạt mức chấp nhận được. EFA xác định 3 nhân tố chính với tổng phương sai trích 50%, hệ số tải nhân tố phần lớn > 0,5. Cấu trúc thang đo phù hợp với bối cảnh văn hóa Việt Nam.

Kết luận: Bộ câu hỏi VN-FMQ có giá trị nội dung, cấu trúc tốt và độ tin cậy chấp nhận được, phù hợp để sử dụng trong các nghiên cứu và can thiệp cộng đồng về quản lý sốt ở trẻ em tại Việt Nam.

Từ khoá: quản lý sốt, kiến thức, thái độ, Bộ câu hỏi FMQ, tính giá trị, độ tin cậy.

Validity and reliability of the Vietnamese version of the Fever Management Questionnaire (FMQ)

Nguyen Thi Thanh Thanh^{1*}, Nguyen Thi Minh Thanh¹, Duong Thi Quynh Tram², Doan Vo Tuyet Huyen³

¹ Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

³ FV Hospital

Abstract

Background: This study aimed to assess the validity and reliability of the Vietnamese version of the Fever Management Questionnaire (FMQ), designed to evaluate maternal knowledge and attitudes regarding fever management in children.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 290 mothers whose children attended the Pediatrics Department of the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy. The FMQ was translated into Vietnamese using a backward-translation method and reviewed by eight experts to assess content validity. Internal consistency was measured using Cronbach's alpha, and construct validity was evaluated through exploratory factor analysis (EFA).

Results: The I-CVI and S-CVI indices reached 1.0, indicating excellent content validity. Cronbach's alpha values were 0.75 for the knowledge subscale, 0.67 for the attitude subscale, and 0.64 for the overall scale - indicating acceptable internal consistency. EFA revealed three main factors with a total variance explained of 50%, and most factor loadings exceeded 0.5. The factor structure was appropriate for the Vietnamese cultural context.

Conclusion: The Vietnamese version of the FMQ (VN-FMQ) demonstrated strong content validity, acceptable

reliability, and a coherent factor structure. It is a promising tool for assessing parental knowledge and attitudes toward childhood fever management in Vietnam and can be applied in both research and community health interventions.

Keyword: *fever management, knowledge, attitude, FMQ, validity, reliability.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt thường được quản lý không phù hợp và quá mức, dẫn đến việc lạm dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc những lo ngại về an toàn có thể gây hại cho trẻ em [1]. Để hiểu rõ hơn những gì ảnh hưởng đến việc kiểm soát sốt ở trẻ em, cần phải tiến hành đánh giá kiến thức, thái độ và niềm tin về quản lý sốt của người mẹ. Các công cụ đo lường cần phải vừa hợp lệ vừa đáng tin cậy để thu thập thông tin và đưa ra kết luận về chủ đề đang đánh giá. Tính hợp lệ, nội dung và cấu trúc là những yếu tố then chốt để đảm bảo rằng bộ câu hỏi thực sự đo lường năng lực quản lý sốt của bà mẹ.

Một số bộ công cụ đã được phát triển để đánh giá Quản lý sốt ở trẻ em [2-4]. Một nghiên cứu tổng quan trước đó sử dụng phương pháp phân tích nội dung để đánh giá các công cụ đo lường được sử dụng trong quản lý sốt nói chung ở trẻ em [5]. Kết quả phân tích tổng quan cho thấy trong 99 nghiên cứu, có tới 41 nghiên cứu không báo cáo về tính hợp lệ và độ tin cậy của công cụ, chỉ 12 nghiên cứu cung cấp bằng chứng định lượng rõ ràng như Cronbach Alpha, Kuder-Richardson hoặc Cohen's Kappa [2, 5]. Tất cả các công cụ phát triển trước đó đều chưa được phân tích giá trị cấu trúc và phân tích nhân tố. Điều này cho thấy sự thiếu nhất quán và minh bạch trong việc đánh giá chất lượng công cụ đo lường, ảnh hưởng đến độ tin cậy của bộ công cụ đã phát triển trước đó [5]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam nghiên cứu về quản lý sốt trẻ em đã xây dựng một số bộ công cụ nghiên cứu tự thiết kế [6, 7]. Một nghiên cứu của Trần Thị Hồng và cộng sự (2023) báo cáo về tính hợp lệ nội dung (CVI = 0,98) nhưng không báo cáo về độ ổn định (Cronbach Alpha).

Để đánh giá toàn diện năng lực quản lý cơn sốt cho trẻ ở các bà mẹ, Bộ câu hỏi Quản lý sốt (Fever Management Questionnaire) đã được Arias và cộng sự xây dựng và chứng minh tính giá trị và độ tin cậy cấu trúc bằng phân tích nhân tố trên 149 bà mẹ [8]. Bộ câu hỏi sau đó đã được áp dụng trên 1000 đối tượng là người chăm sóc trẻ ở Úc [9]. Tuy nhiên, việc đánh giá giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi này vẫn chưa được thực hiện ở Việt Nam. Việc phát triển công cụ đo lường mới rất tốn thời gian và nguồn lực, vì vậy sử dụng công cụ đã được kiểm định là lựa chọn hợp lý. Tuy nhiên, khi áp dụng cho ngôn ngữ hoặc nhóm đối tượng khác, cần dịch lại và đánh giá lại độ

tin cậy và tính hợp lệ của công cụ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá độ tin cậy, tính giá trị của bộ công cụ Quản lý sốt trên dân số Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các bà mẹ có con đến khám và điều trị tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bà mẹ câm, điếc, không có khả năng đọc hiểu tiếng Kinh, không hoàn thành bộ câu hỏi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Để đảm bảo cỡ mẫu cho phân tích nhân tố (Factor analysis), cỡ mẫu phải gấp 20 lần số câu hỏi trong bộ câu hỏi [10]. Thang đo Thái độ và niềm tin có 13 câu hỏi được đưa vào phân tích nhân tố. Vậy cỡ mẫu cần thiết cần đạt được là 260 đối tượng (ước tính 10% cỡ mẫu bị mất trong quá trình thu thập số liệu). Trong quá trình thu thập dữ liệu, chúng tôi thu được 290 phiếu hợp lệ và được đưa vào phân tích.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Công cụ thu thập số liệu:

Công cụ nghiên cứu gồm 2 phần:

- Phần 1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.

- Phần 2: Bộ câu hỏi Quản lý sốt ở trẻ em (Fever Management Questionnaire -FMQ) do Daniel Arias và các cộng sự (2021) [8] xây dựng và được các nhà nghiên cứu lựa chọn như một công cụ thích hợp đánh giá kiến thức, thái độ quản lý sốt của bố mẹ và người chăm sóc trẻ. Kết quả Cronbach Alpha của bộ công cụ gốc là 0,729.

Bộ câu hỏi Quản lý sốt gồm có 2 phần: kiến thức và thái độ. Phần Kiến thức gồm 29 câu liên quan đến kiến thức xử trí sốt, sử dụng định dạng câu hỏi Đúng/Sai/Không chắc chắn. Tổng điểm Kiến thức bằng tổng các câu hỏi nhỏ. Phần Thái độ và niềm tin gồm 13 câu về thái độ xử trí sốt của các bà mẹ, mỗi câu sử dụng thang đo Likert 5 điểm (từ 1 đến 5). Điểm thái độ được tính trung bình điểm của từng câu hỏi [8].

2.6. Quy trình dịch, đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi

Bộ câu hỏi Quản lý sốt (Fever Management

Questionnaire) được dịch theo quy trình dịch ngược [11]. Đầu tiên khi được đồng ý và cấp phép dùng, chúng tôi tiến hành dịch bộ câu hỏi từ tiếng Anh sang tiếng Việt bởi một chuyên gia Điều dưỡng có bằng Tiến sĩ và thành thạo cả hai ngôn ngữ. Sau đó, một chuyên gia Điều dưỡng khác thực hiện việc dịch ngược từ bản tiếng Việt sang tiếng Anh để tạo ra phiên bản tiếng Anh mới. Phiên bản này được so sánh với bản gốc bởi một nghiên cứu sinh chuyên ngành Điều dưỡng Nhi khoa nhằm đảm bảo tính chính xác và đồng nhất. Hai bản dịch được so sánh để xem xét sự khác biệt.

Bản tiếng Việt sau đó được đánh giá bởi 8 chuyên gia bao gồm 3 điều dưỡng Nhi khoa có ít nhất 10 năm kinh nghiệm lâm sàng Nhi, 2 giảng viên điều dưỡng có trình độ Tiến sĩ, 2 bác sĩ Nhi khoa có trình độ Sau đại học, và 1 dược sĩ lâm sàng có 5 năm kinh nghiệm. Các chuyên gia kiểm tra tính hợp lệ nội dung (CVI) trước khi điều tra thử. Câu hỏi đạt nếu CVI $\geq 0,8$; cần chỉnh sửa nếu CVI từ 0,7 - 0,79; và bị loại nếu CVI $< 0,7$ [12]. Một nghiên cứu thử trên 30 bà mẹ sẽ được thực hiện nhằm kiểm tra tính giá trị bề mặt (face validity). Độ ổn định nội tại (internal consistency) được tính theo hệ số Cronbach's Alpha. Phân tích nhân tố được sử dụng để kiểm tra tính giá trị cấu trúc (construct validity)

2.7. Phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Độ tin cậy về tính nhất quán nội bộ được xem xét bằng cách phân tích hệ số Cronbach's Alpha). Hệ số Cronbach's alpha $< 0,6$ được xem là kém; từ 0,6 đến 0,8 được coi là mức độ trung bình nhưng chấp nhận được; và $> 0,8$ cho thấy mức độ

nhất quán nội tại cao. Thông thường, hệ số $> 0,7$ được xem là đạt yêu cầu [13]. Tất cả các kiểm định thống kê được thực hiện đều được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Giá trị cấu trúc được đánh giá bằng phân tích thành phần chính (PCA) với phép quay Varimax trên 13 câu hỏi của thang đo thái độ. Kiểm định KMO dùng để đánh giá sự phù hợp của dữ liệu; giá trị $> 0,5$ là phù hợp, $> 0,8$ là tốt. Kiểm định Bartlett kiểm tra mối tương quan giữa các biến trong nhân tố. Nhân tố được giữ lại nếu Eigenvalue > 1 và thể hiện điểm gãy trên biểu đồ Scree plot [10]. Hệ số tải nhân tố cần $\geq 0,3$; từ 0,5 là tốt, $\geq 0,7$ là rất tốt. Mô hình phù hợp khi tổng phương sai trích đạt $\geq 50\%$ [10].

2.8. Quá trình thu thập số liệu

Trước khi tham gia, các bà mẹ được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích của nghiên cứu và được mời ký vào phiếu đồng ý tham gia. Mỗi người tham gia sẽ nhận một bộ câu hỏi và được hướng dẫn cách tự điền thông tin. Sau khi hoàn tất, điều tra viên sẽ thu hồi các phiếu và kiểm tra mức độ hoàn chỉnh của dữ liệu trước khi xử lý tiếp theo.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Bộ công cụ Quản lý sốt (Fever Management Questionnaire) đã được tác giả chấp thuận cho dịch và sử dụng. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua theo quyết định số 3545/QĐ-ĐHYD ngày 26/07/2024. Người tham gia được cung cấp thông tin đầy đủ và ký văn bản đồng ý tham gia. Dữ liệu thu thập được mã hóa để bảo mật và chỉ thành viên nhóm nghiên cứu được phép truy cập. Thông tin định danh được lưu trữ riêng biệt và không được công bố.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, Kiến thức và thái độ Quản lý sốt của các bà mẹ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu và điểm kiến thức, thái độ Quản lý sốt

Đặc điểm		N (%)
Tuổi TB $\pm$ ĐLC (Khoảng biến thiên)		31,96 $\pm$ 6,05 (20 - 53)
Nơi sống	Thành thị	166 (57,2)
	Nông thôn	124 (42,8)
Dân tộc	Kinh	277 (95,5)
	Khác	13 (4,5)
Tôn giáo	Có	72 (24,8)
	Không	218 (75,2)

Trình độ học vấn	Tiểu học	24 (8,3)
	Trung học cơ sở	63 (21,6)
	Trung học phổ thông	93 (32,1)
	Trung cấp/ Cao đẳng	55 (19)
	Đại học/Sau đại học	55 (19)
Bằng cấp về khoa học sức khỏe	Có	19 (6,6)
	Không	271 (93,4)
Điểm FMQ	Kiến thức	12,24 ± 3,49 (3 - 24)
TB ± DLC (Khoảng biến thiên)	Thái độ	3,33 ± 0,39 (2,46 - 4,92)

Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 31,96 ± 6,05. Tỷ lệ sống ở thành thị cao hơn (57,2%) so với nông thôn. Dân tộc Kinh chiếm ưu thế với 95,5%. Đa số không theo tôn giáo (75,2%). Đa số bà mẹ có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%) và chỉ 6,6% có bằng cấp về khoa học sức khỏe. Điểm trung bình về kiến thức là 12,24 ± 3,49 (3 - 24) và điểm trung bình thái độ là 3,33 ± 0,39 (2,46 - 4,92).

3.2. Quá trình dịch, tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi

Việc chuyển ngữ bộ câu hỏi không gặp nhiều trở ngại và nhanh chóng đạt được sự nhất trí giữa các dịch giả, nhờ vào sự tương đồng đáng kể về mặt ngữ nghĩa và thuật ngữ chuyên ngành giữa bản gốc và tiếng Việt. Một số từ, cụm từ được cân nhắc dùng từ tiếng Việt để phù hợp với ngữ cảnh và dễ hiểu cho đối tượng nghiên cứu như “sponge bath” được dịch thành “lau mát”, “preferred location” được dịch thành “vị trí phổ biến”.

Tất cả 08 chuyên gia đều đánh giá tất cả câu hỏi ở mức 3 và 4. Kết quả cho thấy phiên bản tiếng Việt của thang đo VN-FMQ có tính giá trị nội dung tốt với giá trị I-CVI và S-SCI đều là 1. Trong quá trình điều tra thử trên 30 bà mẹ, đề xuất mô tả rõ và hiệu chỉnh từ ngữ ở câu 19 và câu 29 ở thang đo Kiến thức, câu 1 và câu 5 của thang đo Thái độ. Cụ thể, «thuốc» được mô tả rõ là «thuốc hạ sốt», «luôn luôn phải được tư vấn bởi bác sĩ» được chỉnh sửa thành «luôn tham khảo ý kiến bác sĩ», «sốt là dấu hiệu chính» được chỉnh sửa thành «sốt là dấu hiệu chính», «một mình nhiệt độ cơ thể» được hiệu chỉnh thành «chỉ cần dựa vào nhiệt độ cơ thể». Kết quả điều tra thử cho ra phiên bản Tiếng Việt cuối cùng. Tổng cộng 290 bà mẹ đã hoàn thành bảng câu hỏi này trong vòng không quá 15 phút mà không gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc hiểu và chấp nhận của bộ câu hỏi Quản lý sốt phiên bản tiếng Việt (VN-FMQ).

Bảng 2. Tính nhất quán nội tại của bộ câu hỏi FMQ phiên bản tiếng Việt

Thang đo	Hệ số Cronbach alpha
Thang đo kiến thức	0,75
Thang đo thái độ	0,67
Toàn bộ thang đo FMQ	0,64

Hệ số Cronbach alpha của thang đo kiến thức, thái độ và toàn bộ thang đo lần lượt là 0,75; 0,67; và 0,64.

3.3. Phân tích nhân tố

Phân tích thành phần chính (Principal component analysis-PCA) cho thấy dữ liệu là phù hợp để thực hiện phân tích và khám phá bộ câu hỏi FMQ phiên bản tiếng Việt, với giá trị KMO là 0,691 và Kiểm định Bartlett (Bartlett’s test of sphericity) có ý nghĩa thống kê (Chi-Square = 784,397, p < 0,0001).

Bảng 3. Phân tích nhân tố tại của bộ câu hỏi FMQ phiên bản tiếng Việt

Câu hỏi	Nhân tố		
	F1	F2	F3
1. Sốt là dấu hiệu chính về mức độ nghiêm trọng của bệnh	0,75	-0,38	
2. Nhiệt độ tăng cao quan trọng hơn các triệu chứng khác khi xác định mức độ nghiêm trọng	0,72	-0,35	
3. Sốt cao có thể gây hại và cần hạ sốt	0,61		

4. Luôn cố gắng hạ nhiệt độ cho khi bị sốt.	0,54		
5. Chỉ cần dựa vào nhiệt độ cơ thể là đủ để sử dụng thuốc hạ sốt	0,45		
6. Nếu con bị sốt nhưng vẫn có vẻ thoải mái thì nên đi khám bác sĩ	0,52	-0,30	
7. Tự tin biết cách đo nhiệt độ cho con		0,51	
8. Tự tin lựa chọn loại thuốc và quyết định liều lượng thích hợp	0,31	0,65	
9. Có thể <i>đong</i> chính xác liều lượng thuốc dạng lỏng		0,81	
10. Biết cách tốt nhất để quản lý cơn sốt	0,37	0,56	
11. Phương pháp vật lý để hạ sốt tốt hơn là sử dụng thuốc			0,57
12. Thường xuyên sử dụng thuốc hạ sốt thể che giấu mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng		0,33	0,55
13. Thuốc dùng để hạ sốt có thể gây hại	0,31		0,68
Giá trị Eigenvalue	2,07	1,89	1,18
Phương sai trích (%)	20,2	18,4	11,4

Chú thích: Phân tích nhân tố chính (PCA) được sử dụng cùng với phép quay Varimax. Chỉ các hệ số tải có giá trị lớn hơn 0,3 được hiển thị. Các hệ số tải chính được in đậm, những hệ số tải chéo (cross-loading) được *in nghiêng*.

Đa số các câu đều có hệ số tải tốt (> 0,5) và không cùng lúc tải lên cả hai nhân tố với hệ số tải gần nhau. Tổng phương sai trích (total variance explained) của mô hình là 50%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Quá trình dịch, tính giá trị và độ tin cậy của bộ câu hỏi

Quá trình dịch và hiệu chỉnh bộ câu hỏi trong nghiên cứu này được thực hiện một cách nghiêm ngặt, tuân thủ đầy đủ các bước chuyển ngữ theo hướng dẫn quốc tế, bao gồm: dịch xuôi, đối chiếu ngữ nghĩa, điều chỉnh ngữ cảnh văn hóa, và đánh giá tính hợp lệ nội dung bởi hội đồng chuyên gia đa ngành. Thành phần hội đồng chuyên gia bao gồm các thành phần chuyên môn đa dạng - từ điều dưỡng, bác sĩ đến dược sĩ - không chỉ đảm bảo tính đại diện, mà còn góp phần đảm bảo đánh giá nội dung mang tính bao quát và sát với thực hành lâm sàng [11].

Tất cả các mục hỏi đều được chuyên gia đánh giá ở mức 3 hoặc 4, khiến chỉ số I-CVI và S-CVI đều đạt tối đa (1,0), vượt ngưỡng tiêu chuẩn $\geq 0,8$ theo hướng dẫn đánh giá CVI. Kết quả này cho thấy bộ câu hỏi VN-FMQ có giá trị nội dung xuất sắc, khi so sánh với báo cáo của Arias và cộng sự (2021) với S-CVI = 0,93 [8]. Cuối cùng, khi đặt trong bối cảnh ứng dụng thực tiễn, việc bộ câu hỏi được hoàn thành nhanh chóng và dễ dàng bởi toàn bộ người tham gia càng củng cố tiềm năng sử dụng rộng rãi của công cụ này trong các nghiên cứu và can thiệp cộng đồng [11].

Mặc dù hệ số Cronbach’s alpha của toàn bộ thang đo chưa đạt ngưỡng 0,7, nhưng vẫn nằm trong

khoảng chấp nhận được (0,6 - 0,8), phản ánh mức độ nhất quán nội tại trung bình. Hệ số Cronbach’s alpha ở mức 0,64 được xem là chấp nhận được trong bối cảnh các công cụ đo lường kiến thức và thái độ, vốn thường chịu ảnh hưởng bởi sự đa dạng văn hóa và trình độ học vấn khác nhau - những yếu tố có thể làm giảm độ nhất quán nội tại do sự khác biệt trong cách hiểu và phản hồi của người tham gia [14, 15]. So với nghiên cứu của Arias và cộng sự (2021) với alpha = 0,729 cho thang đo thái độ, kết quả hiện tại vẫn cho thấy tính ổn định tương đối. Việc thang đo được hoàn thành nhanh chóng và dễ hiểu cũng cho thấy công cụ này không chỉ đạt yêu cầu về mặt kỹ thuật mà còn có tính ứng dụng cao trong thực tiễn [8].

4.2. Phân tích nhân tố

Kết quả phân tích nhân tố khám phá (EFA) đối với phiên bản tiếng Việt của thang đo cho thấy cấu trúc ba nhân tố gồm: F1 - Nhận biết và phát hiện sốt (C1-C6), F2 - Sự tự tin (C7-C10), và F3 Quản lý dùng thuốc (C11-C13) với phương sai trích lần lượt là 20,2; 18,4 và 11,4. Điều này cho thấy thái độ về việc nhận biết và phát hiện sốt là một yếu tố trọng tâm trong cấu trúc thái độ của người tham gia, phù hợp với kết quả phân tích nhân tố trong nghiên cứu của Arias, nơi yếu tố F1 chiếm phần lớn phương sai [8]. Tổng phương sai trích đạt 50%, đáp ứng tiêu chuẩn $\geq 50\%$ cho mô hình phù hợp [10]. Dù thấp hơn mức 54,12%

của phiên bản tiếng Anh, kết quả này vẫn phản ánh khả năng giải thích cấu trúc dữ liệu tốt và hợp lý trong bối cảnh Việt Nam [8].

Về hệ số tải, phần lớn các mục đều có hệ số tải chính $\geq 0,5$, trong đó nhiều câu đạt mức $\geq 0,7$ - được xem là rất tốt [10]. Ví dụ, câu 1 và câu 2 tải mạnh lên nhân tố F1 với các hệ số lần lượt là 0,75 và 0,72 - tương đương với phiên bản tiếng Anh (0,79 và 0,77), cho thấy tính nhất quán của các mục đo thuộc nhóm nhận biết sốt. Những mục thuộc F2 (sự tự tin) như câu 9 (“Đong chính xác thuốc”) hay câu 8 (“Lựa chọn liều thuốc”) cũng tải tốt lên nhân tố này (0,81 và 0,65), cho thấy sự rõ ràng trong cấu trúc nhận thức-hành vi của người tham gia.

Trong nghiên cứu này, hiện tượng tải chéo được quan sát ở một số câu hỏi, phản ánh sự liên quan đồng thời của các mục với nhiều nhân tố do tính chồng lấn về mặt khái niệm giữa các yếu tố nhận biết sốt, sự tự tin và quản lý dùng thuốc. Cụ thể, các câu 1, 2, 6 và 10 vừa đo lường nhận thức về mức độ nghiêm trọng của sốt (F1), đồng thời bao hàm niềm tin vào khả năng đánh giá và hành động đúng đắn của cá nhân (F2). Theo các mô hình hành vi sức khỏe như Health Belief Model, nhận thức về nguy cơ (perceived risk/threat) và sự tự tin vào năng lực bản thân (self-efficacy) là hai yếu tố quan trọng thường đồng thời ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc sức khỏe của cá nhân [14]. Ví dụ, câu 10 (“Biết cách tốt nhất để quản lý cơn sốt”) không chỉ đánh giá kiến thức mà còn thể hiện sự tự tin trong việc áp dụng kiến thức đó vào thực tiễn xử trí bệnh.

Tải chéo giữa nhân tố F1 và F3 xuất hiện ở các câu hỏi liên quan đến cả nhận thức về triệu chứng lâm sàng và thái độ đối với việc sử dụng thuốc hạ sốt. Theo mô hình ABC của thái độ (Affect - Behavior - Cognition), F1 chủ yếu đại diện cho thành phần nhận thức (cognition), trong khi F3 phản ánh hành vi (behavior) liên quan đến việc sử dụng thuốc [16]. Cụ thể, câu 5 (“Chỉ cần dựa vào nhiệt độ cơ thể là đủ để sử dụng thuốc hạ sốt”) vừa phản ánh nhận thức sai lệch về dấu hiệu sốt (F1), đồng thời liên quan đến thói quen can thiệp bằng thuốc (F3). Hiện tượng tải chéo ở câu 5 cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Arias và cộng sự [8]. Tương tự, câu 13 (“Thuốc hạ sốt có thể gây hại”) thể hiện sự lo ngại về tác dụng phụ của thuốc, kết hợp giữa hiểu biết y khoa (F1) và thái độ trong việc lựa chọn phương pháp điều trị (F3). Điều này cho thấy thái độ chăm sóc sốt không tách biệt hoàn toàn giữa nhận thức và hành vi, mà mang tính liên kết chặt chẽ, nhất quán với mô hình lý

thuyết ABC [16].

Tải chéo giữa nhân tố F2 và F3 xuất hiện ở những câu hỏi phản ánh sự kết nối chặt chẽ giữa năng lực cá nhân và hành vi sử dụng thuốc. Theo Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model) tự tin vào năng lực bản thân là một yếu tố quan trọng quyết định khả năng cá nhân thực hiện hành vi y tế, bao gồm việc đánh giá tình trạng bệnh và đưa ra quyết định chăm sóc, điều trị [14]. Câu 8 (“Tự tin lựa chọn loại thuốc và liều lượng thích hợp”) thể hiện sự tự tin trong chăm sóc trẻ khi sốt (F2), đồng thời liên quan trực tiếp đến hành vi quản lý dùng thuốc (F3). Trong khi đó, câu 12 (“Thường xuyên sử dụng thuốc hạ sốt có thể che giấu mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng”) vừa biểu thị một nhận thức cảnh báo, vừa phản ánh sự mâu thuẫn nội tại trong niềm tin cá nhân - kết hợp giữa sự tự tin trong xử trí sốt và nghi ngờ về hậu quả của việc dùng thuốc.

Dù có một vài tải chéo, nhưng hệ số tải chính của các mục đều cao hơn rõ rệt so với hệ số tải phụ, do đó vẫn đảm bảo các mục đo đúng nhân tố mục tiêu [10]. Hiện tượng tải chéo ở đây là hợp lý về mặt nội dung, do các yếu tố như nhận thức, niềm tin và hành vi trong chăm sóc sốt thường có mối liên hệ phức tạp và chồng lấn [14, 16]. Tổng thể, so với bản tiếng Anh, phiên bản tiếng Việt duy trì tốt cấu trúc ba nhân tố, các hệ số tải mạnh, và phương sai trích đạt yêu cầu. Điều này cho thấy quy trình chuyển ngữ và hiệu chỉnh đã bảo đảm được tính tương đương khái niệm và độ phù hợp văn hóa trong đo lường thái độ quản lý sốt ở bậc cha mẹ Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Bộ câu hỏi VN-FMQ đã được xác nhận có giá trị nội dung và cấu trúc phù hợp sau quá trình chuyển ngữ, với độ tin cậy ở mức chấp nhận được. Kết quả phân tích nhân tố cho thấy thang đo duy trì tốt cấu trúc ba nhân tố và phù hợp với bối cảnh văn hóa Việt Nam. Đây là công cụ có tiềm năng ứng dụng cao trong đánh giá kiến thức, thái độ của cha mẹ về quản lý sốt cho trẻ tại cộng đồng. Công cụ có thể hỗ trợ trong nghiên cứu, đào tạo và thiết kế can thiệp sức khỏe. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại chưa đánh giá độ ổn định theo thời gian (test-retest) và độ giá trị hội tụ. Các nghiên cứu tương lai nên mở rộng cỡ mẫu và kiểm định thêm các đặc tính tâm lý khác để hoàn thiện công cụ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Thị Hoài Phương, Nguyễn Thị Khánh Linh, Lê Thị Bích. Kiến thức, thái độ, cách xử trí sốt và mối liên quan về trình độ học vấn của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa. 2021;5.
2. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. J Adv Nurs. 2008;63(4):376-88.
3. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chiappini E, de Wilde Y, Chalumeau M. Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France. PLoS One. 2013;8(12):e83469.
4. Waly EH, Bakry HM. Assessment of Egyptian mothers' knowledge and domestic management practices of fever in preschool children in Zagazig City, Sharkia Governorate. Children (Basel). 2022;9(3). doi:10.3390/children9030349.
5. Arias D, Chen TF, Moles RJ. Utilising a content analysis approach to assess measurement tools used in the management of general feverish illness in children. Res Social Adm Pharm. 2020;16(7):949-57.
6. Trần Thị Hồng, Nguyễn Thị Huyền, Vũ Thị Tuyết Mai, Nguyễn Thị Thanh Nhân, Trần Ngọc Quỳnh, Lê Anh Tùng, và cs. Thực trạng kiến thức và thực hành xử trí trẻ sốt của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương năm 2023. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023;6(5):6-15.
7. Phạm Thị Thanh Vân, Hoàng Thị Nguyệt, Nguyễn Thị Thu Hường. Kiến thức về dự phòng co giật do sốt cao đơn thuần của những người mẹ có con bị sốt, tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định, năm 2023. Tạp chí Y học Quân sự. 2024;(373):32-9.
8. Arias D, Chen TF, Moles RJ. Development and validation of a Fever Management Questionnaire aimed at parents and caregivers. J Paediatr Child Health. 2021;57(2):192-7.
9. Arias D, Chen TF, Moles RJ, et al. Australian caregivers' knowledge of and attitudes towards paediatric fever management. J Paediatr Child Health. 2022;58(1):54-62.
10. Samuels P. Advice on Exploratory Factor Analysis. 2016.
11. Patrick DL, Burke LB, Gwaltney CJ, Leidy NK, Martin ML, Molsen E, et al. Content validity-establishing and reporting the evidence in newly developed patient-reported outcomes (PRO) instruments for medical product evaluation: ISPOR PRO Good Research Practices Task Force report: part 2—assessing respondent understanding. Value Health. 2011;14(8):978-88.
12. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5(4):194-7.
13. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. Chichester: J. Wiley; 2007.
14. Alyafei A, E-C R. The Health Belief Model of Behavior Change. StatPearls Publishing; 2025.
15. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53-5.
16. Breckler S. Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. J Pers Soc Psychol. 1985;47(6):1191-205.

Đánh giá nguy cơ té ngã trong bệnh viện: Tổng quan hệ thống về các công cụ và bối cảnh áp dụng

Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Phạm Thị Thuỳ Loan², Nguyễn Văn Tài^{3*}

¹Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Trường Cao đẳng Y tế Huế

³Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Tài, email: nvtai@bv.huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 15/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Té ngã trong bệnh viện là sự cố y khoa thường gặp, để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh và hệ thống y tế. Nhiều công cụ đã được phát triển nhằm sàng lọc nguy cơ té ngã, tuy nhiên hiệu quả và tính ứng dụng còn khác biệt. Đặc biệt, tại Việt Nam, vẫn tồn tại khoảng trống lớn về bằng chứng chuẩn hóa để lựa chọn công cụ tối ưu trong bối cảnh thực tế.

Mục tiêu: Tổng quan hệ thống các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã, phân tích hiệu quả, ưu điểm = hạn chế và khả năng áp dụng trong bối cảnh bệnh viện.

Phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành theo PRISMA 2020. Các cơ sở dữ liệu PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library và Google Scholar được tìm kiếm (01/2000 - 06/2025). Hai nhà nghiên cứu độc lập sàng lọc và trích xuất dữ liệu; chất lượng nghiên cứu đánh giá bằng QUADAS-2. Chiến lược tìm kiếm được mô tả chi tiết, bao gồm cả từ khóa tự do và MeSH Terms.

Kết quả: Có 20 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí chất lượng cao được đưa vào phân tích (15 quốc tế, 5 trong nước). Các công cụ phổ biến nhất gồm Morse Fall Scale (MFS), STRATIFY, Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT), Hendrich II và Fall Risk Assessment Tool (FRAT). MFS cho độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp, phù hợp sàng lọc ban đầu; STRATIFY có giá trị trong lão khoa; JHFRAT và Hendrich II cân bằng hơn giữa độ nhạy và đặc hiệu, đặc biệt hữu ích khi tích hợp công nghệ thông tin; FRAT bổ sung yếu tố môi trường nhưng số liệu kiểm chứng còn hạn chế. Tại Việt Nam, MFS và JHFRAT đã được ứng dụng trong thực tế lâm sàng. Các nghiên cứu tại Hà Nội, Nghệ An và Đắk Lắk cho thấy tính khả thi của các công cụ này, tuy nhiên bằng chứng so sánh trực tiếp vẫn còn hạn chế.

Kết luận: Không có công cụ nào đạt hiệu quả tối ưu trong mọi bối cảnh. Việc lựa chọn cần căn cứ vào đặc điểm bệnh nhân và điều kiện cơ sở y tế và đặc biệt là tính khả thi về nguồn lực. Việt Nam cần thêm nghiên cứu chuẩn hóa, so sánh trực tiếp các thang đo, hướng tới phát triển công cụ phù hợp thực tiễn nhằm nâng cao hiệu quả phòng ngừa té ngã trong bệnh viện, đáp ứng yêu cầu của Thông tư 32/2023/TT-BYT.

Từ khóa: an toàn người bệnh, đánh giá nguy cơ té ngã, công cụ sàng lọc.

Fall risk assessment in hospitals: a systematic review of tools and contexts of application

Nguyen Thi Phuong Thao¹, Pham Thi Thuy Loan², Nguyen Van Tai^{3*}

¹Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Hue Medical College

³Department of Quality Management, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Background: In-hospital falls are among the most common adverse events, causing severe consequences for both patients and the healthcare system. Numerous tools have been developed to screen fall risk, yet their effectiveness and applicability remain variable. A significant evidence gap persists in Vietnam regarding the standardization of these tools in local practice.

Objective: To systematically review fall risk assessment tools, analyzing their effectiveness, strengths and limitations, and applicability in hospital.

Methods: The study followed PRISMA 2020 guidelines. Databases searched included PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library, and Google Scholar (01/2000–06/2025). Two independent reviewers conducted screening and data extraction; study quality was assessed using QUADAS-2. A detailed search strategy, including both free-text keywords and MeSH terms, was employed and documented. In Vietnam, MFS and JHFRAT have been implemented in clinical practice. Studies from Hanoi, Nghe An, and Dak Lak confirm the feasibility of these tools, though evidence from direct comparative studies remains limited.

Results: A total of 20 high-quality studies were included (15 international, 5 from Vietnam). The most commonly used tools were the Morse Fall Scale (MFS), STRATIFY, Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT), Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM), and Fall Risk Assessment Tool (FRAT). MFS demonstrated high sensitivity but low specificity, making it suitable for initial screening. STRATIFY was valuable in geriatric care. JHFRAT and Hendrich II provided a better balance between sensitivity and specificity, particularly when integrated with electronic health records. FRAT incorporated environmental factors but lacked robust validation. In Vietnam, studies remain limited and largely descriptive, focusing mainly on fall prevalence and associated risk factors, with minimal use of standardized tools.

Conclusions: No single tool achieved optimal performance across all settings. Tool selection should be tailored to patient characteristics and institutional conditions and crucially, resource feasibility. Further research in Vietnam is needed to standardize and directly compare assessment tools, as well as to develop context-specific instruments to improve fall prevention in hospitals.

Keywords: Patient safety; Fall risk assessment; Screening tools.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Té ngã trong bệnh viện là một trong những sự cố y khoa phổ biến nhất, gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng như chấn thương, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và thậm chí tử vong [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy té ngã là nguyên nhân hàng đầu của tai nạn trong người bệnh nội trú, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi và bệnh nhân có bệnh lý mạn tính [2].

Để dự phòng, việc đánh giá nguy cơ té ngã là bước quan trọng giúp nhận diện sớm nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó triển khai biện pháp can thiệp phù hợp. Hiện nay có nhiều bộ công cụ đánh giá nguy cơ té ngã được phát triển và ứng dụng trong bệnh viện, tiêu biểu như Morse Fall Scale (MFS) [3], Hendrich II Fall Risk Model (HIIFRM) [4], STRATIFY [5], Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) [6], St. Thomas's Risk Assessment Tool (START) [7], Fall Risk Assessment Tool (FRAT) [8]. Mỗi công cụ có những đặc điểm, ưu thế và hạn chế riêng, đồng thời phù hợp với các nhóm đối tượng bệnh nhân khác nhau.

Tuy nhiên, tại nhiều cơ sở y tế, việc lựa chọn công cụ đánh giá nguy cơ té ngã chưa thống nhất, dẫn đến sự khác biệt về kết quả sàng lọc và hiệu quả phòng ngừa. Ngoài ra, tính ứng dụng của từng công cụ còn phụ thuộc vào bối cảnh lâm sàng, đặc điểm bệnh nhân và nguồn lực của bệnh viện [9]. Đặc biệt thực tế tại Việt Nam, các công cụ như MFS và JHFRAT đã được áp dụng tại nhiều bệnh viện và quy định trong Thông tư 32/TT-BYT. Tuy nhiên, vẫn thiếu một đánh

giá hệ thống về hiệu quả cũng như so sánh trực tiếp giữa các công cụ này.

Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Tổng quan hệ thống các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã trong môi trường bệnh viện, phân tích phạm vi ứng dụng và nhóm đối tượng phù hợp của từng công cụ, đồng thời thảo luận về tính khả thi áp dụng tại Việt Nam.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế theo phương pháp tổng quan hệ thống, tuân thủ hướng dẫn PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [10].

2.2. Nguồn tài liệu và chiến lược tìm kiếm

Chúng tôi tiến hành tìm kiếm tài liệu trên các cơ sở dữ liệu điện tử quốc tế gồm PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL và Cochrane Library, kết hợp với Google Scholar để bổ sung. Từ khóa nghiên cứu được xây dựng theo khung PEO (Population, Exposure, Outcome) để phù hợp với mục tiêu tổng quan. Trong đó, Population (quần thể) là người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện; Exposure (yếu tố phơi nhiễm/tiếp cận) là việc sử dụng các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã như MFS, HIIFRM, STRATIFY, JHFRAT, FRAT; và Outcome (kết quả) là hiệu quả dự báo và tính ứng dụng của các công cụ, thể hiện qua độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán và khả năng ứng dụng lâm sàng.

Quá trình tìm kiếm được thực hiện bằng cách kết hợp giữa từ khóa tự do và thuật ngữ chuẩn hóa theo MeSH. Các thuật ngữ MeSH được sử dụng gồm: Accidental Falls, Risk Assessment, Hospitals, Inpatients. Nhận thấy các cụm từ “fall risk” và “fall risk assessment tool” không tồn tại trong danh mục MeSH nhưng lại phổ biến trong thực hành, nhóm

nghiên cứu đã bổ sung các từ khóa tự do này. Chiến lược tìm kiếm được điều chỉnh và áp dụng thống nhất trên tất cả các cơ sở dữ liệu. Để đảm bảo tính minh bạch, Bảng 1 dưới đây tóm tắt số lượng kết quả tìm kiếm từ các nguồn khác nhau. Việc bổ sung từ khóa tự do làm tăng đáng kể số lượng nghiên cứu tìm thấy, từ đó nâng cao độ bao phủ của tổng quan.

Bảng 1. Tóm tắt kết quả tìm kiếm từ các cơ sở dữ liệu

Cơ sở dữ liệu	Số kết quả tìm kiếm	Lịch sử tìm kiếm
PubMed	420	Tìm kiếm 1: (“Accidental Falls”[Mesh]) AND (“Risk Assessment”[Mesh]) AND (“Hospitals”[Mesh] OR “Inpatients”[Mesh]) →187 kết quả Tìm kiếm 2: (“fall risk”[Title/Abstract] OR “fall risk assessment tool”[Title/Abstract]) AND (hospital [Title/Abstract] OR inpatient [Title/Abstract]) AND (MFS OR “Morse Fall Scale” OR STRATIFY OR JHFRAT OR “Hendrich II” OR FRAT) → 233 kết quả
Scopus	385	Sử dụng khung từ khóa tương tự, điều chỉnh theo cú pháp Scopus
Web of Science	298	Sử dụng khung từ khóa tương tự, điều chỉnh theo cú pháp Web of Science
CINAHL	112	Sử dụng khung từ khóa tương tự, điều chỉnh theo cú pháp CINAHL
Cochrane Library	27	Sử dụng khung từ khóa tương tự, điều chỉnh theo cú pháp Cochrane
Tổng cộng	1242	
Sau khi loại bỏ bản trùng lặp	830	

Khoảng thời gian tìm kiếm: từ 01/2000 đến 06/2025, không giới hạn ngôn ngữ, tuy nhiên chỉ chọn các bài báo có bản đầy đủ.

2.3. Tiêu chí lựa chọn nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chí bao gồm

Nghiên cứu gốc (nghiên cứu cắt ngang, thuần tập, thử nghiệm lâm sàng...) đánh giá hiệu quả hoặc tính ứng dụng của các công cụ sàng lọc nguy cơ té ngã.

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nội trú ở các khoa lâm sàng.

Nhằm đảm bảo chất lượng bằng chứng tổng hợp, sau đánh giá ban đầu, chỉ những nghiên cứu được xếp hạng ‘Nguy cơ sai lệch thấp’ ở ít nhất ba trên bốn lĩnh vực chính theo công cụ QUADAS-2 mới được đưa vào phân tích cuối cùng.

Báo cáo ít nhất một trong các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán, tính ứng dụng, hoặc phạm vi đối tượng phù hợp.

2.3.2. Tiêu chí loại trừ

Nghiên cứu chỉ đề cập đến té ngã trong cộng đồng hoặc viện dưỡng lão.

Nghiên cứu không mô tả rõ công cụ hoặc chỉ đề

cập đến các biện pháp can thiệp mà không có đánh giá nguy cơ.

Bài báo không có toàn văn hoặc không được bình duyệt.

2.4. Quy trình chọn lọc

Hai nhà nghiên cứu độc lập thực hiện sàng lọc tiêu đề và tóm tắt. Các bài báo đủ điều kiện được đọc toàn văn để xác định tính phù hợp. Bất đồng được giải quyết thông qua thảo luận với một nhà nghiên cứu thứ ba.

2.5. Đánh giá chất lượng

Chất lượng và nguy cơ sai lệch của các nghiên cứu được đánh giá bằng công cụ QUADAS-2 (Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies), bao gồm bốn lĩnh vực: (1) lựa chọn bệnh nhân, (2) công cụ đánh giá, (3) tiêu chuẩn tham chiếu, (4) dòng chảy và thời gian nghiên cứu [11].

2.6. Trích xuất và phân tích dữ liệu

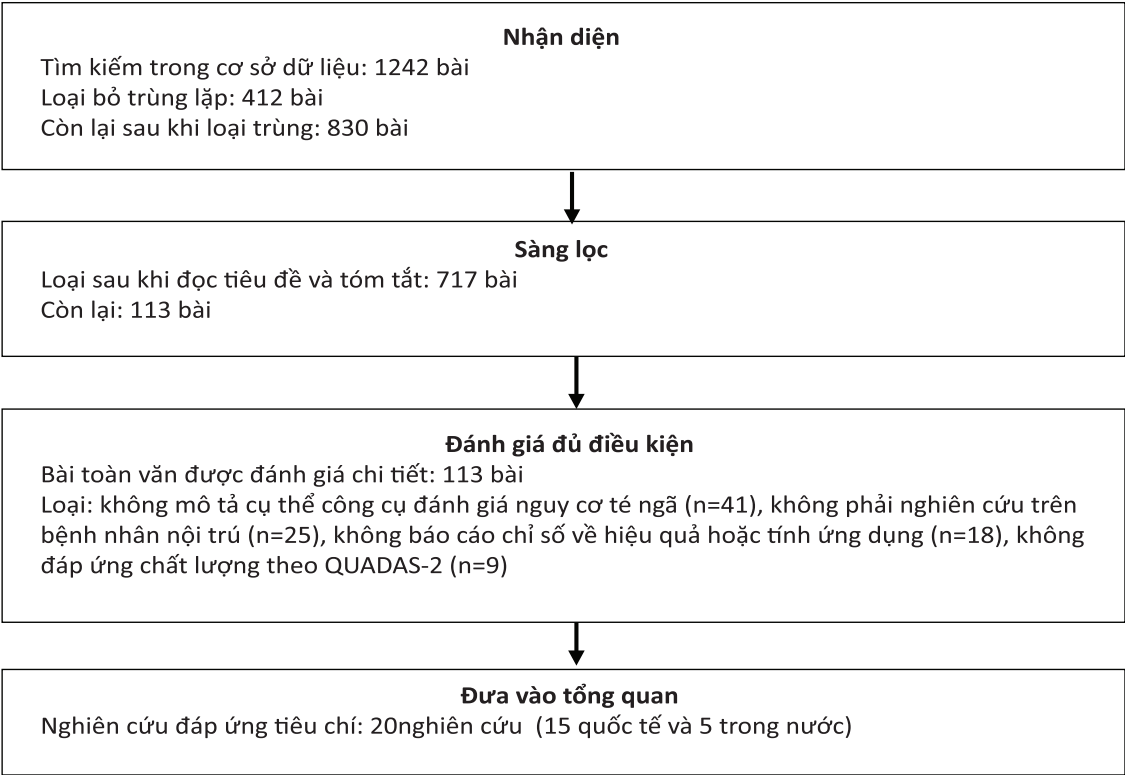
Một bảng dữ liệu chuẩn được xây dựng để trích xuất các thông tin chính: (i) đặc điểm nghiên cứu (tác giả, năm, quốc gia, loại thiết kế), (ii) công cụ đánh giá nguy cơ té ngã được sử dụng, (iii) nhóm đối tượng

áp dụng, (iv) chỉ số độ chính xác chẩn đoán và tính khả thi, (v) bối cảnh triển khai. Các chỉ số hiệu quả (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán, AUC) được trích xuất từ các nghiên cứu gốc trong 20 bài báo đáp ứng tiêu chí chất lượng. Trường hợp nghiên cứu không báo cáo trực tiếp, chúng tôi tính lại dựa trên số liệu gốc theo công thức chuẩn: Độ nhạy = TP / (TP + FN); Độ đặc hiệu = TN / (TN + FP). Trong đó TP, FP, FN, TN lần lượt là số ca được công cụ phân

loại đúng hoặc sai theo kết quả té ngã thực tế. Do sự không đồng nhất đáng kể giữa các nghiên cứu về quần thể bệnh nhân, tiêu chuẩn vàng để xác định té ngã, và phương pháp báo cáo kết quả, một phân tích gộp (meta-analysis) không được thực hiện. Thay vào đó, chúng tôi tiến hành tổng hợp định tính (narrative synthesis) các chỉ số hiệu quả, phù hợp với hướng dẫn về tổng quan hệ thống trong các lĩnh vực có bằng chứng không đồng nhất.

3. KẾT QUẢ

3.1. Quy trình chọn lọc nghiên cứu



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

Quy trình lựa chọn nghiên cứu được trình bày trong Hình 1 theo hướng dẫn PRISMA. Tổng cộng 1.242 bài báo được tìm thấy từ các cơ sở dữ liệu PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library và Google Scholar. Sau khi loại bỏ các bản trùng lặp (412 bài), còn lại 830 bài để sàng lọc.

Hai nhà nghiên cứu độc lập đọc tiêu đề và tóm tắt của 830 bài báo. Kết quả, 717 bài bị loại do không liên quan (ví dụ: nghiên cứu té ngã trong cộng đồng,

viện dưỡng lão, hoặc không có công cụ đánh giá nguy cơ). Còn lại 113 bài được lựa chọn để đọc toàn văn.

Trong 113 bài toàn văn, 93 bài bị loại do: không mô tả cụ thể công cụ đánh giá nguy cơ té ngã (n = 41); không phải nghiên cứu trên bệnh nhân nội trú (n = 25); không báo cáo chỉ số về hiệu quả hoặc tính ứng dụng (n = 18) và không đáp ứng chất lượng theo QUADAS-2 (n = 9), do đó tổng số nghiên cứu được đưa vào phân tích cuối cùng là 20 (15 quốc tế và 5 trong nước).

Bảng 2. Kết quả đánh giá chất lượng nghiên cứu theo QUADAS-2 (n = 20)

Lĩnh vực đánh giá	Nguy cơ thấp n (%)	Nguy cơ cao n (%)	Không rõ n (%)
Lựa chọn bệnh nhân	17 (85,0%)	0 (0%)	3 (15,0%)
Chỉ định thử nghiệm	18 (90,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)
Tiêu chuẩn tham chiếu	15 (75%)	0 (0%)	5 (25,5%)
Dòng chảy và thời gian	17 (85,0%)	3 (15,0%)	0 (0%)

Kết quả đánh giá chất lượng theo QUADAS-2 cho thấy phần lớn các nghiên cứu được đưa vào có nguy cơ sai lệch thấp, đặc biệt ở lĩnh vực chỉ định thử nghiệm và dòng chảy theo dõi. Tuy nhiên, vẫn còn một tỉ lệ không nhỏ các nghiên cứu chưa mô tả đầy đủ về quy trình chọn mẫu hoặc tiêu chuẩn tham chiếu, dẫn đến nguy cơ sai lệch “không rõ ràng”. Điều này cho thấy bằng chứng tổng hợp có độ tin cậy tương đối tốt, nhưng khi diễn giải kết quả cần cân nhắc đến sự khác biệt về phương pháp và mức độ chuẩn hóa giữa các nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm các nghiên cứu được đưa vào

Bảng 3. Đặc điểm một số nghiên cứu tiêu biểu được đưa vào phân tích

Tác giả, Năm	Quốc gia	Đối tượng nghiên cứu	Công cụ đánh giá	Kết quả chính
Oliver et al., 1997 [5]	Anh	1.288 NB nội trú lão khoa	STRATIFY	Se 93%, Sp 88% trong dự báo té ngã lần đầu
Morse et al., 1989 [3]	Mỹ	1.200 NB nội trú	MFS	Thang MFS phân loại tốt BN nguy cơ cao
Hendrich et al., 2003 [4]	Mỹ	1.872 NB nội trú	HIIFRM	AUC 0,72; nhạy với bệnh nhân nữ, rối loạn thăng bằng
Poe et al., 2007 [6]	Mỹ	2.000 NB nội trú	JHFRAT	Se 79%, Sp 51%, PPV thấp
Stapleton et al., 2009 [12]	Úc	450 NB nội trú	FRAT	Se 68%, Sp 71%
Vassallo et al., 2000 [13]	Anh	1.500 NB nội trú	START	Hiệu quả hạn chế, dễ áp dụng lâm sàng
Kim et al., 2017 [14]	Hàn Quốc	900 NB nội trú phẫu thuật	MFS	MFS tốt trong dự báo té ngã sau mổ
Hagino T, et al., 2022 [15]	Nhật	5219 NB nội trú	STRATIFY, MFS	STRATIFY hiệu quả hơn ở BN đột quỵ
Nguyễn Thị Huyền Trang và cộng sự, 2025 [16]	Việt Nam (Nghệ An)	200 NB nội trú	MFS	Tại điểm Morse ≥ 45 , có 53,5% người bệnh có nguy cơ té ngã cao và 41,5% người bệnh có nguy cơ té ngã thấp
Đỗ Thị Huyền Trang và cộng sự, 2024 [17]	Việt Nam (Hà Nội)	103 NB viêm khớp dạng thấp	MFS	Nguy cơ ngã trung bình - cao là 35,92%. Giới tính nam, mức độ đau là yếu tố tiên lượng độc lập với nguy cơ ngã
Lê Thanh Hà và cộng sự, 2024 [18]	Việt Nam (Hà Nội)	105 NB ĐTĐ type 2	JHFRAT	Nguy cơ ngã là cao 73,4%, có mối liên quan giữa tuổi, số thuốc đang dùng và biến chứng thần kinh ngoại vi với nguy cơ té ngã

Nguyễn Khánh Huyền và cộng sự, 2024 [19]	Việt Nam (Hà Nội)	150 NB nội trú, lão khoa	JHFRAT	Nguy cơ té ngã cao là 41,3%, có mối liên quan giữa người bệnh có BMI $\geq 18,5$ kg/m ² , có bệnh lý thần kinh với nguy cơ té ngã
Phan Thị Huyền Trang và cộng sự, 2022 [20]	Việt Nam (Đắk Lắk)	374 NB nội trú	MFS	Nguy cơ té ngã cao là 43,58%

11 nghiên cứu trong bảng này được lựa chọn để trình bày dựa trên các tiêu chí: (1) tính đại diện cho các công cụ phổ biến nhất (MFS, STRATIFY, JHFRAT, Hendrich II, FRAT), (2) tính đa dạng về bối cảnh địa lý và loại hình bệnh viện, (3) chất lượng phương pháp luận (đánh giá QUADAS-2 nguy cơ thấp), và (4) mức độ đầy đủ của dữ liệu báo cáo (có đủ chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu). Toàn bộ 20 nghiên cứu sẽ được cung cấp trong phụ lục

Trong tổng số 20 nghiên cứu được đưa vào phân tích (15 quốc tế và 5 trong nước), đa số có thiết kế nghiên cứu cắt ngang hoặc thuần tập tiền cứu, với cỡ mẫu dao động từ 103 đến trên 10.000 người bệnh. Về bối cảnh, các nghiên cứu được tiến hành tại các bệnh viện đa khoa hoặc chuyên khoa lớn ở châu Âu, Bắc Mỹ và châu Á; một số nghiên cứu triển khai trong môi trường chăm sóc dài hạn hoặc khoa phục hồi chức năng nhưng vẫn có đối tượng là bệnh nhân nội trú; trong khi đó, cả 5 nghiên cứu tại Việt Nam đều được thực hiện trên bệnh nhân nội trú, tập trung vào các nhóm đối tượng đa dạng như người cao tuổi, người bệnh đái tháo đường típ 2 và viêm khớp dạng thấp. Các nghiên cứu này được triển khai tại nhiều bệnh viện đa dạng về tuyến chuyên môn và địa lý, bao gồm Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Thanh Nhàn (Hà Nội), Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện Đa vùng Tây Nguyên (Đắk Lắk).

Các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã được sử dụng trong các nghiên cứu cũng khá đa dạng, trong đó phổ biến nhất là MFS với 8 nghiên cứu, STRATIFY với 6 nghiên cứu, JHFRAT với 4 nghiên cứu, FRAT với

2 nghiên cứu và START với 1 nghiên cứu. Ngoài ra, một số tác giả lựa chọn bộ công cụ quốc gia hoặc tự xây dựng. Tại Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu sử dụng MFS (3 nghiên cứu), JHFRAT (2 nghiên cứu).

Đối tượng nghiên cứu trong các bài báo cũng khác nhau, với 12 nghiên cứu tập trung vào bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên, 8 nghiên cứu tiến hành trên đối tượng hỗn hợp (người lớn nói chung, trong đó nhóm cao tuổi chiếm đa số) và 2 nghiên cứu tập trung vào các nhóm đặc thù như bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, đột quỵ, bệnh tim mạch hoặc đang phục hồi chức năng. Về các chỉ số hiệu quả, hầu hết các nghiên cứu quốc tế báo cáo các thông số cơ bản của công cụ như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm hoặc diện tích dưới đường cong ROC. Trong khi đó, các nghiên cứu trong nước thường dừng lại ở việc xác định tỉ lệ té ngã, phân tích yếu tố nguy cơ liên quan và mô tả hiệu quả sơ bộ của một số công cụ.

Tóm lại, các nghiên cứu được tổng hợp phản ánh sự đa dạng về bối cảnh, đối tượng và công cụ đánh giá nguy cơ té ngã, trong đó những công cụ kinh điển như MFS, STRATIFY, Hendrich II hay JHFRAT vẫn được sử dụng phổ biến nhất. Các chỉ số hiệu quả có sự dao động đáng kể tùy theo đặc điểm dân số và môi trường nghiên cứu, cho thấy không có công cụ nào đạt tính ưu việt tuyệt đối trong mọi hoàn cảnh. Đặc biệt, tại Việt Nam, các nghiên cứu còn hạn chế về số lượng và chiều sâu, chủ yếu mang tính mô tả, chưa chuẩn hóa công cụ, do đó cần thêm bằng chứng để có thể lựa chọn và áp dụng một cách thống nhất trong thực hành lâm sàng.

Bảng 4. Đặc điểm hiệu quả của các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã trong bệnh viện

Công cụ	Đối tượng áp dụng chính	Độ nhạy (Sensitivity)	Độ đặc hiệu	Ưu điểm	Hạn chế
MFS [3, 21]	Người bệnh nội trú tổng quát, đặc biệt ở khoa nội	72 - 98%	15 - 55%	Dễ áp dụng, thời gian ngắn, độ nhạy cao	Tỉ lệ báo động giả cao, khó phân bổ nguồn lực
HIIFRM [4, 22, 23]	Người bệnh cao tuổi, đa bệnh lý, dùng nhiều thuốc	74 - 86%	45 - 67%	Cân bằng giữa nhạy và đặc hiệu, phù hợp lão khoa	Cần nhân viên được đào tạo, có yếu tố chủ quan

STRATIFY [5],[24],[25]	Người bệnh ≥ 65 tuổi, khoa lão và phục hồi chức năng	67 - 93%	35 - 69%	Hiệu quả cho nhóm người cao tuổi	Hiệu quả thấp ở nhóm trẻ hoặc ngoại khoa
JHFRAT [6],[26]	Người bệnh nội trú đa khoa, triển khai tại các bệnh viện lớn	79 - 92%	40 - 64%	Hiệu quả cao, dễ tích hợp hồ sơ điện tử	Chưa phổ biến ở quốc gia nguồn lực hạn chế
FRAT [13],[27],[28]	Người bệnh tại tuyến cơ sở, cộng đồng, bệnh viện đa khoa	70 - 88%	38 - 60%	Bổ sung yếu tố môi trường, đánh giá đa chiều	Ít nghiên cứu kiểm chứng, chưa chuẩn hóa quốc tế

4. BÀN LUẬN

Trong số các công cụ được sử dụng phổ biến, MFS cho thấy độ nhạy dao động từ 72% đến 98% và độ đặc hiệu từ 15% đến 55% [3, 29]. Tại Việt Nam, bên cạnh các nghiên cứu trong nước, khung pháp lý hiện hành cũng đã có định hướng cụ thể về phòng ngừa té ngã. Thông tư 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, trong đó yêu cầu các cơ sở y tế triển khai hệ thống quản lý chất lượng và bảo đảm an toàn người bệnh. Một trong những nội dung quan trọng là sàng lọc và dự phòng nguy cơ té ngã cho người bệnh nội trú. Việc Thông tư 32/2023/TT-BYT đưa nội dung phòng ngừa té ngã thành một yêu cầu bắt buộc là một động lực quan trọng, đặt ra nhu cầu thực tế về các công cụ khả thi. Kết quả tổng quan cho thấy thực tế đáp ứng này tại Việt Nam: các công cụ MFS và JHFRAT đã được triển khai trong các nghiên cứu trên nhiều nhóm bệnh nhân nội trú khác nhau, từ người cao tuổi, người bệnh đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp đến các bệnh lý thần kinh tại các bệnh viện lớn như Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

Thực tiễn này củng cố cho các khuyến nghị lựa chọn công cụ. MFS với ưu điểm đơn giản, nhanh chóng, tiếp tục là lựa chọn thực tế và phổ biến nhất (3/5 nghiên cứu) cho các bệnh viện có nguồn lực hạn chế. Tuy nhiên, các cơ sở y tế có điều kiện hơn, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương, nên cân nhắc JHFRAT - công cụ đã có bằng chứng áp dụng tại Việt Nam (2/5 nghiên cứu) và có khả năng tích hợp tốt hơn với các hệ thống hồ sơ điện tử trong tương lai.

Mặc dù đã có những bước tiến này, một khoảng trống then chốt vẫn tồn tại: tất cả các nghiên cứu trong nước đều mới dừng lại ở việc ứng dụng đơn lẻ một công cụ, mà hoàn toàn thiếu vắng các nghiên cứu so sánh trực tiếp hiệu quả (như độ nhạy, độ đặc hiệu) giữa MFS và JHFRAT trong cùng một quần thể

bệnh nhân. Điều này khiến cho việc lựa chọn công cụ tối ưu vẫn dựa nhiều vào kinh nghiệm hơn là bằng chứng mạnh mẽ. Do đó, ưu tiên nghiên cứu trong tương lai tại Việt Nam không còn là việc giới thiệu công cụ mới, mà là thực hiện các so sánh trực tiếp để cung cấp căn cứ khoa học vững chắc, giúp tối ưu hóa việc sử dụng các công cụ sẵn có một cách hiệu quả và tiết kiệm nguồn lực nhất, đáp ứng mục tiêu của Thông tư 32/TT-BYT.

Với bộ công cụ HIIFRM thì có độ nhạy trung bình 74%–86% và độ đặc hiệu 45% - 67% [4, 30] được đánh giá là cân bằng hơn, đặc biệt hữu ích ở bệnh nhân cao tuổi, đa bệnh lý hoặc đang sử dụng nhiều loại thuốc. Dù vậy, HIIFRM đòi hỏi nhân viên y tế được đào tạo kỹ lưỡng để bảo đảm tính thống nhất trong quá trình chấm điểm.

Công cụ STRATIFY thường được áp dụng cho bệnh nhân ≥ 65 tuổi, nhất là tại khoa lão và phục hồi chức năng, với độ nhạy từ 67% đến 93% và độ đặc hiệu 35% - 69% [7, 31]. Tuy nhiên, hiệu quả của STRATIFY kém hơn ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hoặc bệnh nhân ngoại khoa. Bên cạnh đó, JHFRAT, mặc dù đã được triển khai rộng rãi và khẳng định giá trị trong thực hành lâm sàng, vẫn cho thấy hiệu quả ấn tượng với độ nhạy 79% - 92% và độ đặc hiệu 40% - 64% [6, 32]. Điểm mạnh của JHFRAT là khả năng tích hợp vào hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử, nhờ đó hỗ trợ cảnh báo sớm và theo dõi liên tục, song hiện công cụ này chưa phổ biến tại các quốc gia có nguồn lực y tế hạn chế.

Một công cụ khác là FRAT, với độ nhạy khoảng 70% - 88% và độ đặc hiệu 38% - 60% [8]. FRAT có ưu điểm ở việc bổ sung yếu tố môi trường vào đánh giá, giúp phản ánh nguy cơ một cách đa chiều hơn, đặc biệt phù hợp với tuyến y tế cơ sở. Dẫu vậy, số lượng nghiên cứu kiểm chứng FRAT trên quy mô lớn còn hạn chế so với MFS hay HIIFRM.

Nhìn chung, mỗi công cụ đều có ưu nhược điểm riêng. MFS dễ triển khai và có độ nhạy cao nhưng đi

kèm với tỉ lệ báo động giả lớn. HIIFRM cho thấy sự cân bằng giữa độ nhạy và độ đặc hiệu, đặc biệt hiệu quả trong nhóm bệnh nhân lão khoa. STRATIFY hữu ích cho bệnh nhân cao tuổi nhưng hạn chế trong bối cảnh ngoại khoa. JHFRAT mang lại hiệu quả cao, nhất là khi tích hợp công nghệ thông tin y tế, song tính khả thi ở các nước đang phát triển chưa cao. FRAT là công cụ toàn diện hơn về mặt yếu tố môi trường, phù hợp với tuyến cơ sở, nhưng chưa có sự chuẩn hóa quốc tế.

Kết quả tổng hợp cho thấy các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã trong bệnh viện đều có độ nhạy và độ đặc hiệu dao động rộng, phản ánh sự khác biệt về bối cảnh áp dụng và nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong đó, MFS có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp, trong khi HIIFRM và JHFRAT cho thấy sự cân bằng hơn giữa hai chỉ số. STRATIFY tỏ ra hiệu quả ở nhóm người cao tuổi, còn FRAT bổ sung thêm yếu tố môi trường nhưng số lượng nghiên cứu kiểm chứng còn hạn chế. Những đặc điểm này là cơ sở quan trọng để phân tích, so sánh và thảo luận về tính phù hợp của từng công cụ trong các bối cảnh lâm sàng khác nhau.

Một yếu tố quan trọng nhưng ít được đề cập trong các nghiên cứu là năng lực và mức độ đào tạo của nhân viên y tế khi sử dụng công cụ đánh giá nguy cơ té ngã. Dù một công cụ có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trên lý thuyết, nhưng nếu nhân viên áp dụng không đúng quy trình, bỏ sót thông tin hoặc không được huấn luyện đầy đủ, thì hiệu quả sàng lọc và phòng ngừa té ngã trên thực tế sẽ bị giảm đáng kể. Các nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng đào tạo định kỳ giúp cải thiện tính nhất quán trong chấm điểm và tăng tính khả thi khi áp dụng vào lâm sàng. Trong bối cảnh Việt Nam, nơi mà việc triển khai công cụ như MFS đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện, nhu cầu đào tạo bài bản và thường xuyên cho điều dưỡng, bác sĩ và nhân viên liên quan là hết sức cần thiết, nhằm đảm bảo công cụ được sử dụng đúng, đồng đều và đạt hiệu quả như mong đợi. Điều này cũng phù hợp với định hướng quản lý chất lượng và an toàn người bệnh trong Thông tư 32/2023/TT-BYT.

5. KẾT LUẬN

Các công cụ đánh giá nguy cơ té ngã trong bệnh viện hiện nay đều có giá trị nhất định, nhưng không có công cụ nào đạt được hiệu quả tối ưu trong mọi bối cảnh lâm sàng. Việc lựa chọn công cụ cần được cá thể hóa dựa trên đặc điểm bệnh nhân, điều kiện thực tế của bệnh viện, đặc biệt là năng lực nhân lực và hạ tầng công nghệ. Đối với Việt Nam, kết quả tổng quan cho thấy nhu cầu cấp thiết phải có thêm các nghiên cứu chuẩn hóa và so sánh trực tiếp các công cụ trong bối cảnh nội trú. Trong ngắn hạn, việc lựa chọn một công cụ đơn giản, dễ triển khai và tập trung vào đào tạo nhân viên có thể là chiến lược khả thi nhất để đáp ứng yêu cầu của Thông tư 32/2023/TT-BYT và bước đầu giảm thiểu sự cố té ngã.

6. KHUYẾN NGHỊ

Để nâng cao hiệu quả phòng ngừa té ngã trong bệnh viện, cần lựa chọn công cụ đánh giá nguy cơ phù hợp với bối cảnh và nguồn lực của từng cơ sở y tế. Các bệnh viện tuyến trung ương có thể xem xét áp dụng các thang đo đã được kiểm chứng và tích hợp với hồ sơ bệnh án điện tử như JHFRAT hoặc Hendrich II, trong khi các cơ sở tuyến dưới có thể ưu tiên những công cụ đơn giản, dễ triển khai như MFS. Đồng thời, cần khẩn trương thúc đẩy các nghiên cứu trong nước nhằm chuẩn hóa, so sánh trực tiếp hiệu quả các thang đo (ví dụ: thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh MFS và STRATIFY) và phát triển công cụ phù hợp với đặc thù người bệnh Việt Nam. Việc kết hợp đánh giá nguy cơ té ngã với các chương trình đào tạo nhân viên y tế và nâng cao nhận thức của người bệnh, gia đình cũng là yếu tố then chốt để giảm thiểu sự cố té ngã trong bệnh viện.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam đoan rằng không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong quá trình thực hiện nghiên cứu, phân tích dữ liệu, viết và công bố bài báo này. Toàn bộ nội dung nghiên cứu được thực hiện trung thực, khách quan và không chịu ảnh hưởng bởi bất kỳ tổ chức hoặc cá nhân nào có thể dẫn đến xung đột về lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clinics in geriatric medicine. 2010;26(4):645-92.
3. Morse JM. Preventing patient falls: Springer Publishing Company.2008.
4. Hendrich AL, Bender PS, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing Research. 2003;16(1):9-21.
5. Oliver D, Britton M, Seed P, Martin F, Hopper A. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. Bmj. 1997;315(7115):1049-53.

6. Poe SS, Cvach M, Dawson PB, Straus H, Hill EE. The Johns Hopkins fall risk assessment tool: postimplementation evaluation. *Journal of nursing care quality*. 2007;22(4):293-8.
7. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and ageing*. 2004;33(2):122-30.
8. Nandy S, Parsons S, Cryer C, Underwood M, Rashbrook E, Carter Y, et al. Development and preliminary examination of the predictive validity of the Falls Risk Assessment Tool (FRAT) for use in primary care. *Journal of public health*. 2004;26(2):138-43.
9. Shorr RI, Chandler AM, Mion LC, Waters TM, Liu M, Daniels MJ, et al. Effects of an intervention to increase bed alarm use to prevent falls in hospitalized patients: a cluster randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2012;157(10):692-9.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *bmj*. 2021;372.
11. Whiting PF, Rutjes AW, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Annals of internal medicine*. 2011;155(8):529-36.
12. Stapleton C, Hough P, Oldmeadow L, Bull K, Hill K, Greenwood K. Four-item fall risk screening tool for subacute and residential aged care: The first step in fall prevention. *Australasian journal on ageing*. 2009;28(3):139-43.
13. Vassallo M, Amersey RA, Sharma JC, Allen SC. Falls on integrated medical wards. *Gerontology*. 2000;46(3):158-62.
14. Kim K-I, Jung H-K, Kim CO, Kim S-K, Cho H-H, Kim DY, et al. Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea. *The Korean journal of internal medicine*. 2017;32(1):199.
15. Hagino T, Ochiai S, Senga S, Yamashita T, Saito M, Wako M, et al. Validity of a fall risk assessment score sheet for patients hospitalized in general wards. *Nagoya journal of medical science*. 2022;84(2):311.
16. Nguyễn Thị Huyền Trang, Nguyễn Thị Thu Hà, Ngô Thị Phương Oanh, Phạm Thị Yến Thư, Ngô Đức Kỳ. Nguy cơ té ngã ở người bệnh từ 60 tuổi trở lên điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2024. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2025;66(8):358-63.
17. Đỗ Thị Huyền Trang, Lưu Cảnh Linh, Vương Thủy Tiên, Phạm Hoài Thu. Đánh giá nguy cơ ngã của người bệnh viêm khớp dạng thấp bằng thang điểm MORSE tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024;185(12):262-71.
18. Lê Thanh Hà, Ngô Thị Phượng, Phạm Thanh Huyền, Mai Thị Nhung, Trần Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Lê. Khảo sát tỉ lệ nguy cơ té ngã ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2024;7(6):24-30.
19. Nguyễn Khánh Huyền, Hồ Diễm Hoàng, Đào Thị Cẩm Vân, Ngô Thị Vân. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ té ngã của người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Thanh Nhàn. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2024;65(6):159-63.
20. Phan Thị Huyền Trang, Đinh Hữu Hùng, Nguyễn Thị Kim Quyên. Nguy cơ té ngã ở bệnh nhân cao tuổi đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên. *Tạp chí Khoa học Đại học Tây Nguyên*. 2022;16(57):68-73.
21. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*. 2013;158(5_Part_2):390-6.
22. Lin X-z, Meng R-l, Peng D-d, Li C, Zheng X-y, Xu H-f, et al. Cross-sectional study on prevalence and risk factors for falls among the elderly in communities of Guangdong province, China. *BMJ open*. 2022;12(11):e062257.
23. Wong M, Pang P. Factors associated with falls in psychogeriatric inpatients and comparison of two fall risk assessment tools. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2019;29(1):10-4.
24. Barker A, Kamar J, Graco M, Lawlor V, Hill K. Adding value to the STRATIFY falls risk assessment in acute hospitals. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(2):450-7.
25. Ang GC, Low SL, How CH. Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore medical journal*. 2020;61(3):116.
26. Saito C, Nakatani E, Sasaki H, Katsuki NE, Tago M, Harada K. Predictive Factors and the Predictive Scoring System for Falls in Acute Care Inpatients: Retrospective Cohort Study. *JMIR Human Factors*. 2025;12(1):e58073.
27. Lee Y-S, Choi E-J, Kim Y-H, Park H-A. Factors influencing falls in high-and low-risk patients in a tertiary hospital in Korea. *Journal of patient safety*. 2020;16(4):e376-e82.
28. Inoue S, Otaka Y, Mori N, Matsuura D, Tsujikawa M, Kawakami M, et al. Blind spots in hospital fall prevention: falls in stroke patients occurred not only in those at a high risk of falling. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024;25(1):160-6. e1.
29. Baek S, Piao J, Jin Y, Lee SM. Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(17-18):2434-41.
30. Kim EAN, Mordiffi SZ, Bee WH, Devi K, Evans D. Evaluation of three fall-risk assessment tools in an acute care setting. *Journal of advanced nursing*. 2007;60(4):427-35.
31. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill A-M, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*. 2022;51(5):afac077.
32. Mikos M, Banas T, Czerw A, Banas B, Strzypek Ł, Curyło M. Hospital inpatient falls across clinical departments. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(15):8167.

PHỤ LỤC

Danh sách đầy đủ 20 nghiên cứu được đưa vào tổng quan hệ thống

Tác giả, Năm	Quốc gia	Đối tượng nghiên cứu	Công cụ đánh giá	Kết quả chính
Oliver et al., 1997	Anh	1.288 NB nội trú lão khoa	STRATIFY	Se 93%, Sp 88% trong dự báo té ngã lần đầu
Morse et al., 1989	Mỹ	1.200 NB nội trú đa khoa	MFS	Thang MFS phân loại tốt BN nguy cơ cao
Hendrich et al., 2003	Mỹ	1.872 NB nội trú	HIIFRM	AUC 0,72; nhạy với bệnh nhân nữ, rối loạn thăng bằng
Poe et al., 2007	Mỹ	2.000 NB đa khoa	JHFRAT	Se 79%, Sp 51%, PPV thấp
Stapleton et al., 2009	Úc	450 NB nội trú	FRAT	Se 68%, Sp 71%
Vassallo et al., 2000	Anh	1.500 NB nội trú	START	Hiệu quả hạn chế, dễ áp dụng lâm sàng
Kim et al., 2017	Hàn Quốc	900 NB nội trú phẫu thuật	MFS	MFS tốt trong dự báo té ngã sau mổ
Hagino T, et al., 2022	Nhật	5219 NB nội trú	STRATIFY, MFS	STRATIFY hiệu quả hơn ở BN đột quỵ
Schwendimann et al., 2006	Thụy Sĩ	386 NB nội trú	MFS	AUC: 0,512 - 0,7, Khuyến nghị điều chỉnh điểm cắt cho từng nhóm bệnh nhân và cơ sở.
Chow SKY, et al., 2007	Hong Kong	954 NB nội trú	MFS	Nội bộ rất tốt (ICC là 0,97 - 0,98), nhưng Cronbach's alpha thấp (độ đồng nhất nội bộ thấp). Với điểm cắt 45 ghi nhận độ nhạy là 31%, độ đặc hiệu là 83%
Baek S., et al., 2014	Hàn Quốc	845 NB nội trú	MFS	Điểm cắt tốt nhất là 51, độ nhạy 72%, độ đặc hiệu 91%, tiên đoán dương là 63%, tiên đoán âm là 94%, AUC: 0,77
O'Connell BEV và Myers H, 2002	Australia	1059 NB nội trú	MFS	MFS có độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 29%, giá trị tiên đoán dương 18%
Klinkenberg WD và Potter P., 2017	Mỹ	13574 lần nhập viện	JHFRAT	1,5% lần được báo cáo té ngã, đa số người bệnh té ngã được phân loại là mức nguy cơ thấp hoặc trung bình, không phải nguy cơ cao. Lý do là công cụ có giới hạn phân biệt mức rất cao
Hong S, et al., 2024	Hàn Quốc	175 NB nội trú cao tuổi đột quỵ	JHFRAT	AUC: 0,67, độ nhạy, độ đặc hiệu cho ngưỡng cắt 11 điểm là 67%, 68%
Campanini S., et al., 2018	Italia	191 NB nội trú, phục hồi chức năng	HIIFRM	7,5% NB có nguy cơ té ngã AUC: 0,779, ngưỡng cắt ≥ 5 điểm thì độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%, 49%
Nguyễn Thị Huyền Trang và cộng sự, 2025	Việt Nam (Nghệ An)	200 NB nội trú	MFS	Tại điểm Morse ≥ 45, có 53,5% người bệnh có nguy cơ té ngã cao và 41,5% người bệnh có nguy cơ té ngã thấp

Đỗ Thị Huyền Trang và cộng sự, 2024	Việt Nam (Hà Nội)	103 NB viêm khớp dạng thấp	MFS	Nguy cơ ngã trung bình - cao là 35,92%. Giới tính nam, mức độ đau là yếu tố tiên lượng độc lập với nguy cơ ngã
Lê Thanh Hà và cộng sự, 2024	Việt Nam (Hà Nội)	105 NB ĐTĐ type 2	JHFRAT	Nguy cơ ngã là cao 73,4%, có mối liên quan giữa tuổi, số thuốc đang dùng và biến chứng thần kinh ngoại vi với nguy cơ té ngã
Nguyễn Khánh Huyền và cộng sự, 2024	Việt Nam (Hà Nội)	150 NB nội trú, lão khoa	JHFRAT	Nguy cơ té ngã cao là 41,3%, có mối liên quan giữa người bệnh có BMI $\geq 18,5$ kg/m ² , có bệnh lý thần kinh với nguy cơ té ngã
Phan Thị Huyền Trang và cộng sự, 2022	Việt Nam (Đắk Lắk)	374 NB nội trú	MFS	Nguy cơ té ngã cao là 43,58%

Tác động của nhận thức về đạo đức và giá trị nghề nghiệp đến hành vi chăm sóc người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Lưu Thị Kiều Trinh¹, Trần Thị Tuyết Linh^{2*}

¹ Khoa Nội Thần kinh, Cơ xương khớp và Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Đà Nẵng

² Khoa điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Tác giả liên hệ: Trần Thị Tuyết Linh, email: ttlinh@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 30/8/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 20/9/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hành vi chăm sóc là sự tương tác giữa điều dưỡng và người bệnh nhằm đáp ứng đầy đủ nhu cầu và bảo đảm an toàn người bệnh. Việc hình thành hành vi này ở sinh viên điều dưỡng có ý nghĩa trong việc xây dựng nền tảng nghề nghiệp và thích ứng lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 221 sinh viên điều dưỡng năm 3 và 4 hệ chính quy. Các công cụ gồm thang đo hành vi chăm sóc (CBI = Caring Behaviors Inventory), thang đo nhận thức đạo đức (MSQ - Moral Sensitivity Questionnaire) và thang đo giá trị nghề nghiệp điều dưỡng (NPVS-3 - Nurses Professional Values Scale). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố dự đoán hành vi chăm sóc.

Kết quả: Điểm trung bình hành vi chăm sóc là $4,99 \pm 0,51/6$, cao nhất ở quan tâm trải nghiệm người bệnh ($5,20 \pm 0,65$) và kiến thức, kỹ năng nghề nghiệp ($5,14 \pm 0,43$), thấp hơn ở tôn trọng ($4,84 \pm 0,57$) và gắn kết ($4,89 \pm 0,61$). Mô hình hồi quy giải thích 41,1% biến thiên hành vi chăm sóc, trong đó giá trị nghề nghiệp ($\beta = 0,345$; $p < 0,001$) và nhận thức đạo đức ($\beta = 0,392$; $p < 0,001$) là yếu tố dự đoán quan trọng; ngược lại năm học, dân tộc và tôn giáo không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Sinh viên điều dưỡng thể hiện hành vi chăm sóc khá tốt, đặc biệt trải nghiệm người bệnh và kỹ năng nghề nghiệp. Nhận thức giá trị nghề nghiệp và nhận thức đạo đức là yếu tố dự báo chính cần được chú trọng trong đào tạo.

Từ khóa: hành vi chăm sóc, sinh viên điều dưỡng, yếu tố dự đoán.

The impact of moral sensitivity and professional values on nursing students' caring behaviors

Luu Thi Kieu Trinh¹, Tran Thi Tuyet Linh^{2*}

¹ Department of Neurology, Rheumatology, and Clinical Hematology DaNang Hospital

² Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Abstract

Background: Caring behaviors are the interaction between nurses and patients to fully meet their needs and ensure patient safety. The development of these behaviors among nursing students is essential for building a professional foundation and adapting to clinical practice.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 221 third- and fourth-year nursing students using the Caring Behaviours Inventory (CBI), Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ), and Nursing Professional Values Scale-3 (NPVS-3). Multiple linear regression identified predictive factors.

Results: The mean caring behaviours score was $4.99 \pm 0.51/6$, highest in concern for patients' experiences (5.20 ± 0.65) and professional knowledge and skills (5.14 ± 0.43), and lower in respect (4.84 ± 0.57) and connectedness (4.89 ± 0.61). Regression analysis explained 41.1% of the variance, identifying professional values ($\beta = 0.345$; $p < 0.001$) and moral sensitivity ($\beta = 0.392$; $p < 0.001$) as significant predictors, while year of study, ethnicity, and religion were not.

Conclusion: Nursing students demonstrated fairly good caring behaviours, particularly in patient experience and professional skills. Professional values and moral sensitivity emerged as key predictors that should be emphasized in training.

Keywords: *caring behaviours, nursing students, predictive factors.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hành vi chăm sóc là quá trình tương tác giữa điều dưỡng và người bệnh trong bối cảnh người bệnh cần được hỗ trợ, nhằm đáp ứng tối ưu các nhu cầu chăm sóc. Các hành vi này được thể hiện qua những khía cạnh cốt lõi, bao gồm: sự tôn trọng đối với người bệnh; đáp ứng nhu cầu và an toàn người bệnh; sự gắn kết và kết nối tích cực; kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp; cũng như sự quan tâm đến trải nghiệm và cảm nhận của người bệnh [1]. Vì vậy, đổi mới liên tục của hệ thống y tế hiện nay, việc hình thành và phát triển hành vi chăm sóc ở sinh viên điều dưỡng giữ vai trò quan trọng, không chỉ giúp sinh viên xây dựng nền tảng nghề nghiệp vững chắc mà còn nâng cao khả năng thích ứng với yêu cầu công việc trong tương lai [2]. Hành vi chăm sóc càng tốt thì càng đáp ứng đầy đủ các nhu cầu thể chất, tinh thần và xã hội, đồng thời gia tăng sự hài lòng và niềm tin của người bệnh đối với dịch vụ chăm sóc [3].

Các nghiên cứu trước đây cho thấy hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng nhìn chung đạt mức độ khá tốt nhưng có sự khác biệt giữa các lĩnh vực chăm sóc. Cụ thể, nghiên cứu của Bayraktar và cộng sự (2023) thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy điểm trung bình hành vi chăm sóc 4,88/6, cao nhất ở lĩnh vực kiến thức - kỹ năng chuyên môn và sẵn sàng hỗ trợ người bệnh nhưng sự gắn kết và tôn trọng người bệnh là thấp hơn [4]. Tương tự, nghiên cứu Bakhtiari-Dovombaygi và cộng sự (2025) thực hiện ở Iran trên 291 sinh viên điều dưỡng cũng cho thấy rằng điểm trung bình hành vi chăm sóc ở mức trung bình-khá (4,02/6), trong đó cao nhất là kiến thức - kỹ năng nhưng các hành vi thể hiện sự đồng cảm và thiết lập mối quan hệ với người bệnh vẫn còn hạn chế [5]. Tại Việt Nam, tuy chưa có nghiên cứu sử dụng trực tiếp thang đo CBI để đo lường hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng. Tuy nhiên một số nghiên cứu cũng đã tìm hiểu một số khía cạnh trong hành vi chăm sóc như nghiên cứu tại Đại học Y Dược Cần Thơ (2023) cho thấy sinh viên điều dưỡng đạt điểm cao về an toàn và tôn trọng người bệnh, trong khi đảm bảo chăm sóc liên tục hay sự gắn kết người bệnh chỉ đạt ở mức trung bình [6]. Nghiên cứu tại Trường Phenikaa (2023) kết quả cho thấy trong thực hành lâm sàng sinh viên điều dưỡng chỉ đạt 60,2% hành vi chăm sóc đạt mức chuẩn [7].

Các nghiên cứu trước đã chỉ ra rằng hành vi chăm

sóc của sinh viên điều dưỡng chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như cá nhân, chương trình đào tạo và môi trường lâm sàng. Về phía cá nhân của sinh viên điều dưỡng, nhận thức về giá trị nghề nghiệp được cho thấy yếu tố dự đoán góp phần phát triển hành vi chăm sóc thể hiện sự tôn trọng, trách nhiệm và tận tâm trong chăm sóc người bệnh [8, 9]. Bên cạnh đó, nhận thức đạo đức nghề nghiệp cũng tác động trực tiếp đến hành vi chăm sóc [10]. Liên quan đến đào tạo, năm học, mức độ hài lòng ngành học, lý do chọn ngành và những trải nghiệm lâm sàng cũng có ảnh hưởng đáng kể hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng trong thực hành lâm sàng [9]. Tại Việt Nam, nghiên cứu tại Đại học Y Dược Cần Thơ và Phenikaa (2023) cho thấy môi trường lâm sàng và sự hướng dẫn của giảng viên cũng quyết định đến việc sinh viên thể hiện hành vi chăm sóc đạt mức chuẩn [6, 7].

Nghiên cứu này dựa trên học thuyết chăm sóc của Jean Watson (2008) [11] và mô hình hành vi đạo đức của Rest (1986) [12]. Theo Watson, chăm sóc là bản chất cốt lõi của điều dưỡng, nhấn mạnh giá trị đạo đức, sự đồng cảm và trách nhiệm trong mối quan hệ điều dưỡng - người bệnh, làm nền tảng cho hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng [11]. Trong khi đó, theo Rest cho rằng hành vi đạo đức được hình thành qua các bước: nhận thức đạo đức, thúc đẩy đạo đức và hành vi đạo đức, qua đó cho thấy giá trị nghề nghiệp và nhận thức đạo đức là những yếu tố dự báo quan trọng đối với hành vi chăm sóc [12]. Ngoài ra, các yếu tố thuộc đào tạo và môi trường lâm sàng cũng góp phần định hình cách sinh viên thể hiện hành vi chăm sóc.

Hiện nay ở Việt Nam, các nghiên cứu về hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng còn hạn chế, đặc biệt là việc sử dụng những bộ công cụ chuẩn hóa để đo lường cũng như xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sự hình thành và phát triển hành vi này. Xuất phát từ thực trạng và khoảng trống nghiên cứu trên, việc tiến hành đề tài nhằm tìm hiểu các yếu tố tác động đặc biệt là nhận thức về đạo đức và giá trị nghề nghiệp đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng là cần thiết. Với hai mục tiêu:

1. *Mô tả hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng chính quy.*

2. *Xác định các yếu tố dự đoán đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng chính quy.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên sinh viên đại học điều dưỡng năm 3 và năm 4 chính quy đang đi thực hành lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025 tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

- **Cỡ mẫu:** cỡ mẫu được xác định bằng G*Power cho hồi quy tuyến tính đa biến, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, lực mẫu $1-\beta = 0,80$, $f^2 = 0,15$ và 8 biến độc lập. Cỡ mẫu tối thiểu 117 sinh viên [13]. Dựa vào nguồn lực nghiên cứu, nhóm nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ sinh viên điều dưỡng năm 3 và năm 4 là 221 sinh viên.

- Biến số nghiên cứu:

Biến phụ thuộc: hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng đối với người bệnh được đánh giá theo thang đo CBI (Caring Behaviors Inventory), được phát triển bởi Zane Robinson Wolf (1994). Thang đo này gồm 42 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá Likert 6 điểm (từ 1- không bao giờ đến 6- luôn luôn). Điểm được tính theo điểm trung bình của mỗi câu hỏi, điểm càng cao thì hành vi chăm sóc càng cao. Thang đo gồm các lĩnh vực: tôn trọng người bệnh với Cronbach's alpha 0,89; đáp ứng nhu cầu và an toàn người bệnh với Cronbach's alpha 0,92; sự gắn kết với Cronbach's alpha 0,85; kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp với Cronbach's alpha 0,82; sự quan tâm đến trải nghiệm người bệnh với Cronbach's alpha 0,82 [1]. Trong nghiên cứu của này có độ tin cậy Cronbach's alpha của thang đo đạt 0,88.

Biến độc lập: bao gồm các biến đặc điểm chung của nhân khẩu học (năm học, giới tính, tôn giáo, dân tộc, gia đình có thành viên là nhân viên y tế, ý định học lên cao học) và biến nhận thức về giá trị nghề nghiệp và nhận thức về đạo đức của sinh viên điều dưỡng. Trong đó, nhận thức về giá trị nghề nghiệp được đánh giá dựa theo thang đo NPVS-3 (Nurses Professional Values Scale-3), được phát triển bởi Weis và Schank (2017). Thang đo bao gồm 28 câu hỏi và mỗi câu được đánh giá thang đo Likert 5 (1- không quan trọng đến 5- quan trọng nhất). Điểm được tính điểm trung bình của mỗi câu hỏi, điểm càng cao nhận thức giá trị nghề nghiệp càng cao. Độ tin cậy của hệ số Cronbach's alpha cho lĩnh vực chăm sóc là 0,885, hoạt động nghề nghiệp là 0,912 và chuyên nghiệp là 0,799 và hệ số thang đo tổng là 0,944 [14]. Trong nghiên cứu này độ tin cậy Cronbach's alpha lần lượt là 0,78; 0,79; 0,7 và của thang đo đạt 0,88. Bên cạnh đó, biến nhận thức về đạo đức được đánh giá

dựa trên bảng câu hỏi K- MSQ (Korea version Moral Sensitivity Questionnaire), được phát triển bởi Han và cộng sự (2010). Bộ câu hỏi nhận thức về đạo đức bao gồm 27 câu hỏi được đánh giá theo thang đo Likert 7 điểm (từ 1- hoàn toàn không đồng ý đến 7 - hoàn toàn đồng ý). Nghiên cứu này tính bằng điểm trung bình của các câu hỏi, điểm số cao hơn cho thấy mức độ nhận thức đạo đức cao hơn. Độ tin cậy Cronbach's alpha là 0,76 [15]. Trong nghiên cứu này độ tin cậy Cronbach's alpha của thang đo đạt 0,85.

Sau khi xin phép được sử dụng, các bộ câu hỏi NPVS-3, K-MSQ, CBI được dịch ra tiếng Việt theo quy trình dịch ngược (Black- translation technique) của Cha và cộng sự [16]. Trước khi đưa vào sử dụng, bộ công cụ phiên bản tiếng Việt được kiểm tra độ tin cậy bởi một nghiên cứu nhỏ trên 30 mẫu sinh viên tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng. Các bộ câu hỏi NPVS-3, K-MSQ, CBI được kiểm tra tính giá trị về nội dung thông qua 05 chuyên gia điều dưỡng có trình độ đại học, có kinh nghiệm trong đào tạo điều dưỡng [17]. Kết quả sau khi kiểm tra có chỉ số hiệu lực nội dung/trung bình (S-CVI/Ave) thang đo NPVS-3 đạt 0,92, bảng câu hỏi K- MSQ đạt 0,87 và bảng kiểm kê CBI đạt 0,93.

- Phương pháp thu thập số liệu

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 11 năm 2024 đến 1 năm 2025 bằng hình thức khảo sát trực tiếp với bộ câu hỏi tự điền. Sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức. Khi đối tượng nghiên cứu đã đồng ý tham gia nghiên cứu thì phát bộ câu hỏi và hướng dẫn sinh viên trả lời bao gồm 4 phần: thông tin chung, nhận thức về giá trị nghề nghiệp, sự nhận thức về đạo đức, hành vi chăm sóc. Thời gian người tham gia nghiên cứu hoàn thành bộ câu hỏi khoảng 30 phút.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 27.0.

+ Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày các đặc điểm của mẫu nghiên cứu, bao gồm: tần suất, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình (M), độ lệch chuẩn (SD).

+ Trước khi phân tích, nhóm nghiên cứu kiểm tra phân phối chuẩn của các biến liên tục (hành vi chăm sóc, nhận thức về giá trị nghề nghiệp, nhận thức đạo đức) bằng biểu đồ Q-Q plot và phép kiểm Kolmogorov-Smirnov.

+ Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng nhằm xác định các yếu tố dự đoán hành vi chăm sóc. Các biến độc lập có $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu [18]. Các giả định hồi quy được kiểm định, trong đó đa cộng tuyến được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai (VIF < 10).

Với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi có sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng (Quyết định số 630/QĐ-ĐHKTYDĐN ngày 10/10/2024). Tất cả đối tượng tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Việc tham gia là hoàn toàn tự

nguyện, người tham gia có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không chịu bất kỳ bất lợi nào. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bảo mật, ẩn danh và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cam kết số liệu và thông tin được trình bày là chính xác, trung thực và chưa từng được công bố trước đây.

3. KẾT QUẢ

3.1. Mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu (n = 221)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Năm học	Năm 3	72	32,6
	Năm 4	149	67,4
Giới tính	Nam	12	5,4
	Nữ	209	94,6
Dân tộc	Kinh	214	96,8
	Khác	7	3,2
Tôn giáo	Có	48	21,7
	Không	173	78,3
Gia đình có thành viên là nhân viên y tế	Có	92	41,6
	Không	129	58,4
Ý định học cao học	Có	116	52,5
	Không	105	47,5

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là sinh viên năm 4 chiếm 67,4% và đa số là nữ 94,6%, dân tộc kinh 96,8% và không có tôn giáo 78,3%. Gia đình có thành viên là nhân viên y tế chiếm tỉ lệ ít hơn 41,6% so với gia đình không có thành viên là nhân viên y tế 58,6%. Có hơn một nửa số sinh viên có ý định học lên cao học (52,5%).

Bảng 2. Điểm trung bình nhận thức đạo đức và giá trị nghề nghiệp của sinh viên điều dưỡng (n = 221)

Nội dung	ĐTB ± ĐLC
Nhận thức về đạo đức	5,19 ± 0,61
Lấy người bệnh làm trung tâm	5,72 ± 0,65
Trách nhiệm nghề nghiệp	5,36 ± 0,64
Kinh nghiệm xung đột	5,13 ± 0,77
Xây dựng ý nghĩa đạo đức	4,97 ± 0,88
Thể hiện việc làm tốt	4,72 ± 0,89
Nhận thức giá trị nghề nghiệp	4,08 ± 0,43
Chăm sóc	4,19 ± 0,39
Hoạt động nghề nghiệp	4,07 ± 0,45
Chuyên nghiệp	3,96 ± 0,43

Bảng 2 cho thấy nhận thức về đạo đức của sinh viên điều dưỡng đạt mức trung bình khá cao (ĐTB = 5,19 ± 0,61). Trong đó, “lấy người bệnh làm trung tâm” có điểm số cao nhất (5,72 ± 0,65), các khía cạnh khác như trách nhiệm nghề nghiệp (5,36 ± 0,64) và kinh nghiệm xung đột (5,13 ± 0,77) cũng đạt điểm tương đối cao. Ngược lại, “thể hiện việc làm tốt” có điểm thấp nhất (4,72 ± 0,89). Đối với nhận thức giá trị nghề nghiệp, điểm trung bình (4,08 ± 0,43), trong đó “chuyên nghiệp” đạt mức thấp nhất (3,96 ± 0,43).

3.2. Hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng

Bảng 3. Điểm trung bình về hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng (n = 221)

Lĩnh vực	ĐTB ± ĐLC
Hành vi chăm sóc	4,99 ± 0,51
Tôn trọng người bệnh	4,84 ± 0,57
Đáp ứng nhu cầu và an toàn người bệnh	5,07 ± 0,53
Sự gắn kết với người bệnh	4,89 ± 0,61
Kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp	5,14 ± 0,43
Quan tâm đến trải nghiệm người bệnh	5,20 ± 0,65

Bảng 3 cho thấy điểm trung bình hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng ở mức khá tốt (ĐTB = 4,99 ± 0,51). Cao nhất là lĩnh vực quan tâm đến trải nghiệm người bệnh (5,20 ± 0,65) và kiến thức, kỹ năng nghề nghiệp (5,14 ± 0,43). Trong khi đó, tôn trọng người bệnh (4,84 ± 0,57) và sự gắn kết với người bệnh (4,89 ± 0,61) có điểm thấp hơn.

3.3. Yếu tố dự đoán đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng (n=221)

Biến số	B	SE	β	t	p
Năm học	0,223	0,73	0,203	3,075	0,002
Giới tính	-0,009	0,153	-0,004	-0,058	0,954
Dân tộc	-0,531	0,195	-0,181	-2,717	0,007
Tôn giáo	0,143	0,084	0,114	1,693	0,092
Gia đình có thành viên nhân viên y tế	-0,059	0,070	-0,057	-0,843	0,400
Ý định học cao học	0,400	0,070	-0,013	-0,189	0,850
Nhận thức về giá trị nghề nghiệp	0,682	0,074	0,527	9,179	< 0,001
Nhận thức về đạo đức nghề nghiệp	0,448	0,047	0,538	9,454	< 0,001

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến cho thấy năm học (B = 0,223; β = 0,203; p = 0,002), dân tộc (B = -0,531; β = -0,181; p = 0,007), nhận thức về giá trị nghề nghiệp (B = 0,682; β = 0,527; p < 0,001) và nhận thức về đạo đức nghề nghiệp (B = 0,448; β = 0,538; p < 0,001) là những yếu tố dự báo hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng. Trong khi đó, các yếu tố giới tính, tôn giáo, gia đình có thành viên làm ngành y tế và ý định học cao học không có ảnh hưởng (p > 0,05).

Bảng 5. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng (n = 221)

Mô hình	B	SE	β	t	p	VIF
(Constant)	1,328	0,399	-	3,329	0,001	-
Nhận thức về giá trị nghề nghiệp	0,446	0,075	0,345	5.923	< 0,001	1,267
Nhận thức về đạo đức nghề nghiệp	0,327	0,047	0,392	7.010	< 0,001	1,169
Năm học	0,105	0,058	0,095	1.802	0,073	1,045
Dân tộc	-0,120	0,157	-0,041	-0,766	0,445	1,070
Tôn giáo	0,053	0,066	0,042	0,800	0,425	1,018

Mô hình: R = 0,652; R² = 0,424; Adjusted R² = 0,411;
F (5,215) = 31,715, p < 0,001, Durbin-Watson = 1,994.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy mô hình phù hợp và có ý nghĩa thống kê ($F = 31,715$; $p < 0,001$), với hệ số xác định hiệu chỉnh $R^2 = 0,411$, giải thích được 41,1% sự biến thiên của điểm trung bình hành vi chăm sóc. Phương trình hồi quy được xác định:

Hành vi chăm sóc = $1,328 + 0,446$ (nhận thức giá trị nghề nghiệp) + $0,327$ (nhận thức đạo đức nghề nghiệp).

Kết quả cho thấy khi nhận thức giá trị nghề nghiệp tăng 1 điểm thì điểm hành vi chăm sóc tăng trung bình 0,446 điểm và khi nhận thức đạo đức nghề nghiệp tăng 1 điểm thì điểm hành vi chăm sóc tăng 0,327 điểm. Cả hai biến đều là yếu tố dự đoán có ý nghĩa ($\beta = 0,345$ và $\beta = 0,392$; $p < 0,001$), trong đó nhận thức đạo đức nghề nghiệp có ảnh hưởng tương đối mạnh hơn theo hệ số chuẩn hóa.

Ngược lại, các biến năm học ($p = 0,073$), dân tộc ($p = 0,445$) và tôn giáo ($p = 0,425$) không có ý nghĩa thống kê.

Kiểm định mô hình hồi quy đảm bảo với chỉ số Durbin-Watson = 1,994 cho thấy không có sự tương quan phần dư và VIF từ 1,018 đến 1,267 nghĩa là không có đa cộng tuyến.

4. BÀN LUẬN

4.1. Hành vi chăm sóc của điều dưỡng sinh viên điều dưỡng

Kết quả Bảng 3 cho thấy điểm trung bình hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng khá cao ($4,99 \pm 0,51$) trên thang 6 điểm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bayraktar và cộng sự (2023) thực hiện trên 466 sinh viên điều dưỡng tại Thổ Nhĩ Kỳ với điểm bình ($4,88 \pm 0,74$) [4] và cao hơn so với nghiên cứu của Bakhtiari-Dovvombaygi và cộng sự (2025) thực hiện trên 291 sinh viên điều dưỡng năm thứ 2 - 4 tại Iran với điểm trung bình ($4,02 \pm 1,09$) [5]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi sự khác nhau về chương trình đào tạo, môi trường lâm sàng và mức độ lồng ghép giáo dục đạo đức nghề nghiệp giữa các quốc gia. Điểm số hành vi chăm sóc cao trong nghiên cứu này cũng phản ánh sự đổi mới chương trình đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam trong những năm gần đây. Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (Bộ Y tế, 2022) đã nhấn mạnh các năng lực cốt lõi bao gồm chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm, giao tiếp hiệu quả, an toàn người bệnh và thực hành dựa trên đạo đức nghề nghiệp [19]. Trên cơ sở đó, chương trình đào tạo đã được điều chỉnh theo hướng tích hợp lý thuyết - kỹ năng - thái độ, lồng ghép các nội dung về đạo đức nghề nghiệp, giao tiếp và thực hành chăm sóc ngay từ giai đoạn tiền lâm sàng. Khi thực hành lâm sàng, sinh viên được lượng giá không chỉ ở kỹ năng chuyên môn mà còn ở các

khía cạnh thái độ, giao tiếp và tôn trọng người bệnh, phù hợp với định hướng chuẩn năng lực quốc gia. Chính sự điều chỉnh này đã góp phần nâng cao nhận thức hành vi chăm sóc của sinh viên, giúp kết quả đạt mức cao, phù hợp với hệ thống đào tạo điều dưỡng các nước.

Bên cạnh đó, khi phân tích các lĩnh vực, kết quả cho thấy điểm số cao nhất tập trung ở “quan tâm đến trải nghiệm người bệnh” ($5,20 \pm 0,65$) và “kiến thức - kỹ năng nghề nghiệp” ($5,14 \pm 0,43$). Ngược lại, các lĩnh vực “tôn trọng người bệnh” ($4,84 \pm 0,57$) và “sự gắn kết với người bệnh” ($4,89 \pm 0,61$) lại có điểm trung bình thấp hơn so với các lĩnh vực khác. Điều này phản ánh rằng sinh viên có xu hướng ưu tiên thể hiện sự đảm bảo luôn có mặt bên người bệnh và năng lực chuyên môn, trong khi các khía cạnh liên quan đến gắn kết tình cảm và thái độ tôn trọng đối với người bệnh vẫn còn hạn chế. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trước như Köse Tosunöz (2024) trên 416 sinh viên điều dưỡng tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy hai lĩnh vực có điểm cao nhất là “luôn bên cạnh người bệnh khi cần” ($5,12 \pm 0,64$) và “kiến thức - kỹ năng” ($5,00 \pm 0,69$), trong khi “sự kết nối với người bệnh” có điểm thấp hơn ($4,85 \pm 0,71$) [20]. Tương tự, Zarrinkolah và cộng sự (2025) khảo sát 200 sinh viên điều dưỡng tại Iran cũng cho thấy “kiến thức và kỹ năng” đạt điểm cao nhất (5,15), trong khi “tôn trọng” chỉ đạt 5,03, thấp hơn các lĩnh vực khác [21]. Điều này cho thấy xu hướng chung của sinh viên điều dưỡng ở các quốc gia thường có hành vi chăm sóc liên quan đến kiến thức - kỹ năng chuyên môn và bên cạnh với người bệnh cao hơn so với hành vi gắn kết cảm xúc và thể hiện sự tôn trọng người bệnh. Vì vậy, các chương trình giáo dục cần chú trọng hơn trong chương trình đào tạo điều dưỡng nhằm phát triển năng lực chăm sóc toàn diện, kết hợp cả kiến thức-kỹ năng chuyên môn và sự gắn kết, đồng cảm và tôn trọng người bệnh trong quá trình chăm sóc.

4.2. Yếu tố dự đoán hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng

Kết quả Bảng 5, phân tích hồi quy đa biến cho thấy nhận thức về giá trị nghề nghiệp và nhận thức về đạo đức nghề nghiệp là hai yếu tố dự đoán quan trọng ảnh hưởng đến hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng. Trong đó, nhận thức về đạo đức nghề nghiệp có hệ số β cao nhất ($\beta = 0,392$), tiếp đến là nhận thức về giá trị nghề nghiệp ($\beta = 0,345$). Mô hình hồi quy giải thích được 42,4% phương sai của hành vi chăm sóc ($R^2 = 0,424$), cho thấy hai yếu tố này đóng vai trò nền tảng trong việc định hướng và hình thành hành vi chăm sóc toàn diện ở sinh viên điều dưỡng.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, khẳng định nhận thức giá trị nghề

ng nghiệp giữ vai trò then chốt trong phát triển hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng, đồng thời định hướng ứng xử lâm sàng và nâng cao tinh thần trách nhiệm, sự tận tâm trong công việc [22]. Bakhtiari-Dovvombaygi và cộng sự (2025) trên 291 sinh viên điều dưỡng cho thấy nhận thức về giá trị nghề nghiệp là yếu tố dự đoán hành vi chăm sóc ($\beta = 0,257$; $p < 0,001$) [8] và tương tự Kaya và cộng sự (2023) trên 189 sinh viên tại Thổ Nhĩ Kỳ kết quả cho thấy có mối tương quan thuận giữa nhận thức giá trị nghề nghiệp và hành vi chăm sóc ($r = 0,431$; $p < 0,001$) [9]. Tại Việt Nam, tuy chưa có nghiên cứu kết hợp trực tiếp thang đo CBI với nhận thức giá trị nghề nghiệp, song các kết quả gần đây vẫn cho thấy sinh viên có thái độ tích cực với nghề và coi trọng an toàn, tôn trọng người bệnh, nhưng còn hạn chế ở khía cạnh gắn kết và đồng cảm. Nghiên cứu tại Đại học Phenikaa (2023) cho thấy 82,5% sinh viên có thái độ nghề nghiệp đạt yêu cầu, nhưng chỉ 60,2% thể hiện hành vi chăm sóc đạt chuẩn, trong đó các hành vi về giao tiếp, cảm thông và gắn kết với người bệnh còn thấp [7]. Bên cạnh đó, nghiên cứu thực hiện tại Cao đẳng Y tế Hà Đông (2024) cho thấy 80,1% sinh viên có thái độ tích cực với nghề, khẳng định vai trò định hướng hành vi của giá trị nghề nghiệp [23]. Những bằng chứng này cho thấy cần lồng ghép sâu hơn giáo dục giá trị nghề nghiệp trong đào tạo điều dưỡng, nhằm củng cố bản sắc nghề nghiệp, nâng cao tinh thần trách nhiệm và sự tận tâm, qua đó phát triển năng lực chăm sóc toàn diện, và đáp ứng chuẩn năng lực điều dưỡng hiện nay.

Bên cạnh giá trị nghề nghiệp, kết quả nghiên cứu còn cho thấy nhận thức về đạo đức nghề nghiệp là yếu tố dự báo mạnh nhất hành vi chăm sóc ($\beta = 0,392$, $p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Chen và cộng sự (2024) trên nhóm thực tập sinh điều dưỡng ở Trung Quốc đã khẳng định rằng độ nhận thức đạo đức có tác động trực tiếp đến hành vi chăm sóc [10]. Danacı & Erdoğan (2025) cũng cho thấy mối tương quan thuận giữa nhận thức về đạo đức và hành vi chăm sóc ($r = 0,374$, $p < 0,001$) [24].

Ngược lại, trong mô hình hồi quy, các yếu tố nhân khẩu học như năm học, dân tộc và tôn giáo không cho thấy ý nghĩa thống kê. Dù năm học có ảnh hưởng nhất định ($\beta = 0,095$) nhưng chưa đủ để đạt ý nghĩa

thống kê. Điều này có thể phản ánh rằng tại các trường đại học Việt Nam, cơ hội thực tập và tiếp xúc lâm sàng đã được phân bổ tương đối đồng đều qua các năm học.

Tóm lại, phân tích hồi quy trong nghiên cứu này đã khẳng định nhận thức về đạo đức nghề nghiệp và giá trị nghề nghiệp là những yếu tố dự báo quan trọng đến hành vi chăm sóc ở sinh viên điều dưỡng, giải thích gần một nửa phương sai của biến phụ thuộc. Đây là phát hiện nhằm bổ sung bằng chứng thực tiễn trong bối cảnh đào tạo điều dưỡng tại Việt Nam. Việc nâng cao hiệu quả giáo dục đạo đức và giá trị nghề nghiệp cần được xem là chiến lược trọng tâm trong phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng có chất lượng vừa vững vàng về chuyên môn vừa có kỹ năng thấu cảm cùng người bệnh nhằm hướng tới mục tiêu chăm sóc toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm.

5. KẾT LUẬN

Sinh viên điều dưỡng trong nghiên cứu thể hiện có hành vi chăm sóc khá cao, đặc biệt ở sự quan tâm đến trải nghiệm người bệnh và kiến thức – kỹ năng nghề nghiệp, trong khi tôn trọng và gắn kết với người bệnh còn hạn chế. Mô hình hồi quy cho thấy nhận thức về đạo đức và giá trị nghề nghiệp là những yếu tố dự báo quan trọng đối với hành vi chăm sóc, trong khi các đặc điểm nhân khẩu học không có vai trò đáng kể.

Chương trình đào tạo điều dưỡng cần tích hợp sâu hơn các nội dung về đạo đức và giá trị nghề nghiệp, đồng thời chú trọng các phương pháp dạy học giúp tăng cường kỹ năng giao tiếp, đồng cảm và chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Trong môi trường lâm sàng, giảng viên và điều dưỡng hướng dẫn nên trở thành hình mẫu về hành vi chăm sóc nhân văn, giúp sinh viên học tập và phát triển qua trải nghiệm thực tế. Cần mở rộng nghiên cứu ở các cơ sở đào tạo điều dưỡng để so sánh, đối chiếu và làm rõ mối quan hệ giữa giá trị nghề nghiệp – đạo đức và hành vi chăm sóc của sinh viên điều dưỡng.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nhóm nghiên cứu khẳng định không có xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of Nurse Caring. Image: the Journal of Nursing Scholarship. 1994;26:107–12.

2. Zarrinkolah E, Ghafourifard M, Dehghannezhad J. The relationship between compassion competence, caring behaviours, and professional commitment among

nursing students: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2025;25:671.

3. Sedighi S, Sadeghi A, Roshanaei G, Purfarzad Z. The relationship between nurses' caring behaviors and patient loyalty: trust towards nurses as a mediating role. BMC Nurs. 2025;24:568.

4. Bayraktar D, Aydın AK, Eliş T, Öztürk K. Inclination of Nursing Students Towards Ethical Values and The Effects of Ethical Values on Their Care Behaviours. J Bioeth Inq. 2023;20:433–45.

5. Bakhtiari-Dovvombaygi H, Pourhasan K, Dehghan AH, Rezazadeh Y, Akbarzade R, Eghbali M, et al. The role of professional attitudes in shaping care behaviors: insights from Iranian nursing students. BMC Medical Education. 2025;25:602.

6. Hân NTN, Trang DTT, Diên LT, Dung NT. Năng lực thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2023;172–8.

7. Hà TL, Bùi TC, Nguyễn TT, Nguyễn THT, Lưu TL. Nghiên cứu thái độ, hành vi trong hoạt động thực tập lâm sàng tại Bệnh viện của sinh viên năm 3, năm 4 Trường Đại học Phenikaa năm 2021 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023;6:6–14.

8. Bakhtiari-Dovvombaygi H, Pourhasan K, Dehghan AH, Rezazadeh Y, Akbarzade R, Eghbali M, et al. The role of professional attitudes in shaping care behaviors: insights from Iranian nursing students. BMC Med Educ. 2025;25:602.

9. Kaya A, Düzgün MV, Boz İ. The relationship between professional values, ethical sensitivities and caring behaviors among nursing students: A structural equation modeling approach. Nurse Educ Pract. 2023;70:103676.

10. Chen J yan, Chen H fang, Wang X huan, Zong Q zhen, Yao Z zhen. Moral sensitivity and caring behavior in nursing interns: the mediating role of empathy. Front Public Health. 2024;12:1360940.

11. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring.

12. Rest J. R. Moral Development Advances in Research and Theory. Praeger. 1986.

13. Green SB. How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. Multivariate Behav Res. 1991;26:499–510.

14. Weis D, Schank MJ. Development and Psychometric Evaluation of the Nurses Professional Values Scale-3. J Nurs Meas. 2017;25:400–10.

15. Han S-S, Kim J, Kim Y-S, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. Nurs Ethics. 2010;17:99–105.

16. Cha E-S, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. J Adv Nurs. 2007;58:386–95.

17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29:489–97.

18. Jr DWH, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied Logistic Regression. John Wiley & Sons; 2013.

19. Bộ Y Tế. Quyết định 3474/QĐ-BYT 2022 tài liệu Chuẩn năng lực cơ bản của Cử nhân Điều dưỡng Việt Nam. 2022.

20. Köse Tosunöz İ. The Relationship Between Nursing Students' Perceptions of Individualized Care and Quality of Care: A Descriptive Cross-sectional Study. Uluborlu Mesleki Bilimler Dergisi. 2024;7:1–11.

21. Zarrinkolah E, Ghafourifard M, Dehghannezhad J. The relationship between compassion competence, caring behaviours, and professional commitment among nursing students: a cross-sectional study. BMC Medical Education. 2025;25:671.

22. Poorchangizi B, Borhani F, Abbaszadeh A, Mirzaee M, Farokhzadian J. The importance of professional values from nursing students' perspective. BMC Nursing. 2019;18:26.

23. Giang TT, Huyền DTT, Trường ND, Trung TQ. Thái độ với nghề nghiệp của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông và một số yếu tố liên quan. TCNCYH. 2024;174:212–21.

24. Danacı E, Erdoğan TK. Ethical principles, sensitivity, and caring behaviors among nursing students: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2025;24:970.

Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên cao đẳng điều dưỡng: Nghiên cứu tại thành phố Đà Nẵng

Trần Thị Trường An^{1*}, Lưu Thị Thuý², Vũ Văn Đẩu³

¹ Trường Cao đẳng Phương Đông Đà Nẵng

² Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

³ Khoa Điều dưỡng - Hộ sinh, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Tác giả liên hệ: Trần Thị Trường An, email: truonganpd@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 31/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 20/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trong bối cảnh đổi mới giáo dục y tế hiện nay, năng lực tự định hướng học tập (TĐHHT) đóng vai trò quan trọng trong việc giúp sinh viên điều dưỡng chủ động lĩnh hội kiến thức, nâng cao chất lượng đào tạo và đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao.

Mục tiêu: Mô tả thực trạng năng lực TĐHHT và xác định một số yếu tố liên quan của sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng tại thành phố Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 362 sinh viên tại 02 trường Cao đẳng ở Đà Nẵng. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi đánh giá năng lực TĐHHT (Self-directed Learning Ability Scale) và được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Phép kiểm Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis và tương quan Spearman được sử dụng để so sánh năng lực TĐHHT với các đặc điểm chung của sinh viên với $p < 0,05$.

Kết quả: Có 71,0% sinh viên có năng lực TĐHHT ở mức cao. Ngoài ra, tỉ lệ sinh viên có mong muốn học tập, khả năng tự quản lý và khả năng tự kiểm soát ở mức cao chiếm đa số, với tỉ lệ lần lượt đạt 87,0%; 68,5% và 62,4%. Năng lực TĐHHT có mối liên quan với tuổi, năm học, thời gian tự học trong ngày và việc làm thêm ($p < 0,05$).

Kết luận: Sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng tại Đà Nẵng có năng lực TĐHHT ở mức cao. Năng lực TĐHHT chịu tác động của nhiều yếu tố cá nhân và môi trường. Do đó, chương trình đào tạo cần có tích hợp các hoạt động thúc đẩy năng lực TĐHHT và khuyến khích tăng thời gian tự học cho sinh viên.

Từ khóa: năng lực tự định hướng học tập; Sinh viên Điều dưỡng; Cao đẳng.

Self-directed learning ability of nursing college students: A study in Da Nang city

Tran Thi Truong An^{1*}, Luu Thi Thuy², Vu Van Dau³

¹ Faculty of Medicine and Pharmacy, Phuong Dong College

² Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

³ Nursing and Midwifery Faculty, Nam Dinh University of Nursing

Abstract

Background: In the context of ongoing reforms in medical education, self-directed learning ability plays a crucial role in enabling nursing students to actively acquire knowledge, enhance the quality of training, and meet the increasing demands of healthcare services.

Objective: This study aimed to assess the current status of self-directed learning ability and identify associated factors among nursing college students.

Participants and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 362 nursing students from two colleges in Da Nang City. Data were collected using the Self-directed Learning Ability Scale and analyzed with SPSS version 25.0. Statistical tests including the Wilcoxon-Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and Spearman's rank correlation, were employed to examine associations between self-directed learning ability and students' demographic and academic characteristics, with significance set at $p < 0.05$.

Results: A total of 71.0% of students demonstrated a high level of self-directed learning ability. Among its components, the highest proportions of students reported strong desire to learn (87.0%), self-management (68.5%), and self-control (62.4%). Self-directed learning ability was significantly associated with age, academic year, daily self-study time, and part-time employment ($p < 0.05$).

Conclusion: Nursing college students in Da Nang exhibited a generally high level of self-directed learning ability. It is influenced by both personal and environmental factors. Therefore, training programs should integrate activities that foster self-directed learning ability and promote increased self-study time among students.

Keyword: *Self-directed learning ability; Nursing students; College.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự định hướng học tập (TĐHHT) là một khái niệm giáo dục ngày càng được chú ý trong những năm gần đây. TĐHHT được định nghĩa là một quá trình trong đó người học chủ động lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá nhu cầu và kết quả học tập của riêng mình, có hoặc không có sự giúp đỡ của người khác [1]. Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, năng lực TĐHHT đã được ghi nhận là thúc đẩy sự phát triển chuyên môn của điều dưỡng bằng cách cho phép họ mở rộng cơ sở lý thuyết và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Do đó, năng lực này đối với sinh viên đóng vai trò rất quan trọng, không chỉ giúp sinh viên đạt kết quả học tập tốt mà còn góp phần nâng cao kỹ năng chuyên môn, khả năng học tập suốt đời, phát triển thái độ và phẩm chất cá nhân, từ đó cung cấp các dịch vụ chăm sóc an toàn và hiệu quả cho người bệnh [2-4].

Các kết quả đánh giá về năng lực TĐHHT của sinh viên điều dưỡng có sự khác biệt giữa các quốc gia. Nghiên cứu của Laura và cộng sự (2022) tại các nước châu Âu cho thấy sinh viên điều dưỡng có năng lực TĐHHT ở mức cao [2]. Trong khi đó, sinh viên điều dưỡng Hàn Quốc trong nghiên cứu của Lee và cộng sự (2022) đánh giá năng lực này của họ ở mức trung bình [5]. Ngoài ra, một số yếu tố liên quan đã được xác định trong các nghiên cứu trước đây như giới tính, nhận thức của người học về nhu cầu học tập cá nhân, chiến lược giảng dạy - học tập [6].

Tại Việt Nam, các phương pháp giảng dạy truyền thống đã dần thay bằng phương pháp lấy sinh viên làm trung tâm cùng với chương trình đào tạo dựa trên năng lực. Khung trình độ quốc gia yêu cầu sinh viên bậc cao đẳng không chỉ nắm vững kiến thức chuyên ngành mà còn phát triển kỹ năng giải quyết vấn đề, tự chịu trách nhiệm và thích ứng linh hoạt. Việc phát triển năng lực TĐHHT đóng vai trò then chốt để đáp ứng các yêu cầu này [7]. Tuy nhiên, nhiều sinh viên điều dưỡng vẫn gặp khó khăn trong việc TĐHHT, dẫn đến thiếu hụt kiến thức, kỹ năng và sự tự tin, làm giảm chất lượng đào tạo và ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Hiện nay tại thành phố Đà Nẵng có hai trường Cao đẳng đào tạo ngành Điều dưỡng với tổng số khoảng 400 sinh viên đang theo học từ năm thứ nhất đến năm thứ ba. So với sinh viên đại học, sinh viên bậc cao đẳng có sự khác biệt về trình độ học vấn, chương trình đào tạo và yêu cầu nghề nghiệp. Điều này có thể dẫn đến sự khác biệt về khả năng TĐHHT của sinh viên cao đẳng. Mặc dù đã có một số nghiên cứu khảo sát năng lực TĐHHT ở sinh viên điều dưỡng, song phần lớn tập trung vào đối tượng bậc đại học, trong khi thực trạng này ở sinh viên cao đẳng vẫn chưa được làm rõ [3],[8]. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả thực trạng năng lực TĐHHT và xác định một số yếu tố liên quan ở sinh viên cao đẳng điều dưỡng tại thành phố Đà Nẵng. Kết quả của nghiên cứu sẽ là cơ sở khoa học để đề xuất các giải pháp nhằm góp phần nâng cao chất lượng đào tạo điều dưỡng ở các trường cao đẳng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 02 trường Cao đẳng có đào tạo điều dưỡng trên địa bàn thành phố Đà Nẵng từ tháng 12/2024 đến tháng 6/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Cao đẳng Điều dưỡng tại thành phố Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên Điều dưỡng chính quy các năm đang theo học tại các trường Cao đẳng ở Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên không có mặt trong thời gian khảo sát.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một trung bình như sau:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{\alpha \cdot \sigma^2}{1 - \frac{\alpha}{2}}}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}$ là khoảng tin cậy (nghiên cứu lấy giá trị $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$)

σ là độ lệch chuẩn. Trong nghiên cứu này, giá trị $\sigma = 0,3$ dựa theo kết quả nghiên cứu của Hồ Nguyễn Anh Thu và cộng sự [3].

d là mức sai số chấp nhận ($d = 0,05$)

Cỡ mẫu tính được là 138 sinh viên điều dưỡng. Để tăng tính đại diện cho quần thể nghiên cứu, nhóm nghiên cứu lấy toàn bộ sinh viên đang theo học tại 02 trường Cao đẳng ở Đà Nẵng là 362 sinh viên. Với tỉ lệ phản hồi là 100%, cỡ mẫu thực tế chúng tôi thu được và đưa vào phân tích là 362 sinh viên.

2.5. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi bao gồm 02 phần như sau:

Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu, gồm 06 câu hỏi được phát triển bởi nhóm nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới tính, năm học, xếp loại học lực của học kỳ trước, thời gian tự học trong ngày và việc làm thêm.

Phần 2: Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng được đánh giá bằng thang Self-directed Learning Ability Scale do Fisher và cộng sự phát triển năm 2001. Thang đo bao gồm 40 câu hỏi, chia thành 03 thang đo phụ, gồm: Khả năng tự quản lý (13 câu); Mong muốn học tập (12 câu) và Khả năng tự kiểm soát (15 câu). Mỗi câu trả lời theo thang điểm Likert-5 từ 1 (Hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (Hoàn toàn đồng ý). Tổng điểm của thang đo dao động từ 40 đến 200. Theo đó, năng lực TĐHHT của sinh viên được đánh giá là mức cao nếu tổng điểm của cả thang đo > 150, từng thang đo phụ lần lượt là > 47 (khả năng tự quản lý), > 44 (mong muốn học tập) và > 59 (khả năng tự kiểm soát). Hệ số Cronbach's alpha của cả thang đo là 0,92 và cho từng thang đo phụ lần lượt là 0,86; 0,85 và 0,83 [4].

Sau khi được sự cho phép sử dụng từ tác giả, chúng tôi tiến hành dịch thang đo Self-directed Learning Ability Scale sang tiếng Việt theo quy trình dịch ngược [9]. Thang đo sau đó được gửi cho 05 chuyên gia để đánh giá tính giá trị nội dung. Không có sự điều chỉnh nào so với bản dịch. Kết quả cho thấy điểm I-CVI nằm trong khoảng từ 0,8 đến 1,0 và S-CVI là 0,97. Trước khi đưa vào sử dụng, phiên bản tiếng Việt của thang đo đã được kiểm tra độ tin cậy bởi một nghiên cứu thử trên 30 sinh viên (của một trường cao đẳng khác ngoài thành phố Đà Nẵng). Kết quả cho thấy thang đo có Cronbach alpha là 0,98. Độ tin cậy của từng thang đo phụ lần lượt là 0,96 (khả năng tự quản lý); 0,97 (mong muốn học tập) và 0,97 (khả năng tự kiểm soát).

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 02 đến tháng 3/2025 thông qua bộ câu hỏi tự điền. Sau khi đối tượng đồng ý tham gia, nhóm nghiên cứu phát phiếu và để thời gian khoảng 35 phút cho đối tượng tự điền câu trả lời. Sau đó, nhóm nghiên cứu kiểm tra và thu toàn bộ phiếu trả lời của đối tượng tham gia nghiên cứu. Tất cả các phiếu thu được đều được niêm phong vào bì và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả được sử dụng để mô tả các đặc điểm về đối tượng nghiên cứu. Phép kiểm Wilcoxon-Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test và tương quan Spearman được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan với năng lực TĐHHT với $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Điều dưỡng Nam Định (theo quyết định số 588/GCN-HĐĐĐ ngày 5/3/2025) và sự cho phép của hai trường có sinh viên tham gia khảo sát. Toàn bộ đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu. Sự tham gia của sinh viên là hoàn toàn tự nguyện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

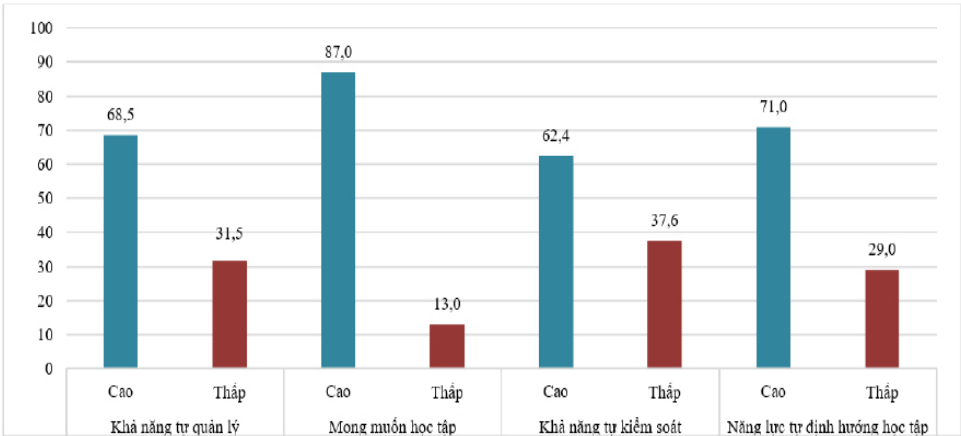
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=362)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)	Trung bình ± Độ lệch chuẩn = 22,2 ± 6,27	
	Giá trị lớn nhất – giá trị nhỏ nhất = 19 - 23	
Giới tính	Nam	35
	Nữ	327
Năm học	Năm 1	162
	Năm 2	124
	Năm 3	76
Xếp loại học lực của học kỳ trước	Xuất sắc	19
	Giỏi	159
	Khá	151
	Trung bình	29
	Yếu	4

Thời gian tự học trong ngày	< 1 giờ	43	11,9
	1 - 3 giờ	226	62,4
	< 3 - 6 giờ	72	19,9
	> 6 giờ	21	5,8
Việc làm thêm	Có	218	60,2
	Không	144	39,8

Độ tuổi trung bình của sinh viên là 22,2 ($\pm$ 6,27). Hầu hết sinh viên là nữ (90,3%). Tỷ lệ sinh viên năm nhất chiếm đa số (44,8%). Hầu hết sinh viên có học lực đạt loại giỏi (43,9%) và khá (41,8%). Đa số sinh viên có thời gian tự học trong ngày từ 1 - 3 giờ (62,4%) và đang làm thêm ngoài giờ học (60,2%).

3.2. Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng



Biểu đồ 1. Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng

Kết quả cho thấy 71,0% sinh viên có năng lực TĐHHT ở mức cao. Trong đó, tỷ lệ sinh viên có mong muốn học tập, khả năng tự quản lý và khả năng tự kiểm soát ở mức cao lần lượt là 87,0%; 68,5% và 62,4%.

3.3. Một số yếu tố liên quan tới năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với năng lực TĐHHT của sinh viên

Nội dung		Năng lực TĐHHT	Khả năng tự quản lý	Mong muốn học tập	Khả năng tự kiểm soát
Tuổi ^a	r	0,261	0,282	0,158	0,252
	p	0,001	0,001	0,003	0,001
Giới tính ^b	Nam	164,86	158,51	168,13	162,83
	Nữ	183,28	183,96	182,93	183,50
	p	0,321	0,169	0,420	0,261
Năm học ^c	Năm 1	155,83	153,20	168,96	160,22
	Năm 2	190,80	187,08	183,96	191,58
	Năm 3	221,03	232,70	204,22	210,42
	p	0,001	0,001	0,046	0,001
Xếp loại học lực của học kỳ trước ^c	Xuất sắc	201,71	201,89	208,95	219,50
	Giỏi	191,07	192,68	186,04	190,35
	Khá	174,54	174,39	175,04	173,07
	Trung bình	143,38	142,31	160,90	152,59
	Yếu	144,0	142,75	163,88	177,0
	p	0,91	0,115	0,204	0,136

	Nội dung	Năng lực TĐHHT	Khả năng tự quản lý	Mong muốn học tập	Khả năng tự kiểm soát
Thời gian tự học trong ngày ^c	< 1 giờ	110,80	117,14	133,78	123,15
	1 – 3 giờ	180,71	176,73	181,02	183,87
	< 3 – 6 giờ	202,20	208,26	195,79	189,56
	> 6 giờ	263,74	272,81	235,33	247,83
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
Việc làm thêm ^b	Có	192,06	188,27	194,13	188,45
	Không	165,51	171,26	162,38	170,97
	p	0,018	0,128	0,040	0,115

^aSpearman's rank correlation, ^bMann-Whitney U test, ^cKruskal – Wallis test

Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa năng lực TĐHHT của sinh viên với tuổi, năm học, thời gian tự học trong ngày và việc làm thêm. Ngoài ra, với các thang đo phụ, kết quả nghiên cứu cũng tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khả năng tự quản lý, mong muốn học tập, khả năng tự kiểm soát với tuổi, năm học và thời gian tự học trong ngày ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng

TĐHHT với mục tiêu thúc đẩy sinh viên trở thành những người tham gia tích cực vào quá trình học tập, chủ động xây dựng kiến thức thay vì chỉ tiếp nhận thụ động, được xem là một trong những năng lực quan trọng của sinh viên điều dưỡng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 71,0% sinh viên điều dưỡng có năng lực TĐHHT ở mức cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Krala et al. (2021) tại Nepal với tỉ lệ 79,1% [10], Millanzi và cộng sự (2021) tại Tanzania với 77% [10]. Điều này phản ánh TĐHHT đang trở thành năng lực cốt lõi trong đào tạo điều dưỡng ở nhiều quốc gia. Tuy nhiên, tỉ lệ của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Diễm và cộng sự (2023) trên 285 sinh viên đại học điều dưỡng, với kết quả 47,4%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đối tượng nghiên cứu khác nhau. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên sinh viên cao đẳng điều dưỡng, đối tượng có thể được định hướng nhiều hơn vào thực hành và rèn luyện kỹ năng tự học, thì nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Diễm và cộng sự lại thực hiện trên sinh viên đại học với yêu cầu học thuật cao hơn, môi trường học tập và phương pháp giảng dạy có thể khác biệt. Các kết quả trên nhấn mạnh nhu cầu đổi mới chương trình đào tạo theo hướng phát triển kỹ năng tự học, quản lý thời gian và ứng dụng công nghệ thông tin [11].

Ngoài ra, tỉ lệ sinh viên đạt mức cao về mong muốn học tập là 87,0%, khả năng tự quản lý là 68,5% và khả năng tự kiểm soát là 62,4%. Các kết quả này cao hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài

nước. Nghiên cứu của Örs (2018) tại Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho thấy các khía cạnh trên cải thiện rõ khi chương trình đào tạo áp dụng mô hình học tập chủ động, hỗ trợ thiết lập mục tiêu cá nhân và tư duy tích cực [12]. Điều này nhấn mạnh vai trò quyết định của thiết kế chương trình và phương pháp giảng dạy trong việc nâng cao năng lực TĐHHT.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới năng lực tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy năng lực TĐHHT có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với tuổi của sinh viên. Cụ thể, sinh viên càng lớn tuổi thì có năng lực TĐHHT, khả năng tự quản lý, mong muốn học tập và khả năng tự kiểm soát cao hơn. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đó đều cho rằng sinh viên lớn tuổi hơn có năng lực TĐHHT cao hơn do sinh viên thường có trải nghiệm học tập phong phú, từ đó hình thành ý thức trách nhiệm và khả năng tự định hướng rõ ràng hơn trong học tập [2],[6].

Ngoài ra, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa năng lực TĐHHT của sinh viên với năm học. Sinh viên các năm cuối có năng lực TĐHHT cao hơn so với năm thứ nhất. Thêm vào đó, sinh viên các năm cuối cũng có khả năng tự quản lý, mong muốn học tập, khả năng tự kiểm soát cao hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Slater & Cusick (2017), nghiên cứu của Visiers-Jiménez và cộng sự (2022). Hai nghiên cứu này đều khẳng định rằng năng lực TĐHHT tăng theo cấp độ đào tạo và thời gian học do được cải thiện nhờ kinh nghiệm học tập, thực hành lâm sàng và kỹ năng tổ chức thời gian [2, 6]. Do đó, chương trình đào tạo điều dưỡng cần tăng cường phát triển năng lực TĐHHT ngay từ năm đầu, đồng thời khuyến khích chia sẻ kinh

nghiệm học tập giữa các khoá sinh viên.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian tự học dài hơn có liên quan đáng kể đến năng lực TĐHHT ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, khẳng định vai trò của tự học trong việc nâng cao động lực và khả năng tự điều chỉnh học tập của sinh viên [3, 7]. Khi thời gian tự học tăng lên, sinh viên có nhiều cơ hội hơn để chủ động khám phá kiến thức, lên kế hoạch và tự điều chỉnh quá trình học tập của mình. Do đó, chương trình đào tạo điều dưỡng cần thiết kế khung giờ tự học hợp lý và định hướng phương pháp học tập để tối ưu hiệu quả tự học của sinh viên.

Sinh viên có việc làm thêm có năng lực TĐHHT cao hơn sinh viên không làm thêm ($p=0,018$). Bên cạnh đó, sinh viên có đi làm thêm có mong muốn học tập cao hơn sinh viên không làm thêm ($p=0,04$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Azmi và cộng sự (2024) tại Malaysia, cho thấy sinh viên điều dưỡng làm thêm trong bệnh viện có mức độ tự chủ học tập cao hơn và thường có kỹ năng quản lý thời gian, tổ chức công việc cá nhân tốt hơn [13]. Ngoài ra, nghiên cứu của Vasli và Asadiparvar-Masouleh (2024) cũng chỉ ra rằng kinh nghiệm làm thêm không chỉ giúp sinh viên có thái độ nghiêm túc hơn với việc học mà còn nâng cao kỹ năng tự học và tự điều chỉnh [14]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng lưu ý rằng việc làm thêm quá mức có thể ảnh hưởng tiêu cực đến thành tích học tập nếu không được cân bằng hợp lý. Do đó, mặc dù làm thêm có thể góp phần nâng cao năng

lực TĐHHT nhưng cần có chiến lược hỗ trợ sinh viên quản lý thời gian hiệu quả để tối ưu hóa lợi ích này.

Nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt giữa năng lực TĐHHT với giới tính và xếp loại học lực của học kỳ trước. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Bình Yên Quách và cộng sự (2025) khi nhóm tác giả không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa giới tính và năng lực TĐHHT trong nhóm sinh viên điều dưỡng [15]. Vì vậy, việc phát triển năng lực TĐHHT cần được lồng ghép trong suốt quá trình đào tạo, bất kể khác biệt về giới tính hay kết quả học tập của sinh viên.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hầu hết sinh viên điều dưỡng có năng lực TĐHHT ở mức cao. Tỷ lệ sinh viên có mong muốn học tập, khả năng tự quản lý và khả năng tự kiểm soát ở mức cao chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 87,0%; 68,5% và 62,4%. Sinh viên lớn tuổi hơn, năm thứ 3, có thời gian tự học trong ngày nhiều hơn và có đi làm thêm có năng lực TĐHHT cao hơn. Thông qua kết quả nghiên cứu, các chương trình đào tạo cần khuyến khích tăng thời gian tự học để nâng cao hiệu quả học tập và phát triển nghề nghiệp. Chương trình đào tạo cần tích hợp các hoạt động thúc đẩy năng lực TĐHHT, đặc biệt chú trọng đến sinh viên năm đầu.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. Routledge; 2015.
2. Visiers-Jiménez L, Alvisa P, Anna B, et al. Nursing students' self-directed learning abilities and related factors at graduation: a multi-country cross-sectional study. Nurs Open. 2022;9(3):1688–1699.
3. Thu NHA, Thi HL, Nhi NTH, Chi VTQ, My TT. Factors associated with self-directed learning among undergraduate nursing students in Vietnam. Nurse Educ Pract. 2024;78:104031.
4. Fisher MJ, King J, Tague G. Development of a self-directed learning readiness scale for nursing education. Nurse Educ Today. 2001;21:516–525.
5. Lee S, Kim DH, Chae SM. Self-directed learning and professional values of nursing students. Nurse Educ Pract. 2020;42:102647.
6. Slater CE, Cusick A. Factors related to self-directed learning readiness of students in health professional programs: a scoping review. Nurse Educ Today. 2017;52:28–33.
7. Bộ Giáo dục và Đào tạo. Quyết định phê duyệt khung trình độ quốc gia Việt Nam. Cục Quản Lý Chất Lượng; 2023. Available from: <https://vqa.moet.gov.vn/vi/thong-bao-quan-ly-vb-cc/cong-nhan-van-bang/quyet-dinh-phe-duyet-khung-trinh-do-quoc-gia-viet-nam-14.html>
8. Nguyễn Ngọc Diễm, Vũ Thị Tuyết, Đặng Thị Mỹ Hạnh. Mức độ sẵn sàng tự định hướng học tập của sinh viên điều dưỡng tại một số trường đại học và các yếu tố liên quan. Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên. 2023;228(12):46–52.
9. Brislin R.W. The wording and translation of research instruments: Field methods in cross-cultural research. Sage Publications Inc. 1986;137-164.
10. Krala N, Kafle S, Koirala A. Factors affecting self-directed learning readiness of the undergraduate nursing students from Purbanchal University, Nepal: a cross-sectional study. J Chitwan Med Coll. 2021;11(3):31–35.
11. Millanzi WC, Herman PZ, Hussein MR. The impact of facilitation in a problem-based pedagogy on self-directed

learning readiness among nursing students: a quasi-experimental study in Tanzania. BMC Nurs. 2021;20:242.

12. Örs M. The self-directed learning readiness level of the undergraduate students of midwife and nurse in terms of sustainability in nursing and midwifery education. Sustainability. 2018;10(10):3574.

13. Azmi B, Atan A, Azizah N, et al. Exploring reflective practice in clinical nursing education among nurse educators. Malays J Med Health Sci. 2024;20(3):165–173.

14. Mirzaei-Alavijeh M, Hosseini SN, Motlagh MI, Jalilian F. Academic self-efficacy and its relationship with academic variables among Kermanshah University of Medical Sciences students: a cross-sectional study. Pajouhan Sci J. 2018;16(2):28–34.

15. Quach TBY, Nguyen TPL, Huynh TPH. The clinical decision-making of Vietnamese nursing students and related factors: a cross-sectional survey. Belitung Nurs J. 2025;11(2):126–132.

Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của cán bộ y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam

Ngô Viết Lộc^{1*}, Nguyễn Thị Hương¹, Nguyễn Thị Yên²

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam

Tác giả liên hệ: Ngô Viết Lộc, email: nvloc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài ((Received): 18/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 24/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Văn hóa an toàn người bệnh là phần rất quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, đóng vai trò nền tảng của an toàn người bệnh, làm giảm sai sót y khoa. Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam thu hút lượng lớn bệnh nhân đến khám chữa bệnh, góp phần giải quyết gánh nặng quá tải cho các bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, theo số liệu về tỉ lệ sai sót, sự cố y khoa được báo cáo tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam những năm gần đây không cao, thấp hơn báo cáo trong nước và quốc tế, có những sự cố được phát hiện không phải do báo cáo. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng văn hoá an toàn người bệnh của cán bộ y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 500 cán bộ y tế từ tháng 06/2021 đến tháng 6/2022.

Kết quả: Trong 12 lĩnh vực an toàn người bệnh phân thành 3 nhóm lĩnh vực, chỉ có nhóm 3 lĩnh vực trong phạm vi bệnh viện được đánh giá là đạt mức độ tốt cao nhất 81,8%, nhóm 2 lĩnh vực kết quả liên quan đến an toàn người bệnh có mức độ tốt thấp nhất (44,6%).

Kết luận: Cần tăng cường cập nhật thay đổi lại quy trình báo cáo sự cố và khuyến khích nhân viên y tế chủ động báo cáo. Nâng cao vai trò của Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện trong thông tin phản hồi sai sót. Có kế hoạch đào tạo và thu hút nguồn nhân sự về làm việc tại bệnh viện, giảm áp lực cho nhân viên y tế.

Từ khoá: Văn hóa an toàn người bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam.

Situation of patient safety culture in medical staffs at Quang Nam General Hospital

Ngo Viet Loc^{1*}, Nguyen Thi Huong¹, Nguyen Thi Yen²

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Quang Nam General Hospital

Abstract

Background: A culture of patient safety is a very important part of improving healthcare quality, serving as the foundation of patient safety and reducing medical errors. Quang Nam General Hospital attracts a large number of patients for medical examination and treatment, contributing to solving the overcrowded burden of the last-level hospitals. However, according to the data on the reported rate of medical errors and incidents at Quang Nam General Hospital in recent years, it is not high, lower than domestic and international reports, and there are incidents that have been detected is not due to reporting. This study aimed to describe the current state of patient safety culture of medical staff at Quang Nam General Hospital.

Materials and Methods: Cross-sectional study on 500 medical staff from June 2021 to June 2022.

Results: Among the 12 areas of patient safety divided into 3 groups of areas, only group 3 areas within the hospital were assessed to achieve the highest level of good at 81.8%, group 2 result areas related to patient safety had the lowest level of good (44.6%).

Conclusion: Hospitals should update their incident reporting procedures and encourage medical staffs to proactively report them. Enhance the role of the Hospital Quality Management team in providing feedback on errors. Plan to train and attract human resources to work at the hospital, reducing pressure on medical staffs.

Keywords: Patient safety culture, Quang Nam General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (2011), an toàn người bệnh (ATNB) là làm giảm tối đa các sai sót xảy ra có nguy cơ gây tổn hại cho người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc y tế [1]. Để nâng cao an toàn người bệnh, việc thiết lập văn hóa an toàn người bệnh trong bệnh viện đóng vai trò nền tảng quan trọng. Theo kết quả khảo sát về văn hóa an toàn người bệnh trên 382.834 cán bộ y tế của 630 bệnh viện tại Hoa Kỳ (2018), có 65% cán bộ y tế được đánh giá tốt về công tác văn hóa an toàn người bệnh [2]. Tại Việt Nam, an toàn người bệnh và sự cố y khoa không mong muốn nói riêng chưa được nghiên cứu một cách hệ thống và đang trong quá trình hoàn thiện triển khai hệ thống ghi nhận, báo cáo và xử lý sự cố y khoa nâng cao chất lượng về an toàn người bệnh tại các bệnh viện [3, 4]. Trên thực tế, ở miền Trung Việt Nam còn ít nghiên cứu về vấn đề văn hóa an toàn người bệnh trong bối cảnh các nguy cơ xảy ra sự cố luôn tồn tại, có thể gây ảnh hưởng tới sức khỏe của người bệnh và chất lượng khám, chữa bệnh tại các bệnh viện. Nhằm giúp cung cấp một bức tranh đầy đủ hơn, hiểu biết sâu sắc hơn về văn hóa an toàn người bệnh (VHATNB), tạo một môi trường an toàn cho công tác khám, chữa bệnh tại bệnh viện chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu ***“Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của cán bộ y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam”*** với mục tiêu: *Mô tả thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của cán bộ y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cán bộ y tế (CBYT) gồm bác sỹ, điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên công tác từ 1 năm trở lên, có mặt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 06/2021 đến tháng 6/2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu là toàn bộ cán bộ y tế của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam, ngoại trừ những cán bộ

đi công tác, nghỉ thai sản, đi học hay nghỉ ốm. Toàn bệnh viện có 547 cán bộ y tế công tác từ 1 năm trở lên. Trong thời gian thu thập số liệu có 47 cán bộ y tế đi công tác, nghỉ thai sản, đi học, nghỉ ốm. Thực tế chọn được cỡ mẫu là 500 người.

- Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ khảo sát văn hóa ATNB của Cơ quan nghiên cứu và chất lượng chăm sóc sức khỏe (AHRQ) (Bản dịch tiếng Việt đã được Sở Y tế TP Hồ Chí Minh chuẩn hóa theo quy trình phiên dịch của AHRQ và đã được tổ chức này công nhận, cho phép sử dụng tại Việt Nam). Nội dung về văn hóa ATNB gồm 42 câu hỏi chia thành 12 lĩnh vực sử dụng thang đo Likert gồm 5 mức độ tăng dần từ 1 điểm đến 5 điểm để đánh giá. Các lĩnh vực được đánh giá bao gồm: 3 lĩnh vực về văn hóa ATNB phạm vi toàn bệnh viện, 7 lĩnh vực trong phạm vi khoa/ phòng và 2 lĩnh vực về kết quả liên quan đến an toàn người bệnh [5].

Nhóm nghiên cứu phối hợp với các điều dưỡng trưởng/hộ sinh trưởng/kỹ thuật viên trưởng của các khoa để tiến hành phát phiếu điều tra cho mỗi đối tượng nghiên cứu theo danh sách. Sau thời gian 3 ngày sau khi triển khai thu thập thông tin tại bệnh viện, nghiên cứu viên sẽ trực tiếp đến từng khoa để thu lại phiếu khảo sát.

- Nội dung nghiên cứu

Nội dung về văn hóa ATNB gồm 42 câu hỏi chia thành 12 lĩnh vực sử dụng thang đo Likert gồm 5 mức độ tăng dần từ 1 điểm đến 5 điểm để đánh giá. Với những câu hỏi diễn đạt ngược thì cho điểm ngược lại. Đánh giá văn hóa ATNB chung và từng lĩnh vực đạt mức tốt khi số điểm đạt được từ 80% trở lên.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để mô tả thực trạng văn hóa an toàn người bệnh.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đã thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế ngày 10/05/2021 (Mã số H2021/240). Nghiên cứu được Ban Giám đốc, Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam đồng ý chấp thuận trước khi tiến hành nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước

khi tiến hành khảo sát và được tiến hành sau khi đối tượng nghiên cứu tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin về cá nhân của đối tượng nghiên cứu được cam đoan giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu nữ giới chiếm 74,8% và nam giới chiếm 25,2%. Trình độ học vấn ở nhóm cao đẳng, trung học 63,4%, nhóm sau đại học 11%. Trong số CBYT tham gia khảo sát nhóm điều dưỡng chiếm tỉ lệ 51,4%, bác sỹ chiếm tỉ lệ 22,4%. Có đến 46,2% CBYT làm việc tại bệnh viện dưới 10 năm và 85,2% CBYT làm việc tại các khoa lâm sàng. Đa số CBYT đều trực gác ≥ 4 lần/tháng (78,2%) và có thời gian làm việc mỗi tuần tại bệnh viện ≥ 40 giờ (99,6%).

3.2. Nhận thức về văn hóa ATNB của cán bộ y tế đối với 3 lĩnh vực trong phạm vi bệnh viện

Bảng 1. Nhận thức về văn hóa ATNB của CBYT đối với 3 lĩnh vực trong phạm vi bệnh viện

Nội dung		Mức độ tốt		Mức độ chưa tốt	
		n	%	n	%
1. Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện về ATNB		491	98,2	9	1,8
1.1	Lãnh đạo tạo bầu không khí làm việc hướng tới ATNB	495	99,0	5	1,0
1.2	Lãnh đạo coi ATNB là ưu tiên hàng đầu trong khám chữa bệnh	486	97,2	14	2,8
1.3	Lãnh đạo chỉ quan tâm đến ATNB khi có sự cố nghiêm trọng xảy ra	412	82,4	88	17,6
2. Lĩnh vực làm việc nhóm giữa các khoa		461	92,2	39	7,8
2.1	Có sự phối hợp tốt giữa các khoa	478	95,6	22	4,4
2.2	Đảm bảo phục vụ tốt nhất cho người bệnh	485	97,0	15	3,0
2.3	Các khoa, phòng không phối hợp tốt với nhau	390	78,0	110	22,0
2.4	Cảm thấy không thoải mái khi làm việc với các nhân viên khoa khác	451	90,2	49	9,8
3. Lĩnh vực bàn giao và chuyển bệnh		394	78,8	106	21,2
3.1	Nhiều việc bị bỏ sót khi chuyển bệnh nhân từ khoa này sang khoa khác	399	79,8	101	20,2
3.2	Các thông tin quan trọng thường bị bỏ sót trong quá trình bàn giao ca trực	441	88,2	59	11,8
3.3	Nhiều vấn đề xảy ra trong quá trình trao đổi thông tin giữa các khoa, phòng	355	71,0	145	29,0
3.4	Thay đổi ca trực là vấn đề đáng lo đối với người bệnh	430	86,0	70	14,0
3 lĩnh vực về văn hóa ATNB phạm vi toàn bệnh viện		409	81,8	91	18,2

Văn hóa ATNB của CBYT ở lĩnh vực hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện đạt mức độ tốt chiếm tỉ lệ 98,2%. Lĩnh vực làm việc nhóm giữa các khoa đạt mức độ tốt chiếm tỉ lệ 92,2%. Văn hóa ATNB của CBYT ở lĩnh vực bàn giao và chuyển bệnh đạt mức độ tốt là 78,8%.

3.3. Nhận thức về văn hoá an toàn người bệnh của cán bộ y tế đối với 7 lĩnh vực trong phạm vi khoa/phòng

Bảng 2. Nhận thức về văn hoá an toàn người bệnh của cán bộ y tế đối với 7 lĩnh vực trong phạm vi khoa/phòng

Nội dung		Mức độ tốt		Mức độ chưa tốt	
		n	%	n	%
1. Lĩnh vực làm việc nhóm trong khoa		489	97,8	11	2,2
1.1	Mọi người trong khoa luôn hỗ trợ lẫn nhau	497	99,4	3	0,6
1.2	Nhân viên trong khoa luôn làm việc theo nhóm để hoàn thành	483	96,6	17	3,4
1.3	Mọi người trong khoa luôn tôn trọng nhau	495	99,0	5	1,0
1.4	Nhân viên trong khoa hỗ trợ lẫn nhau để hoàn thành công việc	486	97,2	14	2,8
2. Lĩnh vực lãnh đạo khuyến khích ATNB		480	96,0	20	4,0
2.1	Động viên khi nhân viên tuân thủ các quy trình ATNB	492	98,4	8	1,6
2.2	Luôn xem xét nghiêm túc các đề xuất trong cải tiến ATNB	488	97,6	12	2,4
2.3	Khi áp lực công việc tăng, muốn nhân viên làm việc nhanh hơn	468	93,6	32	6,4
2.4	Bỏ qua các vấn đề ATNB dù biết các lỗi lặp lại	485	97,0	15	3,0
3. Lĩnh vực học tập và cải tiến liên tục		493	98,6	7	1,4
3.1	Khoa chủ động triển khai các hoạt động đảm bảo ATNB	492	98,4	8	1,6
3.2	Các sai sót xảy ra đã giúp khoa thay đổi tích cực hơn	483	96,6	17	3,4
3.2	Khoa có đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp để cải tiến ATNB	482	96,4	18	3,6
4. Lĩnh vực thông tin và phản hồi sai sót		406	81,2	94	18,8
4.1	Nhân viên được phản hồi về những biện pháp cải tiến dựa trên báo cáo sự cố	384	76,8	116	23,2
4.2	Nhân viên được thông tin về các sai sót xảy ra	407	81,4	93	18,6
4.3	Khoa tổ chức thảo luận các biện pháp để phòng ngừa sai sót xảy ra	372	74,4	128	25,6
5. Lĩnh vực cởi mở trong thông tin về sai sót		146	29,2	354	70,8
5.1	Nhân viên thoải mái nói ra khi thấy có vấn đề ảnh hưởng đến người bệnh	362	72,4	138	27,6
5.2	Nhân viên cảm thấy thoải mái khi chất vấn những quyết định hoặc hành động của lãnh đạo	97	19,4	403	80,6
5.3	Nhân viên ngại hỏi khi thấy những việc dường như không đúng	139	27,8	361	72,2
6. Lĩnh vực nhân lực		173	34,6	327	65,4
6.1	Khoa có đủ nhân sự để làm việc	407	81,4	93	18,6
6.2	Nhân viên trong khoa phải làm việc nhiều thời gian hơn qui định	113	22,6	387	77,4

6.3	Khoa phải xin điều động thêm nhân lực để có thể chăm sóc người bệnh tốt nhất	222	44,4	278	55,6
6.4	Nhân viên khoa thường cố gắng làm thật nhiều và thật nhanh cho xong việc	334	66,8	166	33,2
7. Lĩnh vực hành xử không buộc tội khi có sai sót		278	55,6	222	44,4
7.1	Nhân viên cảm thấy bị thành kiến khi có sai sót	284	56,8	216	43,2
7.2	Khi có sự cố xảy ra, cá nhân được nêu tên thay vì vấn đề được phân tích	371	74,2	129	25,8
7.3	Nhân viên lo lắng các sai sót của họ bị ghi nhận vào hồ sơ cá nhân	121	24,2	379	75,8
7 lĩnh vực văn hóa ATNB phạm vi khoa/phòng		309	61,8	191	38,2

Văn hóa ATNB của CBYT ở lĩnh vực làm việc nhóm trong khoa, lãnh đạo khuyến khích ATNB, văn hóa ATNB của CBYT, văn hóa ATNB của CBYT ở lĩnh vực học tập và cải tiến liên tục đạt mức độ tốt rất cao (lần lượt chiếm 97,8%; 96,0% và 98,6%). Lĩnh vực thông tin và phản hồi sai sót mức độ tốt chiếm tỉ lệ 81,2%. Lĩnh vực cởi mở trong thông tin về sai sót là một trong những lĩnh vực có mức độ tốt đạt thấp, chỉ đạt 29,2%. Trong lĩnh vực nhân lực, có 18,6% nhân viên y tế đánh giá khoa nơi họ làm việc không có đủ nhân sự, có đến 77,4% cho rằng “nhân viên trong khoa phải làm việc nhiều thời gian hơn qui định để có thể chăm sóc người bệnh tốt nhất”. Văn hóa ATNB đạt mức độ tốt ở lĩnh vực hành xử không buộc tội khi có sai sót là 55,6%.

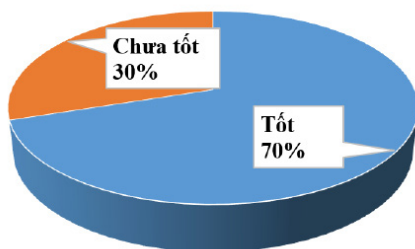
3.4. Nhận thức về văn hoá an toàn người bệnh của cán bộ y tế đối với 2 lĩnh vực về kết quả liên quan đến an toàn người bệnh

Bảng 3. Nhận thức về văn hoá an toàn người bệnh của cán bộ y tế đối với 2 lĩnh vực về kết quả liên quan đến an toàn người bệnh

TT		Nội dung	Mức độ tốt		Mức độ chưa tốt	
			n	%	n	%
1. Lĩnh vực nhận thức về ATNB			448	89,6	52	10,4
1.1	Sai sót nghiêm trọng không xảy ra ở khoa là do may mắn		450	90,0	50	10,0
1.2	Khoa luôn đặt vấn đề ATNB lên hàng đầu		408	81,6	92	18,4
1.3	Khoa có một số vấn đề không đảm bảo ATNB		449	89,8	51	10,2
1.4	Khoa có những quy trình và biện pháp hiệu quả để phòng ngừa sai sót xảy ra		488	97,6	12	2,4
2. Lĩnh vực tần suất báo cáo sự cố			276	55,2	224	44,8
2.1	Sự cố xảy ra nhưng được phát hiện trước khi ảnh hưởng đến người bệnh thường xuyên được báo cáo		329	65,8	171	34,2
2.2	Sự cố xảy ra trên người bệnh nhưng không gây hại thường xuyên được báo cáo		247	49,4	253	50,6
2.3	Sự cố xảy ra đáng lẽ gây hại cho người bệnh nhưng (may mắn) chưa gây hại thường xuyên được báo cáo		274	54,8	226	45,2
2 lĩnh vực về kết quả liên quan đến ATNB			223	44,6	277	55,4

Văn hóa ATNB đạt mức độ tốt ở lĩnh vực nhận thức về ATNB là 89,6%. Ở lĩnh vực tần suất báo cáo sự cố, văn hóa ATNB ở mức độ tốt chiếm tỉ lệ 55,2%.

3.5. Nhận thức chung văn hoá ATNB của CBYT đối với 12 lĩnh vực



Biểu đồ 1. Mức độ văn hóa ATNB của CBYT tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam

70% CBYT tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam được đánh giá là có văn hóa ATNB tốt và 30% CBYT được cho là có văn hóa ATNB chưa tốt.

4. BÀN LUẬN

Văn hóa ATNB của từng lĩnh vực trong 12 lĩnh vực đạt mức độ tốt dao động từ 29,2% - 98,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đồng so với các nghiên cứu trên thế giới ở một số lĩnh vực. Trong đó các lĩnh vực có tỉ lệ đạt mức độ tốt cao (> 90%): Sự hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện về ATNB, làm việc nhóm trong khoa/phòng, học tập và cải tiến liên tục... Bên cạnh có một số lĩnh vực có tỉ lệ đạt mức độ chưa tốt như: cởi mở trong thông tin về sai sót, tần suất báo cáo sự cố, nhân lực, hành xử không buộc tội khi có sai sót. Điều này cho thấy có sự phối hợp và hỗ trợ công việc trong khoa/phòng rất tốt giữa các nhân viên y tế tại bệnh viện và sự thúc đẩy, quan tâm của lãnh đạo bệnh viện về ATNB. Bên cạnh đó bệnh viện cần tập trung xem xét để cải thiện văn hoá về nội dung hành xử không buộc tội khi có sai sót cũng như cải thiện tình trạng nhân lực.

Lĩnh vực “Cởi mở trong thông tin về sai sót” chỉ đạt 29,2% ở mức độ tốt, đây là lĩnh vực thấp nhất trong 12 lĩnh vực văn hóa ATNB. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2017 (59,5%) [6]. Kết quả trên có thể là do cơ chế bệnh viện công - tư hay bệnh viện mang tính chất có sự tham gia của quốc tế. Khi phân tích từng tiểu mục trong lĩnh vực này cho thấy 80,6% nhân viên không cảm thấy thoải mái trong việc chất vấn những quyết định hoặc hành động của lãnh đạo và ngại hỏi khi thấy những điều dường như không đúng (72,2%), họ sợ tạo mâu thuẫn nên đều không dám hỏi hay báo cáo về sai sót của khoa, điều này làm hạn chế sự cởi mở trong thông tin về sai sót. Do đó, để nâng cao nhận thức về văn hóa ATNB lãnh đạo bệnh viện cần tăng cường

thực hiện các hoạt động truyền thông để nhân viên các khoa/phòng thoải mái nói ra khi thấy có vấn đề ảnh hưởng đến người bệnh, khi chất vấn những quyết định hoặc hành động của lãnh đạo cũng như đối diện khi thấy những việc không đúng. Điều đó góp phần hạn chế sai sót y khoa và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

Lĩnh vực “Nhân lực” cũng cần được quan tâm, lĩnh vực này tỉ lệ ở mức độ tốt đạt 34,6%, đa số NVYT cảm thấy khoa còn thiếu nhân lực. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Lâm Đồng II năm 2019 (46,8%) [7] hay nghiên cứu tại Rumani (39%) [8] và thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2020 (55,2%) [3], tại trung tâm y tế Lai Vung (Đồng Tháp, 2018) (51%) [9] hay tổ chức AHRQ năm 2016 (54%) [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng nhân viên phải đối mặt với khối lượng công việc khá lớn, hơn 50% trong số họ phải làm việc hơn 60 giờ mỗi tuần và 33,2% nhân viên cho rằng thường làm việc một cách vội vã, cố gắng làm thật nhiều, thật nhanh các công việc. Bên cạnh đó, sự hài lòng người bệnh càng được chú trọng và nhận được sự quan tâm lớn của Bộ Y tế, Sở Y tế đòi hỏi bệnh viện phải triển khai nhiều hoạt động và dịch vụ mới, điều này dẫn đến gia tăng khối lượng công việc và một số khoa/phòng xảy ra tình trạng quá tải công việc.

Lĩnh vực “Hành xử không buộc tội khi có sai sót” tỉ lệ ở mức độ tốt đạt 55,6%, kết quả này gần như tương đương với nghiên cứu tại Thái Bình (61,8%) [11], tại Bệnh viện đa khoa Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre (61%) [4], và cao hơn so với tổ chức AHRQ (45%) [10]. Khi có sự cố xảy ra, có tới 75,8% nhân viên lo lắng các sai sót của họ bị ghi nhận vào hồ sơ cá nhân và làm cơ sở để đánh giá thi đua và chỉ có 25,8% nhân viên cho rằng khoa đã tiếp cận vấn đề theo cách hệ thống (Cái gì? Tại sao?), chứ không tập trung vào yếu tố con người (Ai làm?). Điều này cho thấy cách chúng ta giải quyết những vấn đề, sự cố trong y khoa là luôn dựa trên cách tiếp cận con người - chúng ta chọn ra một cá nhân hoặc một nhóm người liên quan đến nguyên nhân trực tiếp của sự cố và buộc họ chịu trách nhiệm, thay vì tìm hiểu nguyên nhân gốc rễ của sự việc để giải quyết theo hệ thống. Hành động “quy trách nhiệm” này được xem là cản trở lớn nhất đối với việc nâng cao chất lượng chăm sóc của hệ thống y tế. Vì vậy, khi có một sự cố xảy ra cần được định hướng giải quyết là không quy kết để xử lý vi phạm mà là truy vết tìm nguyên nhân nhằm hỗ trợ các khoa/phòng phát hiện, điều chỉnh các sai sót.

Theo đánh giá chung văn hóa ATNB của NVYT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam đạt mức tốt chiếm tỉ lệ 70,0% (Biểu đồ 1), kết quả nghiên cứu

của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu (Bến Tre, 2017) (72,5%) [4], bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2020 (73,7%) [3]. Tuy nhiên lại cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Mộc Châu (Sơn La, 2019) (60,6%) [12] và các nghiên cứu trên thế giới được thực hiện tại Iran năm 2012 (55,7%) [13], tại Hoa Kỳ năm 2018 (65%) [2]. Có sự khác biệt này có thể là do đây là những quốc gia, khu vực có kinh tế phát triển và các dịch vụ an sinh xã hội được cung cấp ở mức cao do vậy nhận thức, đánh giá của NVYT cũng đòi hỏi phải ở mức cao hơn từ việc hoạt động cũng như cam kết của lãnh đạo bệnh viện nên nhận thức tích cực có tỉ lệ thấp hơn. Để nâng cao hơn nữa về văn hóa ATTN, bệnh viện cần tăng cường hướng dẫn nâng cao nhận thức về an toàn người bệnh của nhân viên. Đồng thời, lãnh đạo có các biện pháp phát triển khai báo sự cố y khoa về an toàn người bệnh. Điều

này góp phần nâng cao làm giảm tối đa các sai sót xảy ra có nguy cơ gây tổn hại cho người bệnh trong quá trình điều trị và chăm sóc y tế [1].

5. KẾT LUẬN

Trong 12 lĩnh vực an toàn người bệnh phân thành 3 nhóm lĩnh vực, chỉ có nhóm 3 lĩnh vực trong phạm vi bệnh viện được đánh giá là đạt mức độ tốt cao nhất 81,8%, nhóm 2 lĩnh vực kết quả liên quan đến an toàn người bệnh có mức độ tốt thấp nhất (44,6%). Cần nâng cao vai trò của Tổ Quản lý chất lượng bệnh viện trong thông tin phản hồi sai sót. Có kế hoạch đào tạo và thu hút nguồn nhân sự về làm việc tại bệnh viện, giảm áp lực cho nhân viên y tế.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Geneva: WHO. 2011.
2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture: User Comparative Database Report. U.S. Department of Health & Human Services. 2018.
3. Bùi TVA. Thực trạng văn hoá an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2020 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng. 2020.
4. Nguyễn TTT. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến văn hoá an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre, năm 2017 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng. 2017.
5. Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh. Công văn số 4233/SYT-NVY về việc Ban hành khuyến cáo xây dựng văn hóa an toàn người bệnh tại các bệnh viện; 2016.
6. Lê TT. Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh và các yếu tố ảnh hưởng đến văn hóa an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp năm 2017 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2017.
7. Huỳnh NT. Văn hóa an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Lâm Đồng II năm 2019 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2019.
8. Tereanu C, Ghelase MS, Sampietro G, Furtunescu FL, Dragoescu A, Molnar A, et al. Measuring patient safety culture in Romania using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Health Sci J*. 2017;43(1):31–40.
9. Ngô TTN. Văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Lai Vung, tỉnh Đồng Tháp năm 2018 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công cộng; 2018.
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. U.S. Department of Health & Human Services; 2016.
11. Nguyễn TTH. Thực trạng văn hoá an toàn người bệnh của nhân viên y tế và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2019 [Luận văn Thạc sĩ]. Thái Bình: Trường Đại học Y Dược Thái Bình; 2020.
12. Nguyễn THH, Trần TTHH, Nguyễn TT, Nguyễn TTA. Kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan đến an toàn người bệnh của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa Mộc Châu năm 2019. *TNU J Sci Technol*. 2019;1(226):112–9.
13. Arabloo J, Rezapour A, Ebadi F, Azar F, Mobasheri Y. Measuring patient safety culture in Iran using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS): an exploration of survey reliability and validity. *Int J Hosp Res*. 2012;1:15–28.

Khảo sát hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và các yếu tố liên quan

Hồ Thị Mỹ Yến¹, Nguyễn Thọ Toàn², Đặng Thị Thanh Phúc¹, Hoàng Thị Hà Vĩ³, Đào Nguyễn Diệu Trang^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

³ Sinh viên, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Đào Nguyễn Diệu Trang, email: dndtrang@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 28/8/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 28/9/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: An toàn người bệnh là một vấn đề sức khỏe toàn cầu và là chỉ số cốt lõi để đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe. Sinh viên điều dưỡng, những điều dưỡng viên tương lai, cần được đào tạo và thực hành các hoạt động quản lý an toàn người bệnh, góp phần nâng cao kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm thực hành an toàn người bệnh sau khi ra trường.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng và xác định các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 212 sinh viên điều dưỡng năm 3, 4 của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Sử dụng bộ công cụ có sẵn để đánh giá hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng.

Kết quả: Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình là $4,16/5 \pm 0,42$. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến hoạt động này bao gồm kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh và tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh ($p < 0,05$).

Kết luận: Đây là cơ sở cho việc xây dựng và bổ sung các nội dung về an toàn người bệnh trong chương trình giảng dạy đại học, nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và kinh nghiệm của sinh viên điều dưỡng trong việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh.

Từ khóa: an toàn người bệnh, hoạt động quản lý an toàn người bệnh, sinh viên điều dưỡng, PSMA.

Survey of patient safety management activities among nursing students at University of Medicine and Pharmacy, Hue University and influencing factors

Ho Thi My Yen¹, Nguyen Tho Toan², Dang Thi Thanh Phuc¹, Hoang Thi Ha Vi³, Dao Nguyen Dieu Trang^{1*}

¹ University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

³ Student, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Patient safety is a global health issue and a core indicator for evaluating the quality of healthcare. Nursing students, future nurses, need to be trained and practice patient safety management activities to enhance their knowledge, skills, and experience in patient safety practice after graduation.

Objectives: This study aims to evaluate nursing students' patient safety management activities and identify influencing factors.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study on 212 third- and fourth-year nursing students at University of Medicine and Pharmacy, Hue University. The patient safety management activities toolkit was used to evaluate nursing students' patient safety management activities.

Results: The average score of patient safety management activities was 4.16 ± 0.42 out of 5 points. Influencing factors include experience in patient safety and self-assessment of patient safety practice capacity ($p < 0.05$).

Conclusion: These results provide a basis for developing and supplementing patient safety content in university curricula, aiming to improve the knowledge, attitudes, and experience of nursing students in implementing patient safety management activities.

Key words: *patient safety, patient safety management activities, nursing student, PSMA.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh (ATNB) được xác định là một vấn đề sức khỏe toàn cầu [1]. An toàn người bệnh đề cập đến tình trạng người bệnh không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố có thể phòng ngừa được [2] và đây cũng là chỉ số cốt lõi để đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe [3]. Nếu sự an toàn người bệnh không được đảm bảo, sức khỏe và tính mạng của họ có thể bị đe dọa, điều này làm tăng gánh nặng bệnh tật, tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe, dẫn đến giảm uy tín của nhân viên y tế và bệnh viện [4]. Do đó, các hoạt động quản lý an toàn người bệnh là hoàn toàn cần thiết góp phần ngăn ngừa và quản lý sự xuất hiện của các sự cố cho người bệnh [5].

Trong các nhóm chuyên gia y tế thì điều dưỡng viên là nhóm thường xuyên tiếp xúc trực tiếp và tương tác chặt chẽ với người bệnh cũng như người nhà bệnh nhân nhất, do đó họ đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh trong suốt quá trình nằm viện thông qua các hoạt động quản lý an toàn người bệnh [1], [4]. Các hoạt động quản lý an toàn người bệnh là khác nhau giữa các điều dưỡng viên, điều này phụ thuộc vào trình độ, năng lực, kỹ năng và kinh nghiệm lâm sàng của điều dưỡng [4]. Do đó, sinh viên điều dưỡng, những điều dưỡng viên tương lai, cần được đào tạo và thực hành các hoạt động quản lý an toàn người bệnh, góp phần nâng cao kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm thực hành an toàn người bệnh sau khi ra trường.

Trên thế giới, các nghiên cứu về hoạt động quản lý an toàn người bệnh đã được quan tâm thực hiện trong những năm gần đây. Tại Hàn Quốc, nghiên cứu của Jang (2018) cho thấy hoạt động quản lý an toàn người bệnh được sinh viên điều dưỡng thực hiện với tần suất cao ($4,22 \pm 0,55$); trong đó, các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là kiến thức và thái độ về an toàn người bệnh [6]. Nghiên cứu của Kang và cộng sự (2020) cho kết quả hoạt động quản lý an toàn người bệnh được sinh viên điều dưỡng thực hiện với tần suất trên mức trung bình ($4,09 \pm 0,44$);

trong đó, đào tạo về an toàn người bệnh, sự hài lòng với thực hành lâm sàng và địa điểm đào tạo thực hành lâm sàng là các yếu tố có ảnh hưởng đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng [7]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào đánh giá kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về an toàn người bệnh. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thiêm và cộng sự (2016) cho thấy tỉ lệ điều dưỡng có kiến thức và thực hành đạt về an toàn người bệnh lần lượt là 78,3% và 88,7% [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2022) cho kết quả điều dưỡng và hộ sinh đạt kiến thức chung và thực hành đúng về an toàn người bệnh lần lượt là 78,5% và 84,2% [9]. Qua đó, có thể thấy rằng những nghiên cứu về hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng và cụ thể là sinh viên điều dưỡng ở Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế là đơn vị chuyên môn đào tạo, nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực điều dưỡng với hơn 25 năm kinh nghiệm, hàng năm số lượng sinh viên tốt nghiệp tại khoa khoảng hơn 200 người. Sinh viên điều dưỡng năm 3, 4 của Khoa được tham gia thực hành lâm sàng tại bệnh viện dưới sự hướng dẫn của giảng viên cùng với điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng. Bên cạnh các hoạt động sinh viên được thực hành thường xuyên như kiểm tra đúng người bệnh, giao tiếp giữa các nhân viên y tế, kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng ngừa té ngã; vẫn còn các hoạt động sinh viên chưa được tiếp cận đầy đủ như quản lý thuốc nguy cơ cao, kiểm tra phẫu thuật chính xác. Việc truyền đạt kiến thức, chia sẻ kinh nghiệm cho sinh viên điều dưỡng về các hoạt động quản lý an toàn người bệnh luôn được khoa quan tâm thực hiện. Để cung cấp cơ sở cho việc xây dựng và bổ sung các nội dung về an toàn người bệnh trong chương trình giảng dạy đại học, nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và kỹ năng của sinh viên điều dưỡng trong việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Khảo sát hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và các yếu tố liên quan**” với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của đối tượng trên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên sinh viên điều dưỡng năm 3, 4 của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sinh viên điều dưỡng năm 3, 4 đã thực hành lâm sàng tại Bệnh viện.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Vắng mặt trong thời gian khảo sát hoặc không hoàn thành phiếu khảo sát.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế, từ tháng 4/2025 đến tháng 6/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một trung bình:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{\sigma^2}{d^2}$$

Trong đó, n: cỡ mẫu nghiên cứu, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với độ tin cậy 95%, d: sai số tuyệt đối.

Chọn d = 0,05, $\sigma = 0,37$ (độ lệch chuẩn trong nghiên cứu của Cho và cộng sự (2016) [10]).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu n = 210, thực tế chúng tôi khảo sát được trên 212 sinh viên điều dưỡng.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Chúng tôi tiến hành thống kê tổng số sinh viên điều dưỡng của 2 khối lớp năm 3 và 4.

- Sau đó, chúng tôi tiến hành thông báo cho sinh viên về mục đích và nội dung nghiên cứu cũng như quyền lợi, nghĩa vụ của đối tượng tham gia nghiên cứu và lập danh sách sinh viên điều dưỡng đồng ý tham gia khảo sát.

2.3.4. Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ khảo sát bao gồm 2 phần:

- Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, năm học, mức độ hài lòng với ngành học, mức độ hài lòng với thực hành lâm sàng, đào tạo về an toàn người bệnh, kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh (bao gồm những biện pháp, hành động mà sinh viên

tích lũy được trong quá trình thực hành lâm sàng nhằm đảm bảo an toàn cho người bệnh), chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố và tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh. Trong đó, mức độ hài lòng với ngành học và mức độ hài lòng với thực hành lâm sàng được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất không hài lòng) đến 5 (rất hài lòng); tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất kém) đến 5 (rất tốt).

- Phần 2: Bộ công cụ hoạt động quản lý an toàn người bệnh (PSMA: The patient safety management activities) đã được phát triển bởi Park và Kim (2019) để đánh giá hoạt động quản lý an toàn người bệnh với độ đặc hiệu và độ tin cậy cao, Cronbach's $\alpha = 0,89$ [11]. Bộ công cụ gồm 24 mục chia thành 6 lĩnh vực:

+ Kiểm tra đúng người bệnh (4 mục)

+ Giao tiếp giữa các nhân viên y tế (5 mục)

+ Quản lý thuốc nguy cơ cao (2 mục)

+ Kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác (3 mục)

+ Kiểm soát nhiễm khuẩn (7 mục)

+ Phòng ngừa té ngã (3 mục)

Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm, trong đó:

+ 1: không phải lúc nào cũng vậy

+ 2: không phải vậy

+ 3: không có ý kiến

+ 4: đúng như vậy

+ 5: luôn luôn như vậy

Điểm cao hơn tương ứng với tần suất của việc thực hiện hoạt động quản lý an toàn người bệnh cao hơn.

- Sau khi nhận được sự đồng ý của tác giả, bộ công cụ PSMA được dịch sang tiếng Việt theo quy trình dịch của WHO [12] và nghiên cứu thử, kiểm tra độ tin cậy và tính phù hợp trước khi tiến hành điều tra. Bộ công cụ đã được tiến hành nghiên cứu thử với 30 đối tượng có cùng đặc điểm với mẫu, kết quả cho thấy độ tin cậy cao (Cronbach's $\alpha = 0,906$) và trong nghiên cứu này, độ tin cậy Cronbach's $\alpha = 0,896$.

2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thống kê mô tả như giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tần số, tỉ lệ phần trăm. Dữ liệu được kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov (trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình PSMA có $p > 0,05$ nên có phân phối chuẩn). Kiểm định mối liên quan giữa hai biến bằng cách sử dụng Independent Samples T-test, One-Way ANOVA có phân tích sâu Post-hoc và tương quan Pearson. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế (mã số: H2025/432 ngày 23/5/2025).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 212)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	ĐTB ± ĐLC = 21,28 ± 0,77 (20 - 25)		
Giới tính	Nam	10	4,7
	Nữ	202	95,3
Dân tộc	Kinh	205	96,7
	Khác	7	3,3
Tôn giáo	Không	197	92,9
	Có	15	7,1
Năm học	Năm 3	128	60,4
	Năm 4	84	39,6
ĐTB ± ĐLC = 3,37 ± 0,75 (1 - 5)			
Mức độ hài lòng với ngành học	Không hài lòng	11	5,2
	Bình thường	116	54,7
	Hài lòng	85	40,1
ĐTB ± ĐLC = 3,37 ± 0,80 (1 - 5)			
Mức độ hài lòng với thực hành lâm sàng	Không hài lòng	21	9,9
	Bình thường	93	43,9
	Hài lòng	98	46,2
Đào tạo về ATNB	Có	161	75,9
	Chưa	51	24,1
Kinh nghiệm về thực hành ATNB	Có	141	66,5
	Chưa	71	33,5
Chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố	Có	135	63,7
	Chưa	77	36,3

Tự đánh giá năng lực thực hành ATNB	ĐTB ± ĐLC = 3,07 ± 0,65 (1 - 5)		
	Kém	21	9,9
	Bình thường	152	71,7
	Tốt	39	18,4

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn
Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 21,28 ± 0,77. Trong đó, 95,3% là giới tính nữ; 96,7% là dân tộc kinh; 92,9% không theo tôn giáo. Có 60,4% là sinh viên năm 3 và 39,6% là sinh viên năm 4.

Mức độ hài lòng với ngành học có điểm trung bình là 3,37 ± 0,75, trong đó sinh viên có thái độ bình thường với ngành học chiếm tỉ lệ cao nhất (54,7%). Mức độ hài lòng với thực hành lâm sàng có điểm trung bình là 3,37 ± 0,80, trong đó sinh viên có thái độ hài lòng chiếm tỉ lệ cao nhất (46,2%).

Có 75,9% sinh viên cho rằng đã được đào tạo về ATNB, 66,5% sinh viên có kinh nghiệm về thực hành ATNB và 63,7% sinh viên đã chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố. Tự đánh giá năng lực thực hành ATNB có điểm trung bình là 3,07 ± 0,65, trong đó, có 71,7% sinh viên tự đánh giá ở mức bình thường.

3.2. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Bảng 2. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng (N = 212)

Lĩnh vực nghiên cứu	ĐTB	ĐLC	Khoảng
Kiểm tra đúng người bệnh	4,29	0,63	1,50 - 5,00
Giao tiếp giữa các nhân viên y tế	3,86	0,61	1,40 - 5,00
Quản lý thuốc nguy cơ cao	3,91	0,68	2,50 - 5,00
Kiểm tra phẫu thuật/ ngoại khoa chính xác	4,24	0,56	2,00 - 5,00
Kiểm soát nhiễm khuẩn	4,35	0,55	2,71 - 5,00
Phòng ngừa té ngã	4,11	0,58	2,00 - 5,00
Hoạt động quản lý ATNB (PSMA)	4,16	0,42	2,83 - 5,00

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn
Hoạt động quản lý ATNB của sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình là 4,16 ± 0,42, dao động từ 2,83 đến 5,00 điểm; trong đó, lĩnh vực có điểm trung bình cao nhất là kiểm soát nhiễm khuẩn với 4,35 ± 0,55; lĩnh vực có điểm trung bình thấp nhất là giao tiếp giữa các nhân viên y tế với 3,86 ± 0,61.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với hoạt động quản lý an toàn người bệnh (N = 212)

Đặc điểm chung		PSMA	
		ĐTB ± ĐLC	P
Tuổi		r = -0,088	0,202***
Giới tính	Nam	4,19 ± 0,32	0,815*
	Nữ	4,16 ± 0,43	
Dân tộc	Kinh	4,16 ± 0,42	0,900*
	Khác	4,14 ± 0,44	
Tôn giáo	Không	4,16 ± 0,43	0,928*
	Có	4,15 ± 0,37	
Năm học	Năm 3	4,20 ± 0,45	0,060*
	Năm 4	4,09 ± 0,38	
Mức độ hài lòng với ngành học	Không hài lòng	4,28 ± 0,28	0,342**
	Bình thường	4,14 ± 0,39	
	Hài lòng	4,16 ± 0,48	
Mức độ hài lòng với thực hành lâm sàng	Không hài lòng	4,13 ± 0,49	0,936**
	Bình thường	4,16 ± 0,38	
	Hài lòng	4,16 ± 0,45	
Đào tạo về ATNB	Có	4,17 ± 0,42	0,404*
	Chưa	4,11 ± 0,45	
Kinh nghiệm về thực hành ATNB	Có	4,21 ± 0,38	0,018*
	Chưa	4,05 ± 0,48	
Chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố	Có	4,19 ± 0,38	0,208*
	Chưa	4,10 ± 0,49	
Tự đánh giá năng lực thực hành ATNB	Kém ^a	4,16 ± 0,40	0,013**
	Bình thường ^b	4,11 ± 0,42 ^{bc}	
	Tốt ^c	4,33 ± 0,39	

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

*: kiểm định Independent Samples T-test

** : kiểm định One-Way ANOVA có phân tích sâu Post-hoc với abc là đại diện cho các giá trị của biến tương ứng.

***: tương quan Pearson

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kinh nghiệm về thực hành ATNB với hoạt động quản lý ATNB của sinh viên điều dưỡng (p = 0,018), trong đó sinh viên có kinh nghiệm về thực hành ATNB có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý ATNB cao hơn sinh viên chưa có kinh nghiệm. Tự đánh giá năng lực thực hành ATNB có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với hoạt động quản lý ATNB của sinh viên điều dưỡng (p = 0,013), trong đó sinh viên đánh giá tốt có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý ATNB cao hơn sinh viên đánh giá bình thường.

4. BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình của hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng đạt được trên mức trung bình (4,16 ± 0,42). Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Kim (2021) với điểm trung bình hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là 4,18 ± 0,48 [4]. Điều này cho thấy sinh viên điều dưỡng đã nhận thức rõ tầm quan trọng của việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với kết quả nghiên cứu của Kang và cộng sự (2020) với hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình là 4,09 ± 0,44 [7]. So sánh với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2020) cho kết quả hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình là 4,07 ± 0,59, kết quả của chúng tôi cũng cao hơn [5]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của Jang (2018) với điểm trung bình của hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là 4,22 ± 0,55 [6]. Kết quả này cũng thấp hơn với nghiên cứu của Kim (2022) với điểm trung bình các hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là 4,65 ± 0,47 [13]. Khi so sánh với các nghiên cứu khác trên điều dưỡng, điểm trung bình hoạt động quản lý an toàn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn, nghiên cứu của Huh và cộng sự (2021) với điểm trung bình là 4,52 ± 0,42 [14], nghiên cứu của Kim và cộng sự (2022) với điểm trung bình là 4,30 ± 0,48 [15] và nghiên cứu của Lee và cộng sự

(2024) với điểm trung bình là $4,77 \pm 0,42$ [16]. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, các điều kiện về học tập và thực hành lâm sàng.

Về các lĩnh vực của hoạt động quản lý an toàn người bệnh, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả điểm trung bình của các lĩnh vực: kiểm tra đúng người bệnh, giao tiếp giữa các nhân viên y tế, quản lý thuốc nguy cơ cao, kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác, kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa té ngã lần lượt là $4,29 \pm 0,63$; $3,86 \pm 0,61$; $3,91 \pm 0,68$; $4,24 \pm 0,56$; $4,35 \pm 0,55$; $4,11 \pm 0,58$. Điều này cho thấy sinh viên điều dưỡng đã chú trọng đến các hoạt động kiểm tra đúng người bệnh, kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác, kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa té ngã. Các hoạt động giao tiếp giữa các nhân viên y tế và quản lý thuốc nguy cơ cao chỉ ở trên mức trung bình, điều này có thể do là sinh viên nên việc giao tiếp với các nhân viên bệnh viện trong công việc hằng ngày còn nhiều trở ngại cũng như các hoạt động yêu cầu sự tỉ mỉ thì sinh viên vẫn chưa được cho phép thực hiện thường xuyên mà chỉ một vài sinh viên được thực hiện dưới sự giám sát của các giảng viên hoặc điều dưỡng lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2022) với các lĩnh vực nhận định người bệnh, giao tiếp giữa các nhân viên y tế, quản lý thuốc nguy cơ cao, kiểm tra thủ thuật và phẫu thuật chính xác, kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa té ngã lần lượt có điểm trung bình là $4,38 \pm 0,57$; $4,02 \pm 0,63$; $4,40 \pm 0,59$; $4,40 \pm 0,59$; $4,39 \pm 0,54$; $4,27 \pm 0,64$ [15]. Kết quả này cũng thấp hơn với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2024) với các lĩnh vực nhận định người bệnh, giao tiếp giữa các nhân viên y tế, quản lý thuốc nguy cơ cao, kiểm tra thủ thuật và phẫu thuật chính xác, kiểm soát nhiễm khuẩn và phòng ngừa té ngã lần lượt có điểm trung bình là $4,51 \pm 0,39$; $4,61 \pm 0,45$; $4,01 \pm 0,76$; $4,55 \pm 0,61$; $4,55 \pm 0,51$; $4,66 \pm 0,46$ [16]. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đó có thể là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, các điều kiện về học tập và thực hành lâm sàng, tuy nhiên các lĩnh vực đều cho kết quả trên mức trung bình, điều này cho thấy sinh viên điều dưỡng đã được đào tạo, rèn luyện kỹ năng cũng như đã được nâng cao nhận thức trong việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn cho người bệnh trong học phần điều dưỡng cơ sở cũng như trong các học phần lâm sàng.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với hoạt động quản

lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh ($p = 0,018$) và tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh ($p = 0,013$). Sinh viên điều dưỡng có kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh và đánh giá tốt về năng lực thực hành an toàn người bệnh có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh cao hơn sinh viên chưa có kinh nghiệm và đánh giá bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trước đây, một số nghiên cứu đã phát hiện rằng kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh có tác động đáng kể đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng [14, 17, 18]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn phát hiện thêm một yếu tố khác có tác động đáng kể đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng, đó là tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh.

Bên cạnh đó, các nghiên cứu trên thế giới cũng đã tìm ra các yếu tố khác có tác động đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng là năng lực điều dưỡng, học tập không chính thức [4]; đạo đức điều dưỡng, sự hài lòng với ngành học [5]; kiến thức và thái độ về an toàn người bệnh [6]; sự hài lòng với thực hành lâm sàng và địa điểm đào tạo thực hành lâm sàng [7]; đào tạo về an toàn người bệnh [7, 13]. Điều này có thể do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đó, thời điểm nghiên cứu và điều kiện thực hành lâm sàng, học tập của mỗi khu vực.

4.3. Hạn chế và hướng phát triển nghiên cứu

Đây chỉ là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát một số sinh viên điều dưỡng tại một trường đại học nên chưa mang tính đại diện cho toàn bộ sinh viên điều dưỡng Việt Nam. Hơn nữa, nghiên cứu chỉ sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nên chưa khai thác hết các vấn đề liên quan đến chủ đề nghiên cứu. Một điểm hạn chế nữa của nghiên cứu, đó là việc đánh giá kinh nghiệm về thực hành ATNB của sinh viên điều dưỡng chưa đánh giá được mức độ, mà chỉ đánh giá ở khía cạnh có hay không có kinh nghiệm.

Chính vì vậy, nên có nghiên cứu định tính sâu hơn để đánh giá được các hoạt động quản lý an toàn người bệnh mà sinh viên điều dưỡng đang còn hạn chế để xây dựng kế hoạch nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng của sinh viên điều dưỡng trong việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Sau khi khảo sát hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng và các yếu tố liên quan, chúng tôi rút ra được một số kết luận sau: hoạt

động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng có điểm trung bình là $4,16 \pm 0,42$, trong đó lĩnh vực có điểm trung bình cao nhất là kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,35 \pm 0,55$); lĩnh vực có điểm trung bình thấp nhất là giao tiếp giữa các nhân viên y tế ($3,86 \pm 0,61$). Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh và tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng.

Kết quả thu được là cơ sở cho việc xây dựng và

bổ sung các nội dung về an toàn người bệnh trong chương trình giảng dạy đại học, cụ thể có thể tích hợp vào các học phần điều dưỡng cơ sở bằng các phương pháp giảng dạy tích cực như mô phỏng tình huống, ca lâm sàng, ..., nhằm nâng cao kiến thức, thái độ và kinh nghiệm của sinh viên điều dưỡng trong việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nghiên cứu này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi JH, Kim K. A structural equation model for the patient safety competency of clinical nurses. *PeerJ*. 2024;12:18462-77.
2. Park O, Jeon M, Kim M, Kim B, Jeong H. The effects of a simulation-based patient safety education program on compliance with patient safety, perception of patient safety culture, and educational satisfaction of operating room nurses. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(21):2824-36.
3. Tai C, Chen D, Zhang Y, Teng Y, Li X, Ma C. Exploring the influencing factors of patient safety competency of clinical nurses: a cross-sectional study based on latent profile analysis. *BMC Nursing*. 2024;23(1):154-65.
4. Kim NY. Nursing students' informal learning of patient safety management activities. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(12):1635-43.
5. Kim E, Kang SJ. The effects of nursing ethics and major satisfaction on patient safety management activities of nursing students. *Medico Legal Update*. 2020;20(1):1766-71.
6. Jang KS. Factors influencing the patient safety management activity of nursing students. *J Korean Acad Soc Nurs Educ*. 2018;24(4):358-66.
7. Kang M, Jang Y and Song UR. Factors affecting the patient safety management activity of nursing students: A quantile regression approach. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2020;26(3):230-40.
8. Nguyễn XT, Nguyễn HT, Nguyễn VH và Nguyễn THT. Kiến thức, thực hành về an toàn người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017;27(6):152.
9. Nguyễn TH. Kiến thức, thái độ, thực hành về an toàn người bệnh của điều dưỡng lâm sàng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2022. Hà Nội: Trường Đại học Thăng Long; 2023.
10. Cho S-D, Heo SE and Moon DH. A convergence study on the hospital nurse's perception of patient safety culture and safety nursing activity. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2016;7(1):125-36.
11. Park H-H, Kim S. A structural equation model of nurses' patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2019;25(2):63-72.
12. WHO. WHO guidelines on translation and adaptation of instruments [Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/].
13. Kim NY. Patient safety management activities of nursing university students: Focus on the theory of planned behavior. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2022;36(1):47-58.
14. Huh A, Shin JH. Person-centered care practice, patient safety competence, and patient safety nursing activities of nurses working in Geriatric hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5169-80.
15. Kim JS, Kim J-S. Association of job crafting and perception of patient safety culture with patient safety management activities among hospital nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2022;28(4):382-92.
16. Lee Y, Hwang WJ. The impact of nurse's sense of calling, organizational commitment, job stress, and nursing work environment on patient safety management activities in comprehensive nursing care service units during the covid-19 pandemic. *BMC Nurs*. 2024;23(1):311-24.
17. Jang H-E, Song Y and Kang HY. Nurses' perception of patient safety culture and safety control in patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2017;23(4):450-9.
18. Lee YM, Oh H. The influence of patient safety culture and patient safety error experience on safety nursing activities of Emergency nurses in South Korea. *J Emerg Nurs*. 2020;46(6):838-47.

Năng lực an toàn người bệnh ở sinh viên điều dưỡng năm cuối: Vai trò của sự tự tin và tư duy phản biện

Dương Thị Kiều Trang*, Trần Thị Tuyết Linh, Võ Thị Xoan,
Ngô Thị Thu Huyền, Lưu Thị Thủy

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Tác giả liên hệ: Dương Thị Kiều Trang, email: dtkttrang@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 30/08/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 22/9/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Năng lực an toàn người bệnh là một năng lực cốt lõi trong đào tạo điều dưỡng, có vai trò quan trọng trong bảo đảm chất lượng chăm sóc và giảm thiểu sự cố y khoa. Tuy nhiên, tại Việt Nam còn ít nghiên cứu đánh giá năng lực này ở sinh viên điều dưỡng. Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát năng lực an toàn người bệnh ở sinh viên điều dưỡng năm cuối và mối liên quan của sự tự tin, tư duy phản biện đối với năng lực an toàn người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 241 sinh viên điều dưỡng chính quy năm cuối. Bộ công cụ sử dụng gồm: Thang đo Sự tự tin vào bản thân (GSE), Thang đo Tư duy phản biện (YCTD) và Thang đo Năng lực an toàn người bệnh (H-PEPSS). Dữ liệu được xử lý bằng thống kê mô tả, kiểm định T-test, ANOVA, tương quan Pearson và hồi quy đa biến bội.

Kết quả: Điểm trung bình chung về năng lực an toàn người bệnh là $4,04 \pm 0,35$ trên 5 điểm. Trong các lĩnh vực, điểm cao nhất là giao tiếp hiệu quả ($4,23 \pm 0,51$) và thấu hiểu yếu tố con người - môi trường ($4,11 \pm 0,53$), thấp nhất là nhận biết và ứng phó sự cố bất lợi ($3,89 \pm 0,48$). Năng lực an toàn người bệnh có mối tương quan thuận với sự tự tin vào bản thân ($r = 0,39$; $p < 0,001$) và tư duy phản biện ($r = 0,56$; $p < 0,001$). Ngược lại các yếu tố nhân khẩu học và trải nghiệm sự cố y khoa không có liên quan có ý nghĩa thống kê đến năng lực an toàn người bệnh ($p > 0,05$). Hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy mô hình giải thích 32,5% biến thiên năng lực an toàn người bệnh, với sự tự tin bản thân ($\beta = 0,151$; $p = 0,014$) và tư duy phản biện ($\beta = 0,484$; $p < 0,001$) là hai yếu tố dự báo quan trọng.

Kết luận: Sinh viên điều dưỡng năm cuối có mức năng lực an toàn người bệnh tương đối cao. Sự tự tin vào bản thân và tư duy phản biện là những yếu tố quan trọng liên quan đến năng lực này. Cần chú trọng phát triển các kỹ năng trên trong đào tạo nhằm nâng cao an toàn người bệnh trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: năng lực an toàn người bệnh; sinh viên điều dưỡng; sự tự tin; tư duy phản biện; yếu tố liên quan.

Patient safety competence among final-year nursing students: The influence of self - efficacy and critical thinking

Duong Thi Kieu Trang*, Tran Thi Tuyet Linh, Vo Thi Xoan,
Ngo Thi Thu Huyen, Luu Thi Thuy

Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy

Abstract

Background: Patient safety competence is a core competency in nursing education, playing an essential role in ensuring the quality of care and minimizing medical errors. However, in Vietnam, few studies have evaluated this competence among nursing students. This study aimed to examine patient safety competence among final-year nursing students and its association with self-efficacy and critical thinking.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 241 final-year nursing students. Data were collected using the General Self-Efficacy Scale (GSE), Yoon's Critical Thinking Disposition (YCTD), and the Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS). Statistical analyses included descriptive statistics, independent t-test, ANOVA, Pearson correlation, and multiple linear regression.

Results: The overall mean score of patient safety competence was 4.04 ± 0.35 on a 5-point scale. Among subdomains, the highest scores were effective communication (4.23 ± 0.51) and understanding human and environmental factors (4.11 ± 0.53), while the lowest was recognizing and responding to adverse events (3.89 ± 0.48). Patient safety competence was positively correlated with self-efficacy ($r = 0.39$; $p < 0.001$) and critical thinking disposition ($r = 0.56$; $p < 0.001$). Conversely, Demographic characteristics and experiences related to medical errors were not significantly associated with overall patient safety competence ($p > 0.05$). Results of the multiple linear regression indicated that the model explained 32.5% of the variance in patient safety competence. Among the independent variables, self-efficacy ($\beta = 0.151$, $p = 0.014$) and critical thinking ($\beta = 0.484$, $p < 0.001$) were identified as key predictors.

Conclusions: Final-year nursing students demonstrated relatively high levels of patient safety competence. Self-efficacy and critical thinking were key factors influencing this competence. Educational programs should emphasize the development of these skills to enhance patient safety in clinical practice.

Keywords: *patient safety competence; nursing students; self-efficacy; critical thinking; associated factors.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh được coi là một trong những ưu tiên hàng đầu của hệ thống y tế, đồng thời là chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng dịch vụ chăm sóc và điều trị. Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2023 cho thấy mỗi năm có hơn 3 triệu trường hợp tử vong liên quan đến sự cố y khoa, và trung bình cứ 10 người bệnh thì có 1 người chịu ảnh hưởng bởi hoạt động chăm sóc không an toàn [1]. Tại Việt Nam, trong giai đoạn 2019 - 2022, chỉ có 540/1539 bệnh viện (35%) triển khai báo cáo sự cố y khoa, với tổng cộng 96.815 sự cố y khoa được ghi nhận, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ/ngành có tỉ lệ bệnh viện báo cáo sự cố và số lượng sự cố y khoa ghi nhận thấp nhất [2]. Một nghiên cứu tại khu vực phía Bắc Việt Nam ghi nhận nguyên nhân phổ biến nhất của sự cố y khoa xuất phát từ nhân viên y tế (61,8%) [3]. Những bằng chứng này nhấn mạnh rằng đảm bảo an toàn người bệnh không chỉ là yêu cầu chuyên môn mà còn là trách nhiệm pháp lý bắt buộc đối với các cơ sở y tế.

Điều dưỡng chính là lực lượng chăm sóc chính trong hệ thống sức khỏe, có vai trò then chốt trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh. Sinh viên điều dưỡng, đặc biệt là sinh viên năm cuối chính là lực lượng kế thừa, sẽ trực tiếp tham gia vào thực hành lâm sàng sau khi tốt nghiệp. Do đó, việc hình thành và phát triển năng lực an toàn người bệnh ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Bên cạnh kiến thức và kỹ năng chuyên môn, các yếu tố tâm lý, nhận thức như sự tự tin và tư duy phản biện được xem là những yếu tố có ảnh hưởng mạnh mẽ đến năng lực an toàn người bệnh [4, 5]. Sự tự tin giúp nâng cao động lực, hiệu suất lâm sàng và sự hài lòng trong công việc, qua đó góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc [6]. Trong khi đó, tư duy phản biện hỗ trợ phân tích, đánh giá và đưa ra quyết định đúng đắn trong các bối cảnh lâm sàng phức tạp [7].

Nghiên cứu của chúng tôi vận dụng khung lý thuyết tích hợp gồm Nhận thức xã hội của Bandura [8], Thuyết hành vi có kế hoạch của Ajzen [9] và Mô hình phán đoán lâm sàng của Tanner [10]. Từ đó, chúng tôi giả định sự tự tin và tư duy phản biện ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi, tư duy, phán đoán về an toàn, qua đó nâng cao năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng. Tại Việt Nam, nội dung giáo dục về an toàn người bệnh đã được tích hợp vào chương trình đào tạo điều dưỡng thông qua việc rèn luyện kiến thức, kỹ năng và thái độ thực hành. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây chỉ mới đánh giá kiến thức và thái độ về an toàn người bệnh [11, 12], còn thiếu các nghiên cứu tập trung làm rõ các mối liên hệ giữa tư duy phản biện, sự tự tin vào bản thân với năng lực an toàn người bệnh. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối và tìm hiểu vai trò của sự tự tin và tư duy phản biện đối với năng lực này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên điều dưỡng Đa khoa, Nha khoa, Gây mê hồi sức, Phụ sản/Hộ sinh năm thứ 4, hệ chính quy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành lấy mẫu toàn bộ sinh viên điều dưỡng chính quy năm thứ 4 năm học 2024 - 2025 là 241 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Số liệu được thu thập qua bộ câu hỏi gồm 4 phần:

Phần A: Đặc điểm chung của sinh viên bao gồm: giới tính, kết quả học tập, ngành học, sự hài lòng ngành học, đã từng chứng kiến các sự cố y khoa, đã từng thông báo sự cố y khoa cho GVHD/NVYT, đã từng tham gia xử lý sự cố y khoa.

Phần B: Thang đo sự tự tin vào bản thân (General Self-Efficacy: GSE) được sử dụng để đánh giá sự tự tin vào bản thân của đối tượng nghiên cứu. Bộ câu hỏi được phát triển bởi tác giả Schwarzer và Jerusalem, gồm 10 câu hỏi, mỗi câu được trả lời theo thang điểm 4 (1: rất không chính xác, 2: không chính xác, 3: chính xác, 4: hoàn toàn chính xác). Tổng điểm của thang đo từ 10 - 40 điểm, điểm càng cao thể hiện sự tự tin vào bản thân của sinh viên càng cao. Hệ số Cronbach's alpha của bộ câu hỏi từ 0,77 - 0,9 [13]. Bộ công cụ đã được dịch sang Tiếng Việt và được tác giả Trần Thị Hoàng Oanh sử dụng để nghiên cứu tại Đà Nẵng, Việt Nam [14]. Độ tin cậy của bộ câu hỏi trong nghiên cứu hiện tại có hệ số Cronbach's alpha là 0,9.

Phần C: Khả năng tư duy phản biện được đo lường qua bộ câu hỏi YCTD (Yoon's Critical Thinking Disposition Instrument). Bộ câu hỏi YCTD được phát triển bởi nhà nghiên cứu Yoon (2004) để đánh giá khả năng tư duy phản biện của sinh viên điều dưỡng. Bộ câu hỏi có 27 câu bao gồm 7 phần chính: (1) tính khách quan, (2) tính thận trọng, (3) tính hệ thống, (4) sự háo hức/tò mò, (5) tính công bằng, (6) sự hoài nghi và (7) tự tin. Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý). Điểm trung bình của thang đo từ 1 - 5. Điểm càng cao thì khả năng tư duy phản biện của sinh viên càng tốt [15]. Hệ số Cronbach's alpha của bộ câu hỏi trong nghiên cứu này là 0,92.

Phần D: Bộ câu hỏi đo lường về năng lực an toàn người bệnh (Health Professional Education in Patient Safety Survey - H-PEPSS) phát triển bởi tác giả Ginsburg và cộng sự (2012) được sử dụng để đánh giá năng lực an toàn người bệnh tự báo cáo của sinh viên điều dưỡng trong nghiên cứu chúng tôi. Bộ câu hỏi gồm 23 câu, chia làm 6 lĩnh vực: văn hoá an toàn (4 câu), làm việc theo nhóm với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác (6 câu), giao tiếp hiệu quả (3 câu), quản lý rủi ro an toàn (3 câu), hiểu các yếu tố của con người và môi trường (3 câu), nhận biết và ứng phó để loại bỏ các rủi ro ngay lập tức (4 câu). Tất cả các câu hỏi được trả lời theo thang điểm 5, (1) rất không đồng ý - (5) rất đồng ý và bao gồm tùy chọn 'không biết'. Điểm trung bình của thang đo từ 1 - 5. Điểm càng cao cho thấy năng lực an toàn người bệnh của sinh viên càng cao [16]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hệ số Cronbach's alpha của toàn bộ câu hỏi là 0,81.

Tất cả các bộ câu hỏi đã xin phép tác giả sử dụng, bộ công cụ YCTD và H-PEPSS đã dịch ra tiếng Việt theo quy trình dịch ngược của tác giả Cha và cộng sự [17]. Trước khi đưa vào sử dụng, bộ công cụ phiên bản tiếng Việt đã được kiểm tra độ tin cậy bởi một nghiên cứu thử trên 30 sinh viên điều dưỡng.

Các bộ câu hỏi đã được kiểm tra tính giá trị về nội dung thông qua 04 chuyên gia điều dưỡng có trình độ Tiến sĩ, Thạc sĩ, có kinh nghiệm trong đào tạo điều dưỡng, tất cả kết quả đều đạt giá trị tốt, thể hiện ở bảng sau:

Bảng 1. Kết quả giá trị nội dung của các bộ câu hỏi

Bộ công cụ	Khoảng I-CVI	S - CVI
Đánh giá sự tự tin của bản thân (GSE)	0,75 - 1,00	0,93
Đánh giá khả năng tư duy phản biện (YCTD)	0,75 - 1,00	0,94
Đánh giá về năng lực an toàn người bệnh (H-PEPSS)	0,75 - 1,00	0,97

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: phát bộ câu hỏi đã soạn sẵn cho sinh viên tự điền.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các phép thống kê mô tả bao gồm: tỉ lệ phần trăm, tần suất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả các biến. Trước khi xử lý số liệu, nhóm nghiên cứu đã kiểm tra tính phân phối chuẩn của dữ liệu biểu đồ histogram và biểu đồ xác suất chuẩn (normal Q-Q plot) và kết quả cho thấy là dữ liệu có phân phối chuẩn. Vì vậy, phép kiểm T test, ANOVA, tương quan Pearson's được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan của năng lực an toàn người bệnh với các biến độc lập.

Để xác định các yếu tố dự báo năng lực an toàn người bệnh, mô hình hồi quy tuyến tính đa biến được xây dựng với các biến độc lập có ý nghĩa được

đưa vào mô hình. Các giả định hồi quy được kiểm định, trong đó hiện tượng đa cộng tuyến được đánh giá bằng hệ số phóng đại phương sai ($VF < 10$), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi có sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng với Quyết định số 630/QĐ-ĐHKTYĐDN ngày 13 tháng 9 năm 2024. Tất cả các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được cung cấp cụ thể thông tin về mục đích và nội dung của nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu là tự nguyện và có thể từ chối tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu bất kì thời điểm nào. Đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia thì được ký giấy chấp thuận bằng văn bản. Trong lúc điền bộ câu hỏi điều

tra người tham gia nghiên cứu có thể đặt câu hỏi, từ chối trả lời câu hỏi hoặc dừng đánh giá ở bất kỳ thời điểm nào. Mọi thông tin của cá nhân tham gia nghiên cứu đều được bảo mật. Các số liệu thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu có thể làm cơ sở cho các hoạt động nghiên cứu về năng lực an toàn người bệnh và các yếu tố liên quan trên đối tượng sinh viên.

3. KẾT QUẢ
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và điểm trung bình các thang đo

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 241)

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	33	13,7
	Nữ	208	86,3
Kết quả học tập	Xuất sắc	0	0,0
	Giỏi	20	8,3
	Khá	190	78,8
	Trung bình	29	12,0
	Yếu/Kém	2	0,8
Ngành học	Điều dưỡng đa khoa	143	59,3
	Điều dưỡng Nha khoa	43	17,8
	Điều dưỡng Gây mê hồi sức	37	15,4
	Điều dưỡng Phụ sản/Hộ sinh	18	7,5
Hài lòng với ngành học	Có	217	90,0
	Không	24	10,0
Đã từng chứng kiến sự cố y khoa	Có	142	58,9
	Không	99	41,1
Đã từng thông báo sự cố y khoa với GVHD hoặc NVYT	Có	95	39,4
	Không	146	60,6
Đã từng tham gia xử lý sự cố y khoa	Có	55	22,8
	Không	186	77,2

Kết quả từ Bảng 2 cho thấy, trong tổng số 241 đối tượng tham gia, nữ chiếm tỉ lệ cao hơn gấp nhiều

lần (86,3%). Trong đó sinh viên ngành Điều dưỡng đa khoa chiếm phần lớn (59,3%) so với 3 ngành còn lại. Sinh viên có học lực Khá chiếm đa số (78,8%) với tỉ lệ hài lòng với ngành học chiếm tỉ lệ cao (90,0%).

Tỉ lệ đối tượng tham gia đã từng chứng kiến sự cố y khoa chiếm tỉ lệ khá cao nhưng tỉ lệ báo cáo và tham gia xử trí sự cố chiếm tỉ lệ thấp. Điều này cho thấy văn hóa báo cáo và xử trí sự cố của sinh viên còn thấp.

Bảng 3. Sự tự tin vào bản thân và tư duy phản biện của đối tượng nghiên cứu (n = 241)

Nội dung	ĐTB ± ĐLC	GTNN	GTLN
Sự tự tin vào bản thân	28,3 ± 3,19	22	36
Tư duy phản biện	3,72 ± 0,32	3	5

Kết quả Bảng 3 cho thấy điểm trung bình về sự tự tin vào bản thân của đối tượng nghiên cứu ở mức độ trung bình (28,3 ± 3,19). Điểm trung bình về tư duy phản biện của đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình cao (3,72 ± 0,32). Kết quả phản ánh sinh viên có nền tảng tư duy khá tốt nhưng vẫn cần được hỗ trợ để nâng cao sự tự tin vào bản thân nhiều hơn.

3.2. Năng lực an toàn người bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Năng lực an toàn người bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 241)

Nội dung	ĐTB ± ĐLC	GTNN	GTLN
Làm việc nhóm	3,98 ± 0,41	3	5
Giao tiếp hiệu quả	4,23 ± 0,51	3	5
Quản lý rủi ro	4,03 ± 0,49	2	5
Thấu hiểu các yếu tố con người và môi trường	4,11 ± 0,53	3	5
Nhận biết và ứng phó các sự cố bất lợi	3,89 ± 0,48	3	5
Văn hóa về an toàn	4,06 ± 0,50	2	5
Tổng điểm năng lực an toàn người bệnh	4,04 ± 0,35	3	5

Kết quả bảng 4 cho thấy điểm trung bình năng lực an toàn người bệnh của đối tượng nghiên cứu đạt mức khá cao: 4,04 ± 0,35 (trên thang điểm 5). Kết quả có sự chênh lệch giữa các yếu tố trong năng lực an toàn người bệnh. Trong đó, yếu tố giao tiếp hiệu quả có điểm trung bình cao nhất (4,23 ± 0,51) cho thấy sinh viên được trang bị tốt kỹ năng giao tiếp và trao đổi thông tin. Ngược lại, yếu tố nhận biết và ứng phó với các sự cố bất lợi có điểm trung bình thấp nhất (3,89 ± 0,48), phản ánh hạn chế về kinh nghiệm xử lý tình huống thực tế.

3.3. Các yếu tố liên quan đến năng lực an toàn người bệnh

Bảng 5. Sự khác biệt về năng lực an toàn người bệnh theo đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 241)

Biến số	Năng lực An toàn người bệnh (ĐTB ± ĐLC)	p
Giới tính		
Nam	4,11 ± 0,48	0,35 ^a
Nữ	4,03 ± 0,32	
Kết quả học tập		
Giỏi	4,14 ± 0,11	0,29 ^b
Khá	4,01 ± 0,23	
Trung bình	4,10 ± 0,71	
Yếu/kém	4,13 ± 0,52	
Ngành học		
Điều dưỡng Đa khoa	4,04 ± 0,28	0,99 ^b
Điều dưỡng Nha khoa	4,05 ± 0,07	
Điều dưỡng Gây mê hồi sức	4,03 ± 0,54	
Điều dưỡng Phụ sản/Hộ sinh	4,02 ± 0,68	
Có sự hài lòng với ngành học điều dưỡng		
Có	4,05 ± 0,35	0,17 ^a
Không	3,94 ± 0,36	
Đã từng chứng kiến sự cố y khoa		
Có	4,03 ± 0,32	0,54 ^a
Không	4,05 ± 0,39	
Đã từng thông báo sự cố cho GVHD/NVYT		
Có	4,03 ± 0,32	0,89 ^a
Không	4,04 ± 0,37	
Đã từng tham gia xử lý sự cố y khoa		
Có	4,04 ± 0,35	0,95 ^a
Không	4,04 ± 0,35	

a: Independent T test b: One way ANOVA

Kết quả từ Bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa năng lực an toàn người bệnh với các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với $p > 0,05$. Kết quả cho thấy các đặc điểm cá nhân, học lực hay trải nghiệm chưa đủ tác động đến năng lực an toàn người bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 6. Mối tương quan giữa năng lực an toàn người bệnh với sự tự tin vào bản thân và tư duy phản biện

Biến số	Sự tự tin vào bản thân		Tư duy phản biện	
	r	p	r	p
Làm việc nhóm	0,36	< 0,001	0,45	< 0,001
Giao tiếp hiệu quả	0,15	0,02	0,34	< 0,001
Quản lý rủi ro	0,28	< 0,001	0,42	< 0,001
Thấu hiểu yếu tố con người và môi trường	0,26	< 0,001	0,42	< 0,001
Nhận biết và ứng phó với sự cố bất lợi	0,36	< 0,001	0,41	< 0,001
Văn hóa an toàn	0,29	< 0,001	0,41	< 0,001
Năng lực an toàn người bệnh	0,39	< 0,001	0,56	< 0,001

Kết quả bảng 6 cho thấy sự tự tin vào bản thân có mối tương quan thuận mức độ yếu với năng lực an toàn người bệnh ($r = 0,39$, $p < 0,001$), trong đó mối liên hệ với “giao tiếp hiệu quả” rất yếu ($r = 0,15$, $p < 0,05$) và

yếu với các yếu tố còn lại ($r = 0,26 - 0,36, p < 0,001$). Trong khi đó, tư duy phản biện có tương quan thuận mức độ trung bình với năng lực an toàn người bệnh ($r = 0,56, p < 0,001$), đặc biệt với các yếu tố liên quan đến làm việc nhóm, quản lý rủi ro và văn hóa an toàn ($r = 0,41 - 0,45, p < 0,001$). Kết quả cho thấy tư duy phản biện đóng vai trò nổi bật và ổn định hơn so với sự tự tin.

Bảng 7. Hồi quy đa biến về các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực an toàn người bệnh của đối tượng nghiên cứu ($n = 241$)

Mô hình	B	SE	β	t	p	VIF
(Constant)	1,578	0,228	–	6,930	< 0,001	–
Sự tự tin vào bản thân	0,017	0,007	0,151	2,463	0,014	1,346
Tư duy phản biện	0,535	0,068	0,484	7,861	< 0,001	1,346
Mô hình: $R = 0,575; R^2 = 0,331; R^2$ (hiệu chỉnh) = 0,325; $F(2,238) = 58,87, p < 0,001$, Durbin-Watson = 1,856.						

Kết quả Bảng 7 cho thấy phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy mô hình phù hợp và có ý nghĩa thống kê $F(2,238) = 58,87$, với hệ số xác định R^2 (hiệu chỉnh) = 0,325, giải thích được 32,5% sự biến thiên của điểm trung bình năng lực an toàn người bệnh.

Phương trình hồi quy được xác định: năng lực an toàn người bệnh = $1,578 + 0,017 \times (\text{sự tự tin vào bản thân}) + 0,535 \times (\text{tư duy phản biện})$.

Kết quả cho thấy khi sự tự tin vào bản thân tăng 1 điểm thì điểm năng lực an toàn người bệnh tăng 0,017 điểm và khi tư duy phản biện tăng 1 điểm thì điểm năng lực an toàn người bệnh tăng 0,535 điểm. Cả hai biến đều là yếu tố dự đoán có ý nghĩa ($\beta = 0,151, p = 0,014$ và $\beta = 0,484; p < 0,001$), trong đó tư duy phản biện có ảnh hưởng mạnh hơn so với sự tự tin vào bản thân.

Kiểm định mô hình hồi quy đảm bảo yêu cầu chỉ số Durbin–Watson = 1,856 cho thấy không có sự tương quan phần dư và VIF = 1,346 nghĩa là không có đa cộng tuyến.

4. BÀN LUẬN

4.1. Năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối đạt mức khá cao ($4,04 \pm 0,35/5$), với giá trị dao động từ 3 đến 5 điểm. Điều này phản ánh sự tích hợp nội dung an toàn người bệnh trong chương trình đào tạo đã đạt hiệu quả nhất định. Khi so sánh với các nghiên cứu trước, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Jafari và cộng sự (2024) [18], nhưng thấp hơn so với kết quả báo cáo tại Ả Rập Xê Út, Mỹ và Indonesia [19, 20, 21]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác biệt về phương pháp giảng dạy, chương trình đào tạo cũng như chính sách giáo dục giữa các quốc gia.

Xét theo từng khía cạnh, sinh viên có điểm trung

bình về “giao tiếp hiệu quả” cao nhất ($4,23 \pm 0,51$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Amilia và cộng sự ($4,12 \pm 0,65$) [21]. Điều này phản ánh nhận thức rõ ràng của sinh viên về vai trò của giao tiếp trong đảm bảo an toàn người bệnh. Đây là một điểm mạnh cần được tiếp tục phát huy, bởi giao tiếp hiệu quả giúp tăng cường sự phối hợp trong nhóm chăm sóc và giảm thiểu sai sót trong thực hành lâm sàng.

Ngược lại, yếu tố “nhận biết và ứng phó với sự cố bất lợi” có điểm trung bình thấp nhất ($3,89 \pm 0,48$), thấp hơn nghiên cứu của Ghasepour và cộng sự (2023) [22]. Kết quả này cho thấy sinh viên còn hạn chế trong khả năng phát hiện, xử trí và phân tích rủi ro, đặc biệt trong các tình huống phức tạp của thực hành lâm sàng. Đây cũng là một điểm yếu cho thấy việc trang bị kỹ năng ứng phó sự cố cho sinh viên điều dưỡng vẫn còn chưa đồng bộ. Điều này gợi ý sự cần thiết của việc tăng cường các phương pháp giảng dạy gắn với thực hành như mô phỏng tình huống, học tập tiền lâm sàng, và trải nghiệm lâm sàng có giám sát, nhằm giúp sinh viên rèn luyện kỹ năng phân tích, xử trí và báo cáo sự cố, từ đó nâng cao hơn nữa năng lực an toàn người bệnh.

Các lĩnh vực khác như làm việc nhóm, quản lý rủi ro, thấu hiểu yếu tố con người - môi trường và văn hóa an toàn cũng đạt điểm khá cao, phản ánh sự nhận thức đầy đủ về vai trò của các yếu tố con người, môi trường và hệ thống trong việc bảo đảm an toàn người bệnh. Đây là nền tảng quan trọng giúp sinh viên phối hợp hiệu quả trong thực hành, qua đó góp phần giảm thiểu nguy cơ sai sót y khoa.

4.2. Mối liên quan của sự tự tin vào bản thân, tư duy phản biện với năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối

Kết quả nghiên cứu cho thấy năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo các đặc điểm nhân khẩu học như giới tính, kết quả học

tập, chuyên ngành, sự hài lòng ngành học hay trải nghiệm liên quan đến sự cố y khoa ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng các yếu tố cá nhân chưa phải là yếu tố quyết định trong việc hình thành năng lực an toàn người bệnh.

Đáng chú ý, nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận giữa sự tự tin vào bản thân với năng lực an toàn người bệnh ($r = 0,39$, $p < 0,001$). Điều này phản ánh rằng sinh viên có sự tự tin vào bản thân cao thì chủ động hơn trong việc tiếp nhận và xử lý tình huống tiềm ẩn nguy cơ gây ra sự cố y khoa. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó đã khẳng định rằng sự tự tin vào bản thân có ảnh hưởng đến năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng [4, 23]. Điều này củng cố thêm sự tự tin là một thành tố quan trọng trong hoạt động nâng cao năng lực an toàn người bệnh.

Sự tự tin không chỉ ảnh hưởng đến năng lực an toàn người bệnh chung mà kết quả nghiên cứu còn cho thấy có mối tương quan với từng yếu tố của năng lực an toàn người bệnh như làm việc nhóm, quản lý rủi ro, thấu hiểu yếu tố con người và môi trường, nhận biết và ứng phó với sự cố bất lợi và văn hóa an toàn, giao tiếp hiệu quả. Cụ thể, sự tự tin giúp sinh viên chủ động chia sẻ, phối hợp trong nhóm, từ đó giảm thiểu nguy cơ sai sót; nâng cao khả năng nhận diện nguy cơ và triển khai biện pháp dự phòng; quan sát và phân tích tốt hơn các yếu tố liên quan đến con người, đồng thời giữ được sự bình tĩnh khi đối diện sự cố, sẵn sàng báo cáo và tham gia xử trí. Bên cạnh đó, sự tự tin còn hỗ trợ sinh viên cởi mở trao đổi thông tin, góp phần xây dựng văn hóa an toàn trong môi trường học tập lâm sàng.

So với sự tự tin, tư duy phản biện thể hiện mối tương quan mạnh hơn với năng lực an toàn người bệnh ($r = 0,56$, $p < 0,001$). Xét ở tất cả các khía cạnh, tư duy phản biện đều có mối tương quan với tất cả các khía cạnh của năng lực an toàn người bệnh. Điều này hàm ý rằng sinh viên có tư duy phản biện tốt sẽ dễ dàng phân tích tình huống, cân nhắc quan điểm đa chiều, từ đó đưa ra quyết định phù hợp để giảm thiểu sai sót và tăng cường an toàn. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Jung và cộng sự (2024) và Jin và cộng sự (2019), vốn khẳng định tư duy phản biện là thành tố cốt lõi trong việc phát triển năng lực an toàn người bệnh [5, 24].

Kết quả phân tích hồi quy đa biến của chúng tôi cho thấy sự tự tin vào bản thân và tư duy phản biện là hai yếu tố dự đoán quan trọng có ý nghĩa đến năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng

năm cuối. Trong đó tư duy phản biện ($\beta = 0,484$) có ảnh hưởng mạnh hơn so với sự tự tin ($\beta = 0,151$). Mô hình hồi quy giải thích 32,5% sự biến thiên năng lực an toàn người bệnh ($R^2 = 0,325$) khẳng định lại lần nữa vai trò quan trọng của sự tự tin và tư duy phản biện trong năng lực an toàn người bệnh. Kết quả này cũng đã được chứng minh trong vài nghiên cứu ở một số nước có các chương trình đào tạo chú trọng phát triển năng lực cá nhân gắn với an toàn người bệnh [4, 5, 24]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy tổng quan tài liệu nghiên cứu về mối liên quan này với an toàn người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi hiện tại đã góp phần bổ sung bằng chứng bối cảnh trong nước, đồng thời gợi mở định hướng đối mới chương trình đào tạo: cần tích hợp các hoạt động giảng dạy tích cực nhằm củng cố sự tự tin và phát triển tư duy phản biện, giúp sinh viên điều dưỡng sẵn sàng hơn cho thực hành lâm sàng an toàn, đặc biệt là đối tượng sinh viên điều dưỡng năm cuối.

5. KẾT LUẬN

Năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng năm cuối đạt mức khá cao. Trong đó, sự tự tin và tư duy phản biện có ảnh hưởng rõ rệt đến năng lực an toàn người bệnh, trong khi các đặc điểm nhân khẩu – học tập chưa cho thấy mối liên quan đáng kể. Kết quả này khẳng định việc nâng cao sự tự tin và bản thân và phát triển tư duy phản biện là nền tảng quan trọng để củng cố năng lực an toàn người bệnh ở sinh viên điều dưỡng năm cuối.

Cần tiếp tục đẩy mạnh việc lồng ghép các nội dung về an toàn người bệnh bao gồm: kỹ năng giao tiếp, làm việc nhóm, quản lý rủi ro, yếu tố con người và môi trường, văn hóa an toàn vào các học phần trong chương trình đào tạo. Đồng thời, nên tăng cường áp dụng các phương pháp giảng dạy tích cực như thảo luận, đóng vai, phân tích ca lâm sàng, mô phỏng tiền lâm sàng trong các học phần Chăm sóc Người bệnh Nội khoa, Ngoại khoa, Nhi, truyền nhiễm. Các hoạt động này không chỉ phát triển sự tự tin và tư duy phản biện mà còn giúp sinh viên làm quen với tình huống sự cố y khoa và cách ứng phó an toàn trước khi đi lâm sàng thực tế.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Nhóm nghiên cứu đảm bảo mọi thông tin, số liệu từ đối tượng được xây dựng trong bài nghiên cứu này là hoàn toàn chính xác trung thực và chưa xuất hiện trong bất kì các báo cáo nào trước đây. Không tồn tại bất kỳ xung đột nào liên quan đến việc thực hiện hay công bố bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (WHO). Patient safety [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Bộ Y tế. Báo cáo thực trạng triển khai Thông tư số 43/2018/TT-BYT hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám chữa bệnh. 2022.
3. Nhận NT, Phước NB, Lý NT, Chinh HV, Ngân NT, Tâm TV. Thực trạng báo cáo sự cố y khoa tại Bệnh viện Kiến An, thành phố Hải Phòng năm 2022–2023. YHCD [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 1];65. Available from: <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/article/view/1061>
4. De Miguel MS, de Elguea JO, Gómez-Gastiasoro A, Urcola F, Cid-Expósito MG, Torres-Enamorado D, et al. Patient safety and its relationship with specific self-efficacy, competence, and resilience among nursing students: A quantitative study. Nurse Education Today. 2023;121:105701.
5. Jung S, Lee N, Kim J, Choi S, Oh S, Park J. Influences of Nursing Professionalism, Critical Thinking Disposition and Communication on Patient Safety Competency among Undergraduate Nursing Students. 한국위기관리논집 2024;20:105–19.
6. Shorey S, Lopez V. Self-Efficacy in a Nursing Context. In: Haugan G, Eriksson M, editors. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021 [cited 2025 Sep 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585659/>
7. İlaslan E, Adıbelli D, Teskereci G, Üzen Cura Ş. Development of nursing students' critical thinking and clinical decision-making skills. Teaching and Learning in Nursing. 2023;18:152–9.
8. Albert Bandura's Social Learning Theory In Psychology [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 16]. Available from: <https://www.simplypsychology.org/bandura.html>
9. Ajzen I. The theory of planned behavior [Internet]. ResearchGate. 2025 [cited 2025 Sep 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior
10. Hurd B. Tanner's Clinical Judgment Model: Thinking Skills in Nursing - NSU [Internet]. Nevada State University. 2024 [cited 2025 Sep 16]. Available from: <https://nevadastate.edu/son/rn-bsn/tanners-clinical-judgment-model-enhancing-critical-thinking-skills-in-nursing/>
11. Hùng P, Liêm LH. Khảo sát kiến thức về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Quốc tế Miền Đông, tỉnh Bình Dương. VMJ [Internet]. 2024;542 [cited 2025 Sep 16]. Available from: <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/11136>
12. Như TTH, Hân NTN, Trang DTT, Hà TTT. Kiến thức về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng, hộ sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y Dược Cần Thơ. 2024;159–65.
13. Schwarzer R, Jerusalem M. The general self-efficacy scale (GSE). Anxiety, Stress, and Coping. 2010;12:329–45.
14. Oanh TTH, Thuy LT, Huyen NTT. The effect of simulation-based training on problem-solving skills, critical thinking skills, and self-efficacy among nursing students in Vietnam: a before-and-after study. J Educ Eval Health Prof. 2024;21:24.
15. Yoon J. Development of an instrument for the measurement of critical thinking disposition in nursing (Master's Thesis). The Catholic University of Korea, Seoul (Korea); 2004.
16. Ginsburg L, Castel E, Tregunno D, Norton PG. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. BMJ Qual Saf. 2012;21:676–84.
17. Cha E-S, Kim KH, Erlen JA. Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. J Adv Nurs. 2007;58:386–95.
18. Jafari MJ, Mostafazadeh P, Mojebi MR, Nemati-Vakilabad R, Mirzaei A. Identifying predictors of patient safety competency based on sleep quality in student faculty of nursing and midwifery during the internship period: a multidisciplinary study. BMC Nurs. 2024;23:67.
19. Alrasheeday AM, Alkubati SA, Alqalah TAH, Alrubaiee GG, Alshammari B, Almazan JU, et al. Nursing students' perceptions of patient safety culture and barriers to reporting medication errors: A cross-sectional study. Nurse Educ Today. 2025;146:106539.
20. Rebesch LM. Perceived Patient Safety Competence of Baccalaureate Nursing Students: A Descriptive Comparative Study. SAGE Open Nursing. 2020;6:2377960820930134.
21. Amilia R, Nurmalia D. A Comparison of Patient Safety Competencies between Clinical and Classroom Settings among Nursing Students. Nurs Med J Nursing. 2020;10:66–75.
22. Ghasempour M, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Onyeka TC, Asghari Jafarabadi M. Senior nursing student's confidence in learnt competencies and perceptions of patient safety competency: a multisite cross-sectional study. BMJ Open. 2023;13.
23. Linda SE, Lindayani L. Determinants of Patient Safety Competence Among Diploma-Level Nursing Students in Jakarta. ResearchGate [Internet]. 2025 [cited 2025 Sep 21]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/393692607_Determinants_of_Patient_Safety_Competence_Among_Diploma-Level_Nursing_Students_in_Jakarta
24. Jin J, Yi YJ. Patient safety competency and the new nursing care delivery model. J Nurs Manag. 2019;27:1167–75.

Mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Hồ Duy Bình¹, Trần Thái Tuấn², Bàn Thị Danh Nguyên², Võ Bảo Dũng³, Trương Thị Hương³, Hồ Thị Mỹ Yến^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

³ Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh Gia Lai

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Mỹ Yến, email: htmien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 05/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/10/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: An toàn người bệnh được xác định là nguyên tắc cơ bản của ngành y tế. Điều dưỡng là lực lượng thường xuyên tiếp xúc trực tiếp và tương tác chặt chẽ với người bệnh và người nhà trong quá trình điều trị và chăm sóc, do đó họ đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng và xác định mối liên quan giữa hai vấn đề trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 442 điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024. Sử dụng bộ công cụ có sẵn H-PEPSS và PSMA để đánh giá năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng.

Kết quả: Năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng lần lượt có điểm trung bình là $4,22/5 \pm 0,35$ và $4,40/5 \pm 0,39$. Có mối tương quan thuận giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ($Rho = 0,301$, $p < 0,001$).

Kết luận: Đây là cơ sở cho việc xây dựng và triển khai các khóa đào tạo về an toàn người bệnh cho điều dưỡng, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe của bệnh viện.

Từ khóa: an toàn người bệnh, năng lực, hoạt động quản lý, điều dưỡng, H-PEPSS, PSMA.

The relationship between nurses' competence and patient safety management activities

Ho Duy Binh¹, Tran Thai Tuan², Banh Thi Danh Nguyen², Vo Bao Dung³, Truong Thi Huong³, Ho Thi My Yen^{1*}

¹ University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Ninh Thuan General Hospital

³ Gia Lai Provincial Central General Hospital

Abstract

Background: Patient safety is a basic principle of the healthcare. Nurses are the force that directly contacts and closely interacts with patients and their families during the treatment and care process, so they play an important role in ensuring patient safety.

Objectives: This study aims to evaluate nurses' competence and patient safety management activities and identify the relationship between the two issues.

Materials and method: Cross-sectional descriptive study on 442 nurses at Binh Dinh Provincial General Hospital and Ninh Thuan Provincial General Hospital from June to December, 2024. The H-PEPSS and PSMA toolkits were used to evaluate nurses' competence and patient safety management activities.

Results: The average score of H-PEPSS and PSMA were 4.22 ± 0.35 and 4.40 ± 0.39 out of 5 points, respectively. There was a positive correlation between nurses' competence and patient safety management activities ($Rho = 0.301$, $p < 0.001$).

Conclusion: These results provide a basis for developing and implementing patient safety training courses for nurses to improve the quality of healthcare.

Key word: *patient safety, competence, management activities, nurse, H-PEPSS, PSMA.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh (ATNB) là tình trạng không có những tổn thương có thể phòng ngừa được đối với người bệnh trong quá trình chăm sóc sức khỏe [1]. Tại mỗi thời điểm trong quá trình chăm sóc sức khỏe đều có một mức độ rủi ro nhất định đối với người bệnh. Do đó, an toàn người bệnh được xác định là nguyên tắc cơ bản của ngành y tế [2]. Tuy nhiên, nhiều rủi ro liên quan đến chăm sóc sức khỏe đang trở thành thách thức đối với y tế Việt Nam nói riêng và trên toàn thế giới nói chung, gây ra nhiều gánh nặng cho nền y tế và toàn xã hội [3]. Do đó, nâng cao năng lực và các hoạt động của điều dưỡng quản lý an toàn người bệnh là vấn đề thiết yếu góp phần ngăn ngừa và quản lý sự xuất hiện của các sự cố cho người bệnh [4].

Điều dưỡng là lực lượng thường xuyên tiếp xúc trực tiếp và tương tác chặt chẽ với người bệnh và người nhà trong quá trình điều trị và chăm sóc, do đó họ đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh [5, 6]. Năng lực an toàn người bệnh bao gồm những kiến thức, kỹ năng và thái độ mà nhân viên y tế phải có để đảm bảo an toàn cho người bệnh [5]. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh là các hoạt động được thực hiện để đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình nằm viện. Các hoạt động này liên quan đến việc quản lý và phòng ngừa các sự cố y khoa có thể xảy ra trong quá trình điều trị và chăm sóc [7].

Trên thế giới, các nghiên cứu về năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng đã được quan tâm thực hiện trong những năm gần đây. Nghiên cứu của Huh và cộng sự (2021) cho kết quả năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $3,92/5 \pm 0,44$ và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,52/5 \pm 0,42$; trong đó hoạt động an toàn người bệnh của điều dưỡng có tương quan với các khía cạnh của năng lực an toàn người bệnh [7]. Nghiên cứu của Shin và Jang (2023) cho thấy năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $3,88/5 \pm 0,72$ và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,55/5 \pm 0,66$; trong đó năng lực về an toàn người bệnh có ảnh hưởng đến hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng [8]. Ở Việt Nam, cho đến hiện nay có rất ít nghiên cứu đề cập đến vấn đề này. Nghiên cứu của Hồ Duy Bình và cộng sự

(2024) tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế cho thấy năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,13/5 \pm 0,48$ [9]; tại Bệnh viện Đà Nẵng cho thấy hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,47/5 \pm 0,34$ [10]. Qua đó, có thể thấy rằng những nghiên cứu về năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ở Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận là hai bệnh viện hạng I thuộc khu vực miền Trung Việt Nam có bề dày lịch sử, với nhiệm vụ khám chữa bệnh cho người dân thuộc khu vực miền Trung, Tây Nguyên. Việc nâng cao năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng luôn được lãnh đạo bệnh viện quan tâm thực hiện. Để cung cấp cơ sở cho việc xây dựng và triển khai các khóa đào tạo về an toàn người bệnh cho điều dưỡng, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh của bệnh viện, chúng tôi thực hiện đề tài: ***"Mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng"*** với các mục tiêu sau:

1. *Đánh giá năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.*
2. *Xác định mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của đối tượng trên.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Điều dưỡng công tác tại các khoa lâm sàng.
- Có thời gian công tác tại bệnh viện ít nhất là 06 tháng.

- Đã có chứng chỉ hành nghề.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Vắng mặt trong thời gian khảo sát hoặc không hoàn thành phiếu khảo sát.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một trung bình:

$$n = Z^2 \frac{\sigma^2}{1 - \frac{\alpha}{2} d^2}$$

Trong đó, n: cỡ mẫu nghiên cứu, $Z (1 - \alpha/2) = 1,96$ với độ tin cậy 95%, d: sai số tuyệt đối.

Chọn $d = 0,05$, $\sigma = 0,5$ (độ lệch chuẩn trong nghiên cứu của Stevanin và cộng sự (2015) [11]).

Tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 384$, dự trù thêm 15% tỉ lệ hao hụt trong quá trình nghiên cứu, do đó cỡ mẫu được lựa chọn trong nghiên cứu này là 445 điều dưỡng. Thực tế chúng tôi thu được 442 phiếu đạt yêu cầu (tỉ lệ đạt yêu cầu là 99,3%).

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo nguyên tắc mẫu tỉ lệ. Bệnh viện và khoa lâm sàng có số lượng điều dưỡng lớn hơn sẽ có nhiều điều dưỡng được chọn vào mẫu hơn. Số lượng điều dưỡng của mỗi bệnh viện và khoa lâm sàng tham gia vào nghiên cứu được tính theo công thức tỉ lệ của Cochran (1977) [12].

Bảng 1. Phân bố số lượng điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Stt	Bệnh viện	Số lượng điều dưỡng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn	Cỡ mẫu
1	Bệnh viện A	386	245
2	Bệnh viện B	315	200
Tổng số		701	445

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Chúng tôi tiến hành liên hệ với điều dưỡng trưởng của mỗi bệnh viện để lấy danh sách điều dưỡng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Sau đó, chúng tôi phối hợp với phòng điều dưỡng của 2 bệnh viện để tiếp cận đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích và nội dung nghiên cứu cũng như quyền lợi, nghĩa vụ của đối tượng tham gia nghiên cứu và cách thức trả lời các câu hỏi trong bộ công cụ khảo sát.

- Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu trên điều dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu tại 2 bệnh viện bằng cách phát phiếu điều tra, mỗi điều dưỡng sẽ mất khoảng 20 phút để đánh phiếu.

2.3.4. Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ khảo sát bao gồm 3 phần:

- Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, bao gồm: tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, trình độ chuyên môn, tình trạng hôn nhân, đơn vị công tác, vị trí công việc, số năm kinh nghiệm lâm sàng, số năm kinh nghiệm ở đơn vị hiện tại, số giờ làm việc mỗi tuần tại bệnh viện, số ca trực đêm trong tháng, mức độ hài

lòng với công việc, đào tạo về ATNB, kinh nghiệm về thực hành ATNB, chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố, kinh nghiệm về báo cáo các sự cố y khoa và tự đánh giá năng lực thực hành ATNB. Trong đó, mức độ hài lòng với công việc được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất không hài lòng) đến 5 (rất hài lòng); tự đánh giá năng lực thực hành ATNB được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất kém) đến 5 (rất tốt).

- Phần 2: Thang đo H-PEPSS (The health professional education in patient safety survey) dùng để đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh do Ginsburg và cộng sự (2012) xây dựng với độ đặc hiệu và độ tin cậy cao, Cronbach's $\alpha > 0,80$ [13]. Thang đo bao gồm 23 mục được chia thành 6 lĩnh vực:

- + Làm việc nhóm (6 mục)
- + Giao tiếp hiệu quả (3 mục)
- + Quản lý nguy cơ rủi ro (3 mục)
- + Hiểu các yếu tố con người và môi trường (3 mục)
- + Nhận biết và ứng phó với các sự cố bất lợi (4 mục)
- + Văn hóa an toàn (4 mục)

Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm nằm trong khoảng từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý), với điểm số càng cao cho thấy năng lực ATNB càng cao. Trong nghiên cứu này, độ tin cậy của thang đo H-PEPSS là 0,899.

- Phần 3: Bộ công cụ PSMA (The patient safety management activities) đã được phát triển bởi Park và Kim (2019) để đánh giá hoạt động quản lý an toàn người bệnh với độ đặc hiệu và độ tin cậy cao, Cronbach's $\alpha = 0,89$ [14]. Bộ công cụ gồm 24 mục chia thành 6 lĩnh vực:

- + Kiểm tra đúng người bệnh (4 mục)
- + Giao tiếp giữa các nhân viên y tế (5 mục)
- + Quản lý thuốc nguy cơ cao (2 mục)
- + Kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác (3 mục)
- + Kiểm soát nhiễm khuẩn (7 mục)
- + Phòng ngừa té ngã (3 mục)

Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm nằm trong khoảng từ 1 (không phải lúc nào cũng vậy) đến 5 (luôn luôn như vậy). Điểm cao hơn tương ứng với tần suất của việc thực hiện hoạt động quản lý ATNB cao hơn. Trong nghiên cứu này, độ tin cậy của bộ công cụ PSMA là 0,895.

- Sau khi nhận được sự đồng ý của tác giả, thang đo H-PEPSS và bộ công cụ PSMA được dịch sang tiếng Việt theo quy trình dịch của WHO [15] và nghiên cứu thử, kiểm tra độ tin cậy và tính phù hợp trước khi tiến hành điều tra. Bộ công cụ đã được tiến hành nghiên cứu thử với 30 đối tượng có cùng đặc điểm với mẫu, kết quả cho thấy độ tin cậy cao (Cronbach's

α của thang đo H-PEPSS và bộ công cụ PSMA lần lượt là 0,918 và 0,910).

2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để thống kê mô tả như giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tần số, tỉ lệ phần trăm. Dữ liệu được kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov (trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình H-PEPSS và PSMA có $p < 0,05$ nên có phân phối không chuẩn). Kiểm định mối liên quan giữa hai biến bằng cách sử dụng tương quan Spearman. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế. Mã số: H2024/022 ngày 05/02/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học (N = 442)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
ĐTB $\pm$ ĐLC = 35,92 $\pm$ 5,67			
Tuổi	≤ 30	60	13,6
	31 - 40	297	67,2
	41 - 50	77	17,4
	> 50	8	1,8
Giới tính	Nam	53	12,0
	Nữ	389	88,0
Dân tộc	Kinh	414	93,7
	Khác	28	6,3
Tôn giáo	Không	398	90,0
	Có	44	10,0
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	10	2,3
	Cao đẳng	235	53,2
	Đại học	179	40,5
	Sau đại học	18	4,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	55	12,4
	Đã kết hôn	370	83,7
	Khác	17	3,9

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 35,92 $\pm$ 5,67, trong đó độ tuổi từ 31 - 40 chiếm tỉ lệ cao nhất với 67,2%. Đa số đối tượng nghiên cứu là nữ với 88,0%; 93,7% đối tượng là dân tộc kinh; 90,0% không theo tôn giáo. Đối tượng nghiên cứu trình độ cao đẳng chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,2%; 83,7% đối tượng đã kết hôn.

Bảng 3. Đặc điểm liên quan đến công tác (N = 442)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đơn vị công tác	Khoa Nội	146	33,0
	Khoa Ngoại	107	24,2
	Khoa Sản-Nhi-Ung Bướu	80	18,1
	Khoa GMHS-ICU-Cấp cứu	65	14,7
	Khác	44	10,0
Vị trí công việc	Điều dưỡng viên	421	95,2
	Điều dưỡng trưởng	21	4,8
ĐTB $\pm$ ĐLC = 12,55 $\pm$ 5,57			
Số năm kinh nghiệm lâm sàng	< 5	19	4,3
	5 - < 10	124	28,1
	10 - < 15	153	34,6
	≥ 15	146	33,0
ĐTB $\pm$ ĐLC = 10,33 $\pm$ 5,73			
Số năm kinh nghiệm ở đơn vị hiện tại	< 5	88	19,9
	5 - < 10	121	27,4
	10 - < 15	119	26,9
	≥ 15	114	25,8
ĐTB $\pm$ ĐLC = 51,59 $\pm$ 13,42			
Số giờ làm việc mỗi tuần	≤ 40	166	37,6
	> 40	276	62,4
ĐTB $\pm$ ĐLC = 6,68 $\pm$ 3,26			
Số ca trực đêm trong tháng	< 5	102	23,1
	5 - < 10	230	52,0
	≥ 10	110	24,9
ĐTB $\pm$ ĐLC = 3,93 $\pm$ 0,69			
Mức độ hài lòng với công việc	Không hài lòng	8	1,8
	Bình thường	74	16,7
	Hài lòng	360	81,5

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Đối tượng nghiên cứu công tác tại khoa Nội chiếm tỉ lệ cao nhất với 33,0%; 95,2% là điều dưỡng viên.

Số năm kinh nghiệm lâm sàng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 12,55 $\pm$ 5,57, trong đó, số năm kinh nghiệm từ 10 - < 15 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (34,6%). Số năm kinh nghiệm trung bình ở đơn vị hiện tại là 10,33 $\pm$ 5,73, trong đó, số năm kinh nghiệm từ 5 - < 10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (27,4%).

Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần là $51,59 \pm 13,42$, trong đó có 62,4% đối tượng làm việc trên 40 giờ/tuần. Số ca trực đêm trung bình trong tháng là $6,68 \pm 3,26$, trong đó, 52,0% đối tượng có từ 5 - < 10 ca/tháng.

Về mức độ hài lòng với công việc, có điểm trung bình là $3,93 \pm 0,69$, trong đó, phần lớn đối tượng nghiên cứu hài lòng với công việc (81,4%).

Bảng 4. Đặc điểm liên quan đến an toàn người bệnh (N = 442)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đào tạo về an toàn người bệnh	Có	442	100
	Chưa		
Kinh nghiệm về thực hành an toàn người bệnh	Có	439	99,3
	Chưa	3	0,7
Chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố	Có	385	87,1
	Chưa	57	12,9
Kinh nghiệm về báo cáo sự cố y khoa	Có	266	60,2
	Chưa	176	39,8
ĐTB $\pm$ ĐLC = $3,95 \pm 0,51$			
Tự đánh giá năng lực thực hành an toàn người bệnh	Bình thường	69	15,6
	Tốt	373	84,4

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn
100% đối tượng đã được đào tạo về ATNB; có kinh nghiệm về thực hành ATNB (99,3%) và đã chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố (87,1%). Về kinh nghiệm báo cáo sự cố y khoa, có 60,2% đối tượng đã có kinh nghiệm.

Năng lực thực hành ATNB được điều dưỡng tự đánh giá có điểm trung bình là $3,95 \pm 0,51$; trong đó, phần lớn điều dưỡng tự đánh giá tốt với 84,4%.

3.2. Năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 5. Năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng (N = 442)

Lĩnh vực nghiên cứu	ĐTB	ĐLC	Khoảng
Làm việc nhóm	4,19	0,41	3,00 - 5,00
Giao tiếp hiệu quả	4,43	0,48	3,33 - 5,00
Quản lý nguy cơ rủi ro	4,34	0,51	1,67 - 5,00
Hiểu các yếu tố con người và môi trường	4,19	0,50	2,67 - 5,00

Nhận biết và ứng phó với các sự cố bất lợi	4,19	0,43	2,75 - 5,00
Văn hóa an toàn	4,09	0,48	2,50 - 5,00
Năng lực ATNB (H-PEPSS)	4,22	0,35	3,26 - 5,00

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Năng lực ATNB của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,22 \pm 0,35$, với điểm cao nhất là 5,00 và thấp nhất là 3,26. Trong đó, lĩnh vực giao tiếp hiệu quả có điểm trung bình cao nhất ($4,43 \pm 0,48$) và lĩnh vực văn hóa an toàn có điểm trung bình thấp nhất ($4,09 \pm 0,48$).

3.3. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 6. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng (N = 442)

Lĩnh vực nghiên cứu	ĐTB	ĐLC	Khoảng
Kiểm tra đúng người bệnh	4,61	0,45	3,00 - 5,00
Giao tiếp giữa các nhân viên y tế	4,19	0,64	1,60 - 5,00
Quản lý thuốc nguy cơ cao	3,93	0,74	2,00 - 5,00
Kiểm tra phẫu thuật/ ngoại khoa chính xác	4,43	0,45	3,00 - 5,00
Kiểm soát nhiễm khuẩn	4,61	0,41	2,86 - 5,00
Phòng ngừa té ngã	4,27	0,56	3,00 - 5,00
Hoạt động quản lý ATNB (PSMA)	4,40	0,39	3,25 - 5,00

ĐTB: Điểm trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,40 \pm 0,39$, với điểm cao nhất là 5,00 và thấp nhất là 3,25. Trong đó, lĩnh vực kiểm tra đúng người bệnh ($4,61 \pm 0,45$) và kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,61 \pm 0,41$) có điểm trung bình cao nhất, lĩnh vực quản lý thuốc nguy cơ cao ($3,93 \pm 0,74$) có điểm trung bình thấp nhất.

3.4. Mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 7. Mối tương quan giữa năng lực và hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng (N = 442)

Năng lực ATNB (H-PEPSS)		
Hoạt động quản lý ATNB (PSMA)	Rho	p
	0,301	< 0,001*

*: kiểm định tương quan Spearman

Có mối tương quan thuận giữa năng lực ATNB và hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng ($Rho=0,301$, $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng ở mức khá cao với điểm trung bình là $4,22 \pm 0,35$. Điều này chứng minh rằng các bệnh viện đã không ngừng nâng cao năng lực ATNB cho điều dưỡng nói riêng và nhân viên y tế nói chung để đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe hiện nay. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Stevanin và cộng sự (2015) trên sinh viên điều dưỡng với năng lực ATNB tại lớp học có điểm trung bình là $4,22 \pm 0,47$ và trên lâm sàng có điểm trung bình là $4,20 \pm 0,50$ [11]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi thu được cũng có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Han và cộng sự (2019) với năng lực ATNB của điều dưỡng có điểm trung bình là $3,46 \pm 0,45$ [16]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Huh và cộng sự (2021) với điểm trung bình năng lực ATNB của điều dưỡng là $3,92 \pm 0,44$ [7]. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của Choi và cộng sự (2019) với điểm trung bình về năng lực ATNB của điều dưỡng là $4,37 \pm 0,45$ [17].

Về các lĩnh vực của năng lực ATNB, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lĩnh vực giao tiếp hiệu quả có điểm trung bình cao nhất ($4,43 \pm 0,48$); tiếp theo là quản lý nguy cơ rủi ro ($4,34 \pm 0,51$); làm việc nhóm ($4,19 \pm 0,41$), hiểu các yếu tố con người và môi trường ($4,19 \pm 0,50$), nhận biết và ứng phó với các sự cố bất lợi ($4,19 \pm 0,43$) và cuối cùng là lĩnh vực văn hóa an toàn có điểm trung bình thấp nhất ($4,09 \pm 0,48$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với các lĩnh vực trong nghiên cứu của Han và cộng sự (2019), các lĩnh vực giao tiếp hiệu quả, quản lý nguy cơ rủi ro, làm việc nhóm, hiểu về yếu tố con người và môi trường, nhận biết và ứng phó với các rủi ro và văn hóa an toàn lần lượt có điểm trung bình là $3,53 \pm 1,08$; $3,56 \pm 0,49$; $3,16 \pm 0,46$; $3,54 \pm 0,53$; $3,46 \pm 0,51$; $3,51 \pm 0,52$ [16]. Theo kết quả nghiên cứu của Ghasempour và cộng sự (2023), nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở các lĩnh vực giao tiếp hiệu quả ($4,03 \pm 0,40$), quản lý nguy cơ rủi ro ($3,81 \pm 0,53$), nhận biết và ứng phó với các rủi ro ($3,99 \pm 0,46$) và làm việc nhóm ($3,70 \pm 0,34$); thấp hơn ở các lĩnh vực hiểu về yếu tố con người và môi trường ($4,41 \pm 0,37$) và văn hóa an toàn ($4,32 \pm 0,44$) [18].

Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi với

các nghiên cứu trên thế giới có thể là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu cũng như điều kiện công tác của mỗi khu vực khác nhau, đặc điểm liên quan đến đào tạo và kinh nghiệm thực hành ATNB của đối tượng nghiên cứu.

4.2. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình của hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng đạt mức tương đối cao ($4,40 \pm 0,39$). Điều này cho thấy điều dưỡng đã nhận thức rõ tầm quan trọng của việc thực hiện các hoạt động quản lý ATNB nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và đảm bảo an toàn cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Park (2020) với các hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,43 \pm 0,44$ [19]. Khi so sánh với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2024) với điểm trung bình hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng là $4,39 \pm 0,41$, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng [20]. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Kim Hye Jin và cộng sự (2022) với điểm trung bình hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng là $4,34 \pm 0,48$ [21]. So sánh với nghiên cứu của Park và An (2023) với điểm trung bình hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng là $3,85 \pm 0,57$, kết quả của chúng tôi cũng cao hơn [22]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn so với nghiên cứu của Huh và cộng sự (2021) với điểm trung bình hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng là $4,52 \pm 0,42$ [7].

Về các lĩnh vực của hoạt động quản lý ATNB, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lĩnh vực kiểm tra đúng người bệnh ($4,61 \pm 0,45$) và kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,61 \pm 0,41$) có điểm trung bình cao nhất; tiếp theo là kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác ($4,43 \pm 0,45$); phòng ngừa té ngã ($4,27 \pm 0,56$); giao tiếp giữa các nhân viên y tế ($4,19 \pm 0,64$) và cuối cùng là quản lý thuốc nguy cơ cao có điểm trung bình thấp nhất ($3,93 \pm 0,74$). So sánh với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2022), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở các lĩnh vực nhận định người bệnh ($4,38 \pm 0,57$), kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,39 \pm 0,54$), kiểm tra thủ thuật và phẫu thuật chính xác ($4,40 \pm 0,59$), giao tiếp giữa các nhân viên y tế ($4,02 \pm 0,63$); tương đồng với lĩnh vực phòng ngừa té ngã ($4,27 \pm 0,64$); thấp hơn ở lĩnh vực quản lý thuốc nguy cơ cao ($4,40 \pm 0,59$) [23]. Đối với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2024), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở các lĩnh vực nhận định người bệnh ($4,51 \pm 0,39$), kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,55 \pm 0,51$); thấp hơn ở các lĩnh vực giao tiếp giữa các nhân viên y tế ($4,61 \pm$

0,45), quản lý thuốc nguy cơ cao ($4,01 \pm 0,76$), kiểm tra thủ thuật và phẫu thuật chính xác ($4,55 \pm 0,61$) và phòng ngừa té ngã ($4,66 \pm 0,46$) [24].

Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trên thế giới có thể là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu cũng như điều kiện công tác của mỗi khu vực khác nhau, đặc điểm liên quan đến đào tạo và kinh nghiệm thực hành ATNB của đối tượng nghiên cứu.

4.3. Mối liên quan giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan thuận giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ($Rho=0,301$, $p < 0,001$). Điều này cho thấy điều dưỡng có năng lực ATNB cao hơn có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý ATNB cao hơn và ngược lại, khi điều dưỡng có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý ATNB cao hơn thì năng lực ATNB cũng cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huh và cộng sự (2021) với hoạt động ATNB của điều dưỡng có tương quan với các khía cạnh của năng lực ATNB [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Shin và Jang (2023), năng lực về ATNB có ảnh hưởng đến hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng [8]. Mối tương quan này cho thấy rằng việc nâng cao năng lực ATNB góp phần tăng cường các hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng và ngược lại, khi điều dưỡng có tần suất thực hiện các hoạt động quản lý ATNB cao hơn thì năng lực ATNB của điều dưỡng cũng cao hơn. Điều này tạo nên mối quan hệ hai chiều cùng thúc đẩy ATNB trong quá trình chăm sóc sức khỏe.

4.4. Hạn chế và hướng phát triển nghiên cứu

Đây chỉ là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, khảo sát một số điều dưỡng tại hai bệnh viện hạng I thuộc khu vực miền Trung Việt Nam nên chưa mang tính đại diện cho toàn bộ điều dưỡng Việt Nam. Hơn nữa,

nghiên cứu chỉ sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn nên chưa khai thác hết các vấn đề liên quan đến chủ đề nghiên cứu.

Chính vì vậy, nên có nghiên cứu định tính sâu hơn để đánh giá được năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng và các hoạt động quản lý an toàn người bệnh mà điều dưỡng đang còn hạn chế để xây dựng kế hoạch nhằm nâng cao năng lực, kiến thức và kỹ năng của điều dưỡng trong việc thực hiện chăm sóc an toàn người bệnh.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Năng lực an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,22 \pm 0,35$, trong đó, lĩnh vực giao tiếp hiệu quả có điểm trung bình cao nhất ($4,43 \pm 0,48$). Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng có điểm trung bình là $4,40 \pm 0,39$, trong đó, lĩnh vực kiểm tra đúng người bệnh ($4,61 \pm 0,45$) và kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,61 \pm 0,41$) có điểm trung bình cao nhất. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có mối tương quan thuận giữa năng lực và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ($Rho=0,301$, $p < 0,001$).

Kết quả thu được là cơ sở cho việc xây dựng và triển khai các khóa đào tạo về an toàn người bệnh cho điều dưỡng, nhằm nâng cao năng lực an toàn người bệnh và tăng cường việc thực hiện các hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng, từ đó góp phần hạn chế các sự cố y khoa, đảm bảo an toàn cho người bệnh, cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe của bệnh viện.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Nghiên cứu này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

Tuyên bố khác: Nghiên cứu này là một phần của đề tài khoa học và công nghệ cấp Bộ, mã số: B2024-DHH-04.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Patient safety 2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>].
2. WHO. Chất lượng y tế và an toàn người bệnh tại Việt Nam 2024 [Available from: <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/quality-and-patient-safety>].
3. Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, editors. Textbook of patient safety and clinical risk management. Cham (CH): Springer Copyright 2021, The

Author(s). 2021. p. 93-8.

4. Kim E, Kang SJ. The effects of nursing ethics and major satisfaction on patient safety management activities of nursing students. Medico Legal Update. 2020;20(1):1766-71.
5. Choi JH, Kim K. A structural equation model for the patient safety competency of clinical nurses. PeerJ. 2024;12:18462-77.
6. Kim NY. Nursing students' informal learning of

- patient safety management activities. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(12):1635-43.
7. Huh A, Shin JH. Person-centered care practice, patient safety competence, and patient safety nursing activities of nurses working in Geriatric hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5169-80.
8. Shin JY, Jang EH. Influence of person-centered perioperative nursing and patient safety competency on patient safety management activities among Operating room nurses: A descriptive survey study. *Korean J Adult Nurs*. 2023;35(2):97-106.
9. Hồ DB, Dương TNL, Võ TN, Đặng TTP, Dương THL, Hồ TMY. Năng lực thực hành an toàn người bệnh của điều dưỡng ở Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược Huế, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*. 2024;Số đặc biệt:66-74.
10. Hồ DB, Dương TNL, Đặng TTP, Võ TN, Lê ĐN, Nguyễn TP và cộng sự. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ở Bệnh viện Đà Nẵng và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược Huế, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*. 2024;Số đặc biệt:99-107.
11. Stevanin S, Bressan V, Bulfone G, Zanini A, Dante A and Palese A. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: The findings of a cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2015;35(8):926-34.
12. Cochran WG. Sampling techniques, 3rd edition. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. Ginsburg L, Castel E, Tregunno D and Norton PG. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(8):676-84.
14. Park H-H, Kim S. A structural equation model of nurses' patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2019;25(2):63-72.
15. WHO. WHO guidelines on translation and adaptation of instruments [Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
16. Han Y, Kim JS, Seo Y. Cross-sectional study on patient safety culture, patient safety competency, and adverse events. *West J Nurs Res*. 2020;42(1):32-40.
17. Choi E-A, Kwon YE. The effects of patient safety culture perception and patient safety competencies on patient safety management activities in nurses. *Journal of Digital Convergence*. 2019;17(12):281-8.
18. Ghasempour M, Ghahramanian A, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Onyeka TC, Asghari Jafarabadi M. Senior nursing student's confidence in learnt competencies and perceptions of patient safety competency: a multisite cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(8):70372-82.
19. Park JH. Effects of nurses' patient safety management importance, patient safety culture and nursing service quality on patient safety management activities in Tertiary hospitals. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2020;26(3):181-91.
20. Lee E, Lee H. Effects of patient safety management system, leadership, and communication types on nurse' patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2024;30(4):367-78.
21. Kim HJ, Kim HJ. Influences of nursing workplace spirituality, organizational citizenship behavior, and perception of patient safety management on the patient safety nursing activities among a Tertiary hospital nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2022;28(3):179-89.
22. Park D-G, An HJ. The effects of patient safety culture perception and safety control on the patient safety management activities of Psychiatric ward nurses. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2023;32(2):138-45.
23. Kim JS, Kim J-S. Association of job crafting and perception of patient safety culture with patient safety management activities among hospital nurses. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2022;28(4):382-92.
24. Lee Y, Hwang WJ. The impact of nurse's sense of calling, organizational commitment, job stress, and nursing work environment on patient safety management activities in comprehensive nursing care service units during the covid-19 pandemic. *BMC Nurs*. 2024;23(1):311-24.

Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và các hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Hồ Duy Bình¹, Dương Thị Ngọc Lan¹, Nguyễn Khoa Hùng¹,
Nguyễn Thị Luyện², Nguyễn Minh Hải², Đặng Thị Thanh Phúc^{1*}

¹ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị

Tác giả liên hệ: Đặng Thị Thanh Phúc. Email: dtthphuc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 07/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 22/09/2025

Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: An toàn người bệnh là thách thức lớn của y tế toàn cầu, trong đó điều dưỡng giữ vai trò then chốt. Tuy nhiên, tại Việt Nam, mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng vẫn chưa được làm rõ. Nghiên cứu nhằm khảo sát và xác định mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 345 điều dưỡng tại các khoa lâm sàng của 2 Bệnh viện hạng I ở miền trung Việt Nam bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Sử dụng thang đo văn hóa an toàn người bệnh (HSOPSC) và hoạt động quản lý an toàn người bệnh (PSMA) để đánh giá văn hóa và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng.

Kết quả: Văn hóa an toàn người bệnh đạt mức trung bình ($3,31 \pm 0,23$ với 57,81% phản hồi tích cực), hoạt động quản lý an toàn người bệnh đạt mức cao ($4,46 \pm 0,31$). Đặc biệt, văn hóa an toàn người bệnh có mối tương quan thuận với hoạt động quản lý an toàn người bệnh ($\rho = 0,194$; $p < 0,001$).

Kết luận: Các bệnh viện cần tăng cường văn hóa an toàn người bệnh, đặc biệt ở bàn giao, trao đổi cởi mở và phản hồi không buộc tội, để nâng cao hiệu quả hoạt động quản lý an toàn người bệnh.

Từ khoá: văn hóa an toàn người bệnh, hoạt động quản lý an toàn người bệnh, điều dưỡng.

The relationship between patient safety culture and nurses' patient safety management activities

Hồ Duy Bình¹, Dương Thị Ngọc Lan¹, Nguyễn Thị Luyện²,
Nguyễn Minh Hải², Đặng Thị Thanh Phúc^{1*}

¹ Faculty of Nursing, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Quang Tri Provincial General Hospital

Abstract

Background: Patient safety is a major global healthcare challenge, with nurses playing a pivotal role. However, in Vietnam, the relationship between patient safety culture and patient safety management activities among nurses has not been clearly established. This study aimed to assess and determine the relationship between patient safety culture and patient safety management activities among nurses.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 345 nurses from clinical departments of two tertiary hospitals in central Vietnam using a stratified random sampling method. The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) and Patient Safety Management Activities (PSMA) scales were used to evaluate nurses' patient safety culture and management activities.

Results: Patient safety culture was at a moderate level (3.31 ± 0.23 ; 57.81% positive responses), while patient safety management activities were high (4.46 ± 0.31). Notably, patient safety culture showed a positive correlation with patient safety management activities ($\rho = 0.194$; $p < 0.001$).

Conclusion: Hospitals should strengthen patient safety culture, particularly in handoffs, open communication, and non-punitive feedback, to enhance the effectiveness of patient safety management activities.

Keywords: patient safety culture, patient safety management activities, nurses

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn người bệnh (ATNB) là một trong những thách thức hàng đầu của hệ thống y tế toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp, khoảng 134 triệu sự cố bất lợi xảy ra hằng năm trong chăm sóc y tế, dẫn tới 2,6 triệu ca tử vong có thể phòng tránh được [1]. Một phân tích tại các bệnh viện ở Mỹ cho thấy khoảng 1/10 người bệnh nội trú gặp sự cố y khoa, trong đó 50% là có thể phòng ngừa [2]. Để giảm thiểu các sự cố này, nhiều quốc gia nhấn mạnh vai trò xây dựng văn hóa an toàn người bệnh (VHATNB), coi đây là nền tảng thúc đẩy các hành vi và hoạt động an toàn. Nghiên cứu của Najafi và cộng sự (2022) tại Iran cho thấy, những đơn vị có điểm VHATNB cao hơn 10% thì tỉ lệ sự cố y khoa thấp hơn rõ rệt, đặc biệt là té ngã, loét tỳ đè và sai sót thuốc [3].

Điều dưỡng là lực lượng chiếm đa số trong nhân lực bệnh viện, trực tiếp tham gia hầu hết các khâu chăm sóc. Do đó có vai trò quyết định trong triển khai các hoạt động quản lý ATNB như báo cáo sự cố, tuân thủ quy trình, giám sát nguy cơ. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 312 điều dưỡng cho thấy VHATNB có ảnh hưởng trực tiếp và có ý nghĩa thống kê đến mức độ thực hiện hoạt động quản lý ATNB ($p < 0,001$) [4].

Tại Việt Nam, các khảo sát ban đầu cho thấy chỉ khoảng 55 - 65% điều dưỡng đánh giá cao về VHATNB, trong đó các lĩnh vực yếu nhất là “không đổ lỗi trong báo cáo sự cố” và “tần suất báo cáo sự cố” [5]. Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021 cũng ghi nhận chỉ 46,2% điều dưỡng thường xuyên báo cáo sự cố, mặc dù trên 70% cho rằng hoạt động này cần thiết [6].

Như vậy, mặc dù đã có nhiều nỗ lực xây dựng văn hóa an toàn, khoảng cách giữa nhận thức và hành động thực tế của điều dưỡng trong quản lý ATNB vẫn còn đáng kể. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trong nước, tuy nhiên mới dừng lại ở mô tả thực trạng VHATNB còn mối quan hệ giữa VHATNB và hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng bệnh viện ở Việt Nam vẫn chưa được làm rõ. Do đó, việc nghiên cứu “Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng” là cần thiết, nhằm:

1. Khảo sát văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng.
2. Xác định mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên điều dưỡng đang làm

việc tại các khoa lâm sàng của 02 Bệnh viện hạng I của miền Trung Việt Nam.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Điều dưỡng trực tiếp làm công tác chăm sóc người bệnh.

- Có thời gian công tác tại bệnh viện ít nhất là 06 tháng.

- Đã có chứng chỉ hành nghề.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Vắng mặt trong thời gian khảo sát hoặc không hoàn thành phiếu khảo sát.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Các khoa lâm sàng của 02 Bệnh viện hạng I của miền Trung Việt Nam, từ tháng 8/2024 đến tháng 9/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: được tính bằng phần mềm G*Power 3.1 [7]. Chọn mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, công suất thống kê Power $(1 - \beta) = 0,95$, kích thước hiệu ứng effect size = 0,2 [8]. Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 314. Dự trừ thêm 10% tỉ lệ hao hụt trong quá trình nghiên cứu, do vậy cỡ mẫu được lựa chọn trong nghiên cứu là 351 điều dưỡng. Trong đó, tổng số phiếu đạt yêu cầu là 345 (tỉ lệ tham gia nghiên cứu đạt 98,28%).

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo nguyên tắc mẫu tỉ lệ của Cochran (1977) [9].

2.3.3. Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ khảo sát bao gồm 3 phần:

- Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, gồm:

+ Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính, dân tộc, tôn giáo, trình độ chuyên môn, tình trạng hôn nhân.

+ Đặc điểm liên quan đến công tác: đơn vị công tác, vị trí công việc, số năm kinh nghiệm lâm sàng, số năm làm việc ở đơn vị hiện tại, số giờ làm việc mỗi tuần tại bệnh viện, số ca trực đêm trong tháng và mức độ hài lòng với công việc. Trong đó, mức độ hài lòng với công việc được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất không hài lòng) đến 5 (rất hài lòng).

+ Đặc điểm liên quan đến ATNB: đào tạo về ATNB, kinh nghiệm về thực hành ATNB, chứng kiến và/hoặc gặp phải sự cố y khoa hoặc tình huống có nguy cơ gây sự cố, kinh nghiệm về báo cáo sự cố y khoa và tự đánh giá năng lực thực hành an ATNB. Trong đó tự đánh giá năng lực thực hành ATNB được đánh giá theo thang điểm Likert 5 từ 1 (rất kém) đến 5 (rất tốt).

- Phần 2: Sử dụng bộ công cụ khảo sát VHATNB (HSOPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture)

của Tổ chức AHRQ (Bản dịch tiếng Việt đã được Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh chuẩn hóa theo quy trình phiên dịch của AHRQ và đã được tổ chức này công nhận, cho phép sử dụng tại Việt Nam) [10]. Nội dung gồm 42 câu hỏi thuộc 12 lĩnh vực ATNB được thu thập là biến thứ hạng, dựa trên thang Likert 5 từ 1 (Rất không đồng ý) đến 5 (Rất đồng ý).

+ Mức độ đáp ứng VHATNB đối với từng lĩnh vực: Tỷ lệ đáp ứng của từng lĩnh vực được xác định bằng cách tính trung bình tỷ lệ phần trăm của từng tiểu mục theo từng lĩnh vực.

+ Mức độ đáp ứng VHATNB chung: Tỷ lệ đáp ứng tích cực chung được xác định bằng cách tính trung bình tỷ lệ % đáp ứng trên tất cả 12 lĩnh vực [11]. Từ đó sẽ tính được mức độ chung về VHATNB là tỷ lệ phần trăm tích cực trung bình 12 lĩnh vực. Trong đó: > 75% là mức độ VHATNB tốt; 50 - 75% là mức độ VHATNB trung bình; < 50% là mức độ VHATNB thấp [12].

- Phần 3: Bộ công cụ đánh giá hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng PSMA (The patient safety management activities). Bộ công cụ PSMA đã được phát triển bởi Park và Kim (2019) để đánh giá hoạt động quản lý ATNB với độ đặc hiệu và độ tin cậy cao Cronbach's $\alpha = 0,89$ [4]. Bộ công cụ gồm 24 mục bao gồm 6 lĩnh vực:

- + Kiểm tra đúng người bệnh (4 mục).
- + Giao tiếp giữa các nhân viên y tế (5 mục).
- + Quản lý thuốc nguy cơ cao (2 mục).
- + Kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác (3 mục).
- + Kiểm soát nhiễm khuẩn (7 mục).
- + Phòng ngừa té ngã (3 mục).

Mỗi mục được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm nằm trong khoảng từ 1 (không phải lúc nào cũng vậy) đến 5 (luôn luôn như vậy), trong đó điểm cao hơn tương ứng với tần suất cao hơn của các hoạt động quản lý ATNB. Độ tin cậy Cronbach's $\alpha = 0,859$ [13] và độ tin cậy trong nghiên cứu này Cronbach's $\alpha = 0,805$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 345)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	39	11,3
	Nữ	306	88,7
Tuổi	<35	203	58,8
	≥ 35	142	41,2
	ĐTB ± ĐLC (GTNN - GTLN)	34,12 ± 6,63 (22 - 55)	

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Liên hệ điều dưỡng trưởng bệnh viện để tiến hành thống kê tổng số và danh sách điều dưỡng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của các khoa lâm sàng thuộc 02 bệnh viện.

Bước 2: Tính cỡ mẫu cần thiết của mỗi bệnh viện, mỗi khoa lâm sàng theo công thức tỷ lệ của Cochran (1977) [9].

Bước 3: Từ danh sách điều dưỡng thỏa mãn của mỗi khoa lâm sàng, chọn ngẫu nhiên điều dưỡng tham gia vào nghiên cứu.

Bước 4: Nghiên cứu viên tiến hành tổ chức tập huấn cho các điều tra viên là điều dưỡng thuộc phòng điều dưỡng bệnh viện.

Bước 5: Các điều tra viên sẽ tổ chức một buổi sinh hoạt, phổ biến lại với các đối tượng nghiên cứu về các nội dung được tập huấn tại các khoa. Các điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và sẽ không bị tiết lộ danh tính.

Bước 6: Điều tra viên ở các bệnh viện sử dụng bộ công cụ thiết kế sẵn để tiến hành khảo sát các điều dưỡng.

Bước 7: Sau khi điều dưỡng hoàn thành phiếu khảo sát, điều tra viên kiểm tra sự hoàn chỉnh của phiếu sau đó gửi lại cho nghiên cứu viên.

2.3.4. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để tính ra các đặc trưng của thống kê mô tả như giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tần số, tỷ lệ phần trăm. Kiểm định tương quan Spearman giữa VHATNB và các hoạt động quản lý ATNB. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$. Độ tin cậy trong nghiên cứu này là 95% (CI = 95%).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế với mã số H2024/022 ngày 05 tháng 02 năm 2024.

Khoa phòng công tác	Nội	84	24,3
	Ngoại	62	18,0
	Sản - Nhi - Ung bướu	56	16,2
	Cấp cứu- GMHS- ICU	98	28,4
	Khác	45	13,0
Trình độ chuyên môn	Trung cấp/Cao đẳng	230	66,7
	Đại học trở lên	115	33,3
Số năm kinh nghiệm lâm sàng	1 - 5 năm	65	18,8
	> 5 - 10 năm	117	33,9
	> 10 - 15 năm	86	24,9
	> 15 - 20 năm	40	11,6
	Từ 21 năm trở lên	37	10,7
	ĐTB ± ĐLC	11,26 ± 6,69 (1 - 35)	
Số năm công tác tại Bệnh viện hiện tại	< 1 năm	2	0,6
	1 - 5 năm	78	22,6
	> 5 - 10 năm	110	31,9
	> 10 - 15 năm	84	24,3
	> 15 - 20 năm	42	12,2
	Từ 21 năm trở lên	29	8,4
	ĐTB ± ĐLC	10,62 ± 6,59 (0,5 - 35)	
Số giờ làm việc ở bệnh viện mỗi tuần	< 60 giờ	208	60,3
	≥ 60 giờ	137	39,7
	ĐTB ± ĐLC	54,58 ± 14,45	
Số ca trực đêm trong tháng	< 4 lần	54	15,7
	≥ 4 lần	291	84,3
	ĐTB ± ĐLC	6,36 ± 3,03	

Trong tổng số 345 đối tượng nghiên cứu, đa số là nữ (88,7%), tuổi trung bình $34,12 \pm 6,63$. Đối tượng chủ yếu công tác ở các khoa Cấp cứu - GMHS - ICU (28,4%) và khoa Nội (24,3%). Trình độ chuyên môn phần lớn là trung cấp/cao đẳng (66,7%). Số năm kinh nghiệm lâm sàng trung bình 11,26 năm, trong đó kinh nghiệm > 5 - 10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (33,9%). Thời gian công tác tại bệnh viện hiện tại trung bình 10,62 năm. Đa số làm việc < 60 giờ/tuần (60,3%), nhưng có tới 84,3% trực đêm ≥ 4 lần/tháng.

Bảng 2. Đặc điểm liên quan đến công tác và an toàn người bệnh (n = 345)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đào tạo về ATNB	Có	344	99,7
	Không	1	0,3
Kinh nghiệm về báo cáo sự cố y khoa	Có	243	70,4
	Không	102	29,6

Số lượng sự cố được báo cáo cho Bệnh viện trong 12 tháng qua	Không có	219	63,5
	1 đến 2	73	21,2
	3 đến 5	35	10,1
	6 đến 10	17	4,9
	11 đến 20	1	0,3
	ĐTB ± ĐLC (GTNN-GTLN)	1,09 ± 2,09 (0-15)	
Bệnh viện khuyến khích động viên báo cáo sự cố	Có	344	99,7
	Không	1	0,3
Khuyến khích bằng hình thức (câu hỏi nhiều lựa chọn)	Đánh giá thi đua khen thưởng cuối năm	178	44,4
	Vinh danh ở Bảng tin Bệnh viện	17	4,2
	Tặng tiền thưởng/phụ cấp	24	6,0
	Tặng huy hiệu/quà tặng	4	1,0
	Bổ nhiệm vào Ban an toàn người bệnh tại Bệnh viện	6	1,5
	Ưu tiên đi học các lớp về An toàn người bệnh	90	22,4
	Khác	82	20,4
Đánh giá mức độ ATNB tại Khoa	Kém	1	0,3
	Chấp nhận được	110	31,9
	Rất tốt	226	65,5
	Xuất sắc	8	2,3

Hầu hết điều dưỡng tham gia nghiên cứu đều đã được đào tạo về ATNB (99,7%) và nhận thấy bệnh viện khuyến khích báo cáo sự cố (99,7%). Tuy nhiên, trong 12 tháng qua, 63,5% chưa từng báo cáo sự cố, số sự cố trung bình báo cáo chỉ $1,09 \pm 2,09$. Các hình thức khuyến khích chủ yếu là đánh giá thi đua khen thưởng cuối năm (44,4%) và ưu tiên đi học các lớp ATNB (22,4%). Về mức độ ATNB tại khoa, đa số đánh giá ở mức rất tốt (65,5%), chỉ có 0,3% cho rằng kém.

3.2. Văn hóa an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 3. Văn hóa an toàn người bệnh của điều dưỡng (N=345).

Văn hóa an toàn người bệnh	Tỉ lệ phản hồi tích cực (%)	ĐTB ± ĐLC	GTNN-GTLN
Làm việc nhóm trong khoa	96,23	$4,31 \pm 0,42$	3,00 - 5,00
Học tập - cải tiến liên tục	92,66	$4,12 \pm 0,42$	2,67 - 5,00
Nhân lực	50,36	$3,17 \pm 0,51$	1,75 - 5,00
Nhận thức chung về ATNB	47,90	$3,07 \pm 0,53$	1,50 - 5,00
Hành xử không buộc tội khi có sai sót	21,35	$2,56 \pm 0,69$	1,00 - 5,00
Lãnh đạo khoa khuyến khích ATNB	53,48	$3,09 \pm 0,49$	1,75 - 5,00
Thông báo phản hồi sai sót	88,41	$4,04 \pm 0,44$	2,33 - 5,00
Trao đổi cởi mở về sai sót	43,09	$3,12 \pm 0,45$	1,67 - 5,00
Tần suất báo cáo sự cố	63,00	$3,64 \pm 0,73$	1,33 - 5,00

Hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện về ATNB	69,18	3,54 ± 0,44	2,00 - 5,00
Phối hợp giữa các khoa trong bệnh viện	56,16	3,18 ± 0,43	1,75 - 5,00
Bàn giao và chuyển bệnh	11,96	2,18 ± 0,66	1,00 - 5,00
Văn hóa an toàn người bệnh (HSOPSC)	57,81	3,31 ± 0,23	2,81 - 5,00

Kết quả cho thấy VHATNB chung đạt mức trung bình với ĐTB = 3,31 ± 0,23 và 57,81% phản hồi tích cực. Các lĩnh vực nổi bật là làm việc nhóm trong khoa (ĐTB = 4,31; 96,23% phản hồi tích cực), học tập - cải tiến liên tục (ĐTB = 4,12; 92,66% phản hồi tích cực) và thông báo phản hồi sai sót (ĐTB = 4,04; 88,41% phản hồi tích cực). Ngược lại, các lĩnh vực còn hạn chế gồm bàn giao và chuyển bệnh (ĐTB = 2,18; 11,96% phản hồi tích cực), hành xử không buộc tội khi có sai sót (ĐTB = 2,56; 21,35% phản hồi tích cực) và trao đổi cởi mở về sai sót (ĐTB = 3,12; 43,09% phản hồi tích cực).

3.3. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 4. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng (N = 345)

Lĩnh vực nghiên cứu	ĐTB ± SD	GTNN-GTLN
Kiểm tra đúng người bệnh	4,66 ± 0,40	3,00 - 5,00
Giao tiếp giữa các nhân viên y tế	4,19 ± 0,69	1,60 - 5,00
Quản lý thuốc nguy cơ cao	4,15 ± 0,68	2,50 - 5,00
Kiểm tra phẫu thuật/ngoại khoa chính xác	4,54 ± 0,44	3,00 - 5,00
Kiểm soát nhiễm khuẩn	4,66 ± 0,37	3,43 - 5,00
Phòng ngừa té ngã	4,29 ± 0,53	2,33 - 5,00
Hoạt động quản lý an toàn người bệnh (PSMA)	4,46 ± 0,31	3,58 - 5,00

Hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng có điểm trung bình là 4,46 ± 0,31. Trong đó, lĩnh vực kiểm tra đúng người bệnh (4,66 ± 0,40) và kiểm soát nhiễm khuẩn (4,66 ± 0,37) có điểm trung bình cao nhất, lĩnh vực quản lý thuốc nguy cơ cao (4,15 ± 0,68) có điểm trung bình thấp nhất.

3.4. Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Bảng 5. Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng (N = 345)

	Văn hóa an toàn người bệnh (HSOPSC)	Hoạt động quản lý an toàn người bệnh (PSMA)
Văn hóa an toàn người bệnh (HSOPSC)	1	
Hoạt động quản lý an toàn người bệnh PSMA)	0,194 (< 0,001)	1

* Kiểm định tương quan Spearman

Kết quả phân tích cho thấy VHATNB (HSOPSC) có mối tương quan thuận với hoạt động quản lý ATNB (PSMA) với hệ số tương quan rho = 0,194 và có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

4. BÀN LUẬN

4.1. Văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

4.1.1. Văn hóa an toàn người bệnh của điều dưỡng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ĐTB chung về VHATNB đạt 3,31 ± 0,23 với 57,81% phản hồi tích cực, mức trung bình. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Oman (2020) với tỉ lệ phản hồi tích cực 56,4% [14], nhưng cao hơn nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2019 với 44,65% [15], một nghiên cứu

khác tại Hàn Quốc năm 2019 với ĐTB 3,14 ± 0,45 [16], và nghiên cứu tại Iran (2022) với ĐTB 3,08 ± 0,49 [3]. Mặt khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn các nghiên cứu trong nước và trên thế giới, như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Khánh Linh (2023) đạt 71% [17], Liêu Minh Phước và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Chợ Rẫy đạt 84,7% [18], nghiên cứu của Bùi Thị Hà Vi và Lê Bảo Châu (2023) tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ngãi đạt 72,1% [19], cũng như nghiên cứu tại Iran (2025) và hai nghiên cứu tại Hàn Quốc (2024) với ĐTB lần lượt 3,24 ±

0,46 [20], $3,37 \pm 0,41$ [21] và $3,78 \pm 0,47$ [22]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi sự khác nhau về bối cảnh hệ thống y tế, chính sách quản lý chất lượng và ATNB, mức độ cam kết của lãnh đạo, cũng như văn hóa tổ chức; trong đó các bệnh viện có chính sách báo cáo sự cố rõ ràng, cơ chế khuyến khích đa dạng và môi trường “không buộc tội” thường ghi nhận tỉ lệ phản hồi tích cực cao hơn, trong khi ở những cơ sở thiếu nguồn lực, áp lực công việc cao hoặc còn tồn tại văn hóa đổ lỗi thì VHATNB thường ở mức trung bình hoặc thấp.

Các lĩnh vực nổi bật là làm việc nhóm trong khoa (ĐTB = 4,31; 96,23% phản hồi tích cực), học tập - cải tiến liên tục (ĐTB = 4,12; 92,66% phản hồi tích cực) và thông báo phản hồi sai sót (ĐTB = 4,04; 88,41% phản hồi tích cực), thể hiện điểm mạnh về hợp tác, cải tiến và phản hồi sự cố. Kết quả này tương đồng với những nghiên cứu ở Bệnh viện Bệnh viện Sản-Nhi Quảng Ngãi [19], Chợ Rẫy [18], Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế [23], và các nghiên cứu khác trên thế giới [20], [21]. Kết quả này cho thấy đội ngũ điều dưỡng trong khoa duy trì tinh thần hợp tác và hỗ trợ lẫn nhau, đồng thời luôn chủ động học hỏi, rút kinh nghiệm từ thực tiễn nhằm nâng cao an toàn người bệnh. Làm việc nhóm được xem là nền tảng quan trọng trong hoạt động điều dưỡng, vì không chỉ tạo ra sự thống nhất trong quy trình chăm sóc mà còn giúp cải thiện hiệu quả công việc, tăng cường chất lượng dịch vụ và giảm thiểu rủi ro trong thực hành lâm sàng. Một số nghiên cứu trước đây cũng khẳng định làm việc nhóm tốt góp phần làm giảm tỉ lệ sai sót y khoa và nâng cao kết quả chăm sóc.

Ngược lại, các lĩnh vực còn hạn chế gồm bàn giao và chuyển bệnh (ĐTB = 2,18; 11,96% phản hồi tích cực), hành xử không buộc tội khi có sai sót (ĐTB = 2,56; 21,35% phản hồi tích cực) và trao đổi cởi mở về sai sót (ĐTB = 3,12; 43,09% phản hồi tích cực), cho thấy cần ưu tiên cải thiện. Kết quả này cũng tương đồng với những nghiên cứu trước đây [14], [15], [23]. Nguyên nhân có thể do các rào cản trong văn hóa tổ chức, tâm lý e ngại bị quy trách nhiệm khi báo cáo sự cố, cũng như hạn chế trong hệ thống giao tiếp và phối hợp liên khoa. Những yếu tố này đã được chứng minh là làm giảm sự minh bạch trong trao đổi sai sót và ảnh hưởng đến hiệu quả của các quy trình bàn giao, từ đó làm tăng nguy cơ mất ATNB.

4.1.2. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Kết quả bảng 4 cho thấy, hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng có ĐTB đạt $4,46 \pm 0,31$ trên tổng 5 điểm. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả của Huh và cộng sự (2021) với ĐTB hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng là $4,52 \pm 0,42$ [24]

và nghiên cứu của Lee và Han (2024) với ĐTB hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng nhi khoa là $4,50 \pm 0,38$ [21]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với nghiên cứu của Park và An (2023), của Choi và cộng sự (2019), Kim và Kang (2020), Kang và cộng sự (2020) với ĐTB lần lượt là $3,85 \pm 0,57$ [25], $4,26 \pm 0,45$ [26], $4,07 \pm 0,59$ [27], $4,09 \pm 0,44$ [28]. Sự khác biệt này có thể là do sự khác nhau về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, các điều kiện về công tác và học tập cũng như các đặc điểm liên quan đến đào tạo và kinh nghiệm về ATNB của đối tượng nghiên cứu.

Trong đó, lĩnh vực kiểm tra đúng người bệnh ($4,66 \pm 0,40$) và kiểm soát nhiễm khuẩn ($4,66 \pm 0,37$) có ĐTB cao nhất, lĩnh vực quản lý thuốc nguy cơ cao ($4,15 \pm 0,68$) có ĐTB thấp nhất. Phát hiện này của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây [13], [24]. Nguyên nhân có thể do các rào cản trong văn hóa tổ chức, tâm lý e ngại bị quy trách nhiệm khi báo cáo sự cố, cũng như hạn chế trong hệ thống giao tiếp và phối hợp liên khoa. Những yếu tố này đã được chứng minh là làm giảm sự minh bạch trong trao đổi sai sót và ảnh hưởng đến hiệu quả của các quy trình bàn giao, từ đó làm tăng nguy cơ mất ATNB.

4.2. Mối quan hệ giữa văn hóa an toàn người bệnh và hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng

Nghiên cứu cũng xác định VHATNB (HSOPSC) có mối tương quan thuận với hoạt động quản lý ATNB (PSMA) với hệ số tương quan rho = 0,194 và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này cho thấy khi mức độ VHATNB của điều dưỡng càng cao thì hoạt động quản lý ATNB cũng có xu hướng được cải thiện. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên thế giới. Cụ thể, nghiên cứu của Lee và Han (2024) đã cho thấy chứng minh có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa hoạt động điều dưỡng về ATNB của điều dưỡng nhi khoa và nhận thức của họ về VHATNB ($r = 0,30$; $p < 0,001$) [21]. Tương tự, nghiên cứu của Park và Lee (2024) tại Hàn Quốc cũng đã tìm thấy mối quan hệ này với $r = 0,47$, $p < 0,001$ [22]. Ngoài ra, nghiên cứu tại Iran năm 2025 cũng đã phát hiện ra rằng có mối quan hệ giữa VHATNB và hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng làm việc ở khoa cấp cứu [20]. Về mặt khoa học, mối tương quan này có thể lý giải bởi VHATNB tích cực tạo ra môi trường khuyến khích báo cáo sự cố, học hỏi từ sai sót và trao đổi cởi mở, từ đó nâng cao chất lượng hoạt động quản lý ATNB. Ngược lại, khi hệ thống quản lý ATNB vận hành hiệu quả cũng góp phần củng cố nhận thức của điều dưỡng về tầm quan trọng của VHATNB, tạo nên mối quan hệ hai chiều cùng thúc đẩy ATNB.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy VHATNB chung của điều dưỡng đạt mức trung bình ($\bar{DTB} = 3,31 \pm 0,23$; 57,81% phản hồi tích cực). Trong đó, các điểm mạnh tập trung ở làm việc nhóm trong khoa, học tập - cải tiến liên tục và thông báo phản hồi sai sót, trong khi những lĩnh vực hạn chế gồm bàn giao và chuyển bệnh, hành xử không buộc tội khi có sai sót và trao đổi cởi mở về sai sót. Hoạt động quản lý ATNB của điều dưỡng nhìn chung đạt mức cao ($\bar{DTB} = 4,46 \pm 0,31$), với kết quả nổi bật ở kiểm tra đúng người bệnh và kiểm soát nhiễm khuẩn, song quản lý thuốc nguy cơ cao là lĩnh vực có điểm thấp nhất.

Đặc biệt, nghiên cứu xác định VHATNB có mối tương quan thuận với hoạt động quản lý ATNB ($\rho = 0,194$; $p < 0,001$), cho thấy VHATNB càng tích cực thì hoạt động quản lý ATNB càng được cải thiện.

Để nâng cao VHATNB, bệnh viện cần ưu tiên cải thiện quy trình bàn giao, khuyến khích trao đổi cởi mở và xây dựng cơ chế phản hồi không buộc tội, nhằm tạo môi trường học hỏi và minh bạch. Song song đó, cần củng cố năng lực quản lý thuốc nguy cơ cao, tăng cường đào tạo và giám sát chéo để bảo đảm thực hành an toàn. Ngoài ra, lãnh đạo bệnh viện nên duy trì và phát triển các chính sách hỗ trợ, nhằm củng cố mối quan hệ tích cực giữa VHATNB và hoạt động quản lý ATNB, góp phần bảo đảm ATNBA toàn diện và bền vững.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

Các tuyên bố khác: Nghiên cứu này là một phần của đề tài khoa học và công nghệ cấp Bộ, mã số: B2024-DHH-04.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization. Patient safety [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
- Hafezi A, Babaii A, Aghaie B, Abbasinia M. The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):292–9.
- Park HH, Kim S. A structural equation model of nurses' patient safety management activities. *J Korean Acad Nurs Adm*. 2019;25(2):63–72.
- Nguyễn TPD, Nguyễn TT. Nhận thức của điều dưỡng về an toàn người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, năm 2020. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2021;62(1):113–8.
- Lê TH, Trần TL. Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;525(1B):210–4.
- Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41:1149–60.
- Grove SK, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2012.
- Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
- Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh. Công văn số 4233/SYT-NVY về việc Ban hành khuyến cáo xây dựng văn hóa an toàn người bệnh tại các bệnh viện. 2016.
- Lê TH, Trần TL. Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;525(1B):210–4.
- Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:122–36.
- Hồ DB, Dương TNL, Đặng TTP, Võ TN, Lê ĐN, Nguyễn TP, et al. Hoạt động quản lý an toàn người bệnh của điều dưỡng ở Bệnh viện Đà Nẵng và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược Huế – Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế*. 2024;Số đặc biệt Hội nghị khoa học Điều dưỡng tháng 11/2024:99–107.
- Alrahbi HH, Al-Toqi SK, Sony S, Al-Abri N. Assessment of patient safety culture among healthcare providers. *Glob J Health Sci*. 2021;13(2):1–59.
- Han Y, Kim JS, Seo Y. Cross-sectional study on patient safety culture, patient safety competency, and adverse events. *West J Nurs Res*. 2020;42(1):32–40.
- Cho SM, Choi J. Patient safety culture associated with patient safety competencies among registered nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(5):549–57.
- Nguyễn NKL. Đánh giá văn hóa an toàn người bệnh từ góc độ nhân viên Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh [Luận văn Thạc sĩ]. Thành phố Hồ Chí Minh: Trường Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh; 2023.
- Liêu MP, Vũ TTH, Nguyễn NL, Bùi TTQ. Văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Chợ Rẫy Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;530(1B):226–31.
- Bùi THV, Lê BCh. Thực trạng văn hóa an toàn người bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(1):329–33.
- Nafe P, Habibi-Soola A, Aghaei MH, Mehri S. The relationship between error experience and patient safety culture with safe activities of emergency nurses. *Sci Rep*. 2025;15(1):10438.
- Lee SJ, Han YR. The influencing factors of pediatric nurses' perception of patient safety culture and partnership

with patients' parents on patient safety nursing activities in South Korea: a descriptive study. *Child Health Nurs Res.* 2024;30(4):255–65.

22. Park SH, Lee JH. Factors influencing children's hospital nurses' safety accident management activities for hospitalized children. *Iran J Public Health.* 2024;53(11):2509–18.

23. Trần TN, Nguyễn TM, Nguyễn TN, Dương THL, Hồ DB. Khảo sát nhận thức về báo cáo sự cố y khoa và văn hóa an toàn người bệnh của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2025;187(2):322–32.

24. Huh A, Song JH. Person-centered care practice, patient safety competence, and patient safety nursing activities of nurses working in geriatric hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5169–80.

25. Park DG, An HJ. The effects of patient safety culture perception and safety control on the patient safety management activities of psychiatric ward nurses. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs.* 2023;32(2):138–45.

26. Choi EA, Kwon YE. The effects of patient safety culture perception and patient safety competencies on patient safety management activities in nurses. *J Digit Converg.* 2019;17(12):281–8.

27. Kim EJ, Kang SJ. The effects of nursing ethics and major satisfaction on patient safety management activities of nursing students. *Medico Legal Update.* 2020;20(1):1766–71.

28. Kang M, Jang Y, Um R. Factors affecting the patient safety management activity of nursing students: a quantile regression approach. *J Korean Acad Nurs Adm.* 2020;26(3):230–40.

Năng lực về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng và các yếu tố liên quan

Phạm Thị Thúy Vũ, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn*
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Võ Thanh Tôn, email: vtton@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài (Received): 10/9/2025
Ngày duyệt đăng (Accepted): 14/10/2025
Ngày xuất bản (Published): 10/11/2025

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Năng lực an toàn người bệnh là yếu tố cốt lõi đảm bảo chất lượng chăm sóc và thực hành điều dưỡng an toàn, tuy nhiên bằng chứng về cách giảng dạy và tiếp thu năng lực này trong môi trường lâm sàng còn hạn chế.

Mục tiêu: Mô tả năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng; so sánh với môi trường lớp học và xác định các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 312 sinh viên điều dưỡng năm 3 và năm 4 Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế (8/2024 - 8/2025).

Kết quả: Năng lực an toàn người bệnh ở mức trung bình ($3,86 \pm 0,50$ điểm); 39,1% sinh viên đạt năng lực trong môi trường lâm sàng. Các lĩnh vực “an toàn lâm sàng” và “giao tiếp hiệu quả” đạt điểm cao nhất, trong khi “làm việc nhóm” và “quản lý rủi ro” thấp nhất. Năng lực an toàn người bệnh trong lâm sàng thấp hơn lớp học có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sinh viên ≥ 21 tuổi, năm 4 và có hành vi báo cáo sai sót có năng lực cao hơn ($p < 0,05$).

Kết luận: Năng lực an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng còn ở mức trung bình, thể hiện khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành, đặc biệt trong các lĩnh vực làm việc nhóm và quản lý rủi ro. Cần tăng cường hoạt động thực hành có giám sát và đánh giá năng lực phù hợp để nâng cao hiệu quả đào tạo và thực hành an toàn.

Từ khóa: an toàn người bệnh, năng lực sinh viên điều dưỡng, H-PEPSS.

Patient safety competencies of nursing students in clinical practice settings and associated factors

Phạm Thị Thụy Vũ, Đào Nguyễn Diệu Trang, Võ Thanh Tôn*
University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Patient safety competency is a core element in ensuring the quality of care and safe nursing practice. However, evidence on how this competency is taught and acquired in clinical settings remains limited.

Objectives: To describe nursing students' patient safety competency in the clinical environment, compare it with classroom settings, and identify associated factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 312 third- and fourth-year nursing students at University of Medicine and Pharmacy, Hue University (from August 2024 to August 2025).

Results: The overall patient safety competency was at a moderate level (3.86 ± 0.50 points); 39.1% of students achieved competency in the clinical setting. The highest scores were observed in the domains of “clinical safety” and “effective communication,” while “teamwork” and “risk management” were rated the lowest. Patient safety competency in clinical settings was significantly lower than in classroom settings ($p < 0.001$). Students aged ≥ 21 years, in their fourth year, and those who reported errors demonstrated higher competency levels ($p < 0.05$).

Conclusion: Nursing students' patient safety competency remains at a moderate level, indicating a gap between theoretical knowledge and clinical practice, particularly in teamwork and risk management. Strengthening supervised clinical practice and implementing appropriate competency-based assessments are essential to enhance training outcomes and promote safe nursing practice.

Keywords: Patient safety, nursing student competency, H-PEPSS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, rủi ro lâm sàng và các sai sót trong chăm sóc sức khỏe đã trở thành mối quan tâm hàng đầu của các hệ thống y tế trên toàn thế giới. Trước thực trạng đó, vấn đề an toàn người bệnh (ATNB) ngày càng được chú trọng, trở thành ưu tiên trong chính sách và thực hành chăm sóc sức khỏe [1]. ATNB được định nghĩa là “sự vắng mặt của những tổn hại có thể phòng ngừa được và việc giảm thiểu tối đa các nguy cơ gây tổn hại không cần thiết trong quá trình chăm sóc” [2]. Trong đó, năng lực về ATNB là khả năng của cá nhân cung cấp dịch vụ chăm sóc an toàn trong bối cảnh cụ thể, dựa trên các tiêu chuẩn hành nghề.

Trong hệ thống y tế, điều dưỡng là lực lượng chiếm tỉ lệ lớn nhất và có vai trò then chốt trong việc đảm bảo chất lượng chăm sóc người bệnh. Với đặc thù công việc tiếp xúc trực tiếp và liên tục với người bệnh, điều dưỡng giữ vị trí trung tâm trong việc nhận diện, ngăn ngừa và giảm thiểu các nguy cơ gây tổn hại cho người bệnh ngay từ những giai đoạn đầu của quá trình chăm sóc [3]. Vì vậy, năng lực về an toàn người bệnh (ATNB) của đội ngũ điều dưỡng có ảnh hưởng sâu sắc đến hiệu quả điều trị, niềm tin của người bệnh cũng như uy tín của cơ sở y tế. Sinh viên điều dưỡng (SVĐD) - những điều dưỡng tương lai - là lực lượng kế thừa trực tiếp và sẽ sớm tham gia vào thực hành chăm sóc lâm sàng. Do đó, việc trang bị cho SVĐD kiến thức, kỹ năng và thái độ đúng đắn về ATNB ngay từ khi còn ngồi trên ghế nhà trường là yêu cầu cấp thiết. Trên thực tế, giáo dục về ATNB đã được nhiều quốc gia chú trọng lồng ghép vào chương trình đào tạo điều dưỡng [4]. Tuy nhiên, vẫn tồn tại khoảng cách đáng kể giữa kiến thức lý thuyết và khả năng vận dụng trong thực hành lâm sàng - nơi SVĐD trực tiếp áp dụng những hiểu biết của mình vào chăm sóc người bệnh. Khoảng cách này nếu không được nhận diện và thu hẹp kịp thời có thể ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và an toàn của người bệnh trong tương lai.

Các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung đánh giá kiến thức, thái độ và văn hóa ATNB của SVĐD [5], trong khi các nghiên cứu chuyên sâu về năng lực thực hành ATNB vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy SVĐD thường tự tin về kiến thức lâm sàng nhưng lại thiếu tự tin ở các

khía cạnh xã hội và giao tiếp liên quan đến ATNB [6]. Ngoài ra, năng lực ATNB cũng có thể khác biệt theo giới tính, năm học, và các yếu tố khác [1, 7].

Hiện nay, công cụ H-PEPSS (Health Professional Education in Patient Safety Survey) được xem là một trong những công cụ đánh giá năng lực ATNB toàn diện và hiệu quả nhất. H-PEPSS cho phép đo lường mức độ tự nhận thức của sinh viên và nhân viên y tế về năng lực ATNB trong cả môi trường lớp học và môi trường thực hành lâm sàng (MTTHLS), từ đó cung cấp dữ liệu có giá trị cho việc cải tiến chương trình đào tạo, nâng cao kết quả học tập cũng như chất lượng thực hành lâm sàng. Tại Việt Nam, mặc dù các chương trình đào tạo điều dưỡng đã bắt đầu quan tâm đến nội dung ATNB, nhưng bằng chứng khoa học về năng lực ATNB của SVĐD trong môi trường lâm sàng vẫn còn hạn chế, đặc biệt là những nghiên cứu sử dụng công cụ đo lường chuẩn hóa quốc tế như H-PEPSS. Việc hiểu rõ mức độ năng lực ATNB và các yếu tố ảnh hưởng là cơ sở quan trọng để điều chỉnh chương trình giảng dạy, tăng cường đào tạo thực hành, và nâng cao năng lực nghề nghiệp của SVĐD trong tương lai. Từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Năng lực về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng và các yếu tố liên quan”**, với các mục tiêu sau:

1. Mô tả năng lực về ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng.
2. So sánh năng lực về ATNB của SVĐD giữa môi trường lớp học và môi trường thực hành lâm sàng.
3. Xác định các yếu tố liên quan đến năng lực về ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 312 SVĐD năm thứ 3 và năm thứ 4 đang theo học tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sinh viên đã hoàn thành các học phần điều dưỡng cơ sở, tham gia thực hành lâm sàng tại bệnh viện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên không có mặt tại thời điểm nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu và chưa hoàn thành đầy đủ phiếu khảo sát, bỏ

trống > 20% câu hỏi

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 8/2024 đến tháng 08/2025 tại Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp thuận tiện với toàn bộ 385 sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 và năm thứ 4, trong đó có 28 sinh viên vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu, sau khi tiến hành làm sạch số liệu và loại bỏ 45 phiếu không hợp lệ, nghiên cứu được tiến hành trên 312 sinh viên, với tỉ lệ tham gia nghiên cứu là 81%.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi được thiết kế sẵn như sau:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

+ Đặc điểm về nhân khẩu học gồm biến tuổi, giới tính, khối lớp theo học, tham gia khóa học về ATNB, quan sát thấy sai sót y khoa, báo cáo sai sót y khoa cho giảng viên, báo cáo sai sót y khoa cho nhân viên bệnh viện, báo cáo sai sót y khoa cho bạn học cùng lớp.

- Năng lực về ATNB của sinh viên điều dưỡng:

+ Bộ công cụ đánh giá năng lực an toàn người bệnh H-PEPSS (Health Professional Education in Patient Safety Survey) được phát triển bởi tác giả Liane Ginsburg và cộng sự (2012) [8], dùng để đánh giá kiến thức về ATNB học từ lớp học lý thuyết và năng lực ATNB học từ cơ sở lâm sàng, đặc biệt thang đo H-PEPSS có thể được sử dụng để khảo sát khoảng cách giữa năng lực về ATNB từ lớp học và môi trường thực hành lâm sàng [9]. Bản gốc của thang đo có độ tin cậy Cronbach's alpha từ 0,81-0,85. Thang đo H-PEPSS đã được dịch sang nhiều ngôn ngữ và đã được xác nhận ở nhiều quốc gia với hệ số Cronbach alpha cao > 0,81 [5, 9, 10]. Sau khi nhận được sự đồng ý của tác giả, thang đo H-PEPSS được dịch sang tiếng Việt theo quy trình dịch ngược và được tiến hành nghiên cứu thử với 30 đối tượng có cùng đặc điểm với mẫu, kết quả cho thấy độ tin cậy Cronbach's Alpha của thang đo trong mẫu nghiên cứu thử là 0,95 và độ tin cậy Cronbach's Alpha của toàn bộ cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 0,948.

Bộ công cụ gồm 38 câu hỏi được chia thành ba phần:

Phần 1 với nội dung tìm hiểu về các lĩnh vực ATNB (27 câu hỏi), chia thành 7 lĩnh vực như sau: (1) "An toàn lâm sàng" (dùng thuốc an toàn, vệ sinh tay...) gồm 4 câu hỏi, (2) "Văn hóa an toàn" gồm 4 câu hỏi, (3) "Làm việc trong nhóm" gồm 6 câu hỏi, (4) "Giao tiếp hiệu quả" gồm 3 câu hỏi, (5) "Quản lý rủi ro an toàn" gồm 3 câu hỏi, (6) "Hiểu các yếu tố về con người và môi trường" gồm 3 câu hỏi, (7) "Nhận

biết, ứng phó và báo cáo sự cố bất lợi và suýt xảy ra sự cố" gồm 4 câu hỏi. Xem xét bản chất lý thuyết và thực tiễn của ATNB, các câu hỏi được thiết kế cho hai bối cảnh đào tạo tại lớp học và lâm sàng. Người tham gia được yêu cầu trả lời các mục riêng lẻ theo những gì họ đã học về ATNB trong lớp học và trong môi trường thực hành lâm sàng. Do đó, điểm của các lĩnh vực được tính riêng cho bối cảnh lớp học và môi trường lâm sàng.

Phần 2 của thang đo H-PEPSS đánh giá "Các khía cạnh rộng hơn của ATNB được đề cập trong giáo dục chuyên nghiệp y tế" gồm 7 câu.

Phần 3 của thang đo H-PEPSS đánh giá "Sự thoải mái khi lên tiếng về vấn đề ATNB" gồm 4 câu.

Tất cả các câu hỏi của phần 1, phần thứ 2 và phần thứ 3 đều được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm từ 1 điểm (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 điểm (hoàn toàn đồng ý). Điểm số càng cao cho thấy năng lực ATNB của sinh viên càng cao, nhận thức tích cực hơn về các khía cạnh rộng hơn của ATNB và sự thoải mái hơn khi lên tiếng về ATNB.

Thang đo H-PEPSS được phân thành 2 nhóm: Nhóm "Đồng ý/Hoàn toàn đồng ý" biểu hiện "có năng lực về ATNB". Nhóm "Bình thường/Không đồng ý/Hoàn toàn không đồng ý" biểu hiện "không có năng lực về ATNB" [11].

2.6. Phương pháp thu thập số liệu: nghiên cứu viên tổ chức thu thập số liệu bằng phương pháp phát bộ câu hỏi đã soạn sẵn với công cụ thu thập số liệu như trên. ĐTNC được thông báo mục đích nghiên cứu và giải thích rõ các thắc mắc nếu có.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu, thống kê mô tả tần số, tỉ lệ % cho các biến định tính; giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng. Sử dụng kiểm định phân phối chuẩn trên biến hiệu số cho thấy không thỏa giả định (Kolmogorov-Smirnov test, $p < 0,05$), nhưng do cỡ mẫu rất lớn ($n = 312$), theo định lý giới hạn trung tâm, phân phối của trung bình hiệu số sẽ xấp xỉ chuẩn [12, 13]. Do đó, Paired T-Test vẫn được áp dụng một cách hợp lý để so sánh trung bình hiệu số giữa hai lần đo để xét sự khác biệt năng lực ATNB giữa môi trường lớp học và môi trường lâm sàng cho từng khía cạnh của H-PEPSS. Sử dụng phép kiểm t-test để xét liên quan giữa điểm trung bình năng lực về ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng và các đặc điểm chung. Sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học

Y - Dược, Đại học Huế (số H2024/607 ngày 12 tháng 11 năm 2024). Tất cả các đối tượng được chọn vào nghiên cứu được hỏi và tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu đã được giải thích

về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành khảo sát. Họ có thể từ chối tham gia trong bất kỳ thời điểm nào trong thời gian diễn ra việc thu thập số liệu mà không cần giải thích lý do.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 312)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	TB ± ĐLC	20,63 ± 0,67	(19 - 24)
Nhóm tuổi	< 21 tuổi	128	41,0
	≥ 21 tuổi	184	59,0
Giới	Nữ	295	94,6
	Nam	17	5,4
Sinh viên khối lớp	Năm thứ 3	130	41,7
	Năm thứ 4	182	58,3
Tham gia khóa học về ATNB	Có	27	8,7
	Chưa	285	91,3
Quan sát thấy sai sót y khoa	Có	142	45,5
	Không	170	54,5
Báo cáo sai sót y khoa cho giảng viên	Có	252	80,8
	Không	60	19,2
Báo cáo sai sót y khoa cho nhân viên bệnh viện	Có	266	85,3
	Không	46	14,7
Báo cáo sai sót y khoa cho bạn học cùng lớp	Có	237	76,0
	Không	75	24,0

Tuổi trung bình của ĐTNC là 20,63 ± 0,67 tuổi; trong đó chủ yếu là SV nữ với tỉ lệ 94,6%. Tỉ lệ tham gia nghiên cứu khá đồng đều giữa SV năm 3 và năm 4; và chỉ có 8,7% sinh viên có tham gia khóa học về ATNB. Tỉ lệ ĐTNC chứng kiến thấy lỗi về sai sót y khoa là 45,5%.

3.2. Năng lực về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng

Bảng 2. Năng lực về ATNB của SVĐD trong MTTHLS, các khía cạnh rộng hơn của ATNB và sự thoải mái khi lên tiếng về ATNB (n = 312)

Nội dung	TB ± ĐLC	Đồng ý/ Hoàn toàn đồng ý	
		SL (n)	TL (%)
Năng lực ATNB trong MTTHLS	3,86 ± 0,50	122	39,1
1. An toàn lâm sàng	4,03 ± 0,67	194	62,2
2. Văn hóa an toàn	3,82 ± 0,62	149	47,8
3. Làm việc trong nhóm	3,74 ± 0,59	127	40,7
4. Giao tiếp hiệu quả	4,03 ± 0,66	219	70,2
5. Quản lý rủi ro an toàn	3,76 ± 0,69	156	50,0
6. Hiểu các yếu tố con người và môi trường	3,88 ± 0,64	179	57,4
7. Nhận biết, ứng phó và báo cáo sự cố bất lợi và suýt xảy ra sự cố	3,81 ± 0,63	158	50,6

Các khía cạnh rộng hơn của ATNB	3,95 ± 0,55	174	55,8
1. Là sinh viên, tôi hiểu rõ phạm vi thực hành của mình	3,80 ± 0,76	210	67,3
2. Có sự nhất quán trong cách các giảng viên xử lý các vấn đề ATNB	4,04 ± 0,72	255	81,7
3. Tôi có cơ hội đầy đủ để học tập và tương tác với các thành viên của nhóm đa ngành	3,80 ± 0,78	203	65,1
4. Tôi đã hiểu rõ rằng việc báo cáo sự cố bất lợi và các tình huống suýt xảy ra có thể dẫn đến thay đổi và giảm thiểu sự tái diễn của các sự cố.	3,89 ± 0,70	228	73,1
5. ATNB được tích hợp tốt trong toàn bộ chương trình đào tạo	3,99 ± 0,75	237	76,0
6. Các khía cạnh lâm sàng của ATNB đã được đề cập đầy đủ trong chương trình của chúng tôi	4,14 ± 0,73	253	81,1
7. Các khía cạnh “hệ thống” của ATNB đã được đề cập đầy đủ trong chương trình của chúng tôi.	3,99 ± 0,79	224	71,8
Sự thoải mái khi lên tiếng về ATNB	3,53 ± 0,64	102	32,7
1. Trong MTTHLS, các cuộc thảo luận về sự cố bất lợi chủ yếu tập trung vào các vấn đề liên quan đến hệ thống, thay vì tập trung vào cá nhân chịu trách nhiệm chính cho sự cố.	3,51 ± 0,80	147	47,1
2. Thật khó có thể chất vấn quyết định hoặc hành động của người có thẩm quyền cao hơn, dù họ chịu trách nhiệm chính cho sự cố.	3,19 ± 1,06	119	38,1
3. Nếu tôi thấy ai đó thực hành chăm sóc không an toàn trong MTTHLS, tôi cảm thấy mình an toàn để có thể tiếp cận và trao đổi với họ.	3,70 ± 0,79	185	59,3
4. Nếu tôi mắc một sai sót nghiêm trọng, tôi lo lắng rằng mình sẽ phải đối mặt với hình thức kỷ luật.	3,72 ± 0,85	193	61,9

Năng lực về ATNB trong môi trường thực hành lâm sàng của SVDD đạt điểm trung bình với $3,86 \pm 0,50/5$ điểm. Có 39,1% SVDD cho rằng có năng lực về ATNB trong môi trường thực hành lâm sàng. Điểm TB về các khía cạnh rộng hơn của ATNB và sự thoải mái khi lên tiếng về ATNB đạt mức trung bình lần lượt với $3,95 \pm 0,55$ và $3,53 \pm 0,64$.

3.3. So sánh năng lực về ATNB của SVDD giữa môi trường lớp học và môi trường thực hành lâm sàng
Bảng 3. Năng lực về ATNB của SVDD giữa môi trường lớp học và môi trường thực hành lâm sàng (n = 312)

Các lĩnh vực về ATNB	Môi trường lớp học	Môi trường lâm sàng	Paired T-Test
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
1. An toàn lâm sàng	4,14 ± 0,68	4,03 ± 0,67	t = 4,08; p = 0,001
2. Văn hóa an toàn	3,88 ± 0,59	3,82 ± 0,62	t = 2,91; p = 0,004
3. Làm việc trong nhóm	3,84 ± 0,58	3,74 ± 0,59	t = 5,16; p = 0,001
4. Giao tiếp hiệu quả	4,12 ± 0,68	4,03 ± 0,66	t = 3,91; p = 0,001
5. Quản lý rủi ro an toàn	3,84 ± 0,65	3,76 ± 0,69	t = 3,54; p = 0,001
6. Hiểu các yếu tố con người và môi trường	3,98 ± 0,65	3,88 ± 0,64	t = 4,54; p = 0,001
7. Nhận biết, ứng phó và báo cáo sự cố bất lợi và suýt xảy ra sự cố	3,88 ± 0,62	3,81 ± 0,63	t = 3,15; p = 0,002
Năng lực ATNB chung	3,94 ± 0,05	3,86 ± 0,50	t = 6,18; p = 0,001

Năng lực về ATNB chung của SVĐD có điểm TB đều đạt mức trên trung bình lần lượt ở môi trường lớp học là $3,94 \pm 0,50$ và môi trường thực hành lâm sàng là $3,86 \pm 0,50$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($t = 6,18, p = 0,001$).

3.4. Các yếu tố liên quan đến năng lực về ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng

Bảng 4. Liên quan giữa đặc điểm chung và điểm số năng lực về ATNB của SVĐD trong MTTHLS (n = 312)

Đặc điểm		TB $\pm$ ĐLC	t	p
Nhóm tuổi	< 21 tuổi	$3,70 \pm 0,48$	-4,786	0,001
	≥ 21 tuổi	$3,97 \pm 0,49$		
Giới	Nữ	$3,85 \pm 0,49$	1,05	0,292
	Nam	$3,98 \pm 0,63$		
Sinh viên khối lớp	Năm thứ 3	$3,67 \pm 0,47$	-5.959	0,001
	Năm thứ 4	$3,99 \pm 0,48$		
Tham gia khóa học về ATNB	Có	$3,94 \pm 0,59$	0,925	0,356
	Chưa	$3,85 \pm 0,49$		
Quan sát thấy sai sót y khoa	Có	$3,84 \pm 0,49$	-0,563	0,574
	Không	$3,87 \pm 0,51$		
Báo cáo sai sót y khoa cho giảng viên	Có	$3,89 \pm 0,50$	2,271	0,024
	Không	$3,72 \pm 0,48$		
Báo cáo sai sót y khoa cho nhân viên bệnh viện	Có	$3,89 \pm 0,49$	2,816	0,005
	Không	$3,67 \pm 0,52$		
Báo cáo sai sót y khoa cho bạn học cùng lớp	Có	$3,88 \pm 0,51$	1,789	0,075
	Không	$3,77 \pm 0,46$		

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa điểm TB năng lực về ATNB của SVĐD với nhóm tuổi, khối lớp, báo cáo cho giảng viên và nhân viên bệnh viện. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa điểm TB năng lực về ATNB của SVĐD với giới, tham gia khóa học về ATNB, việc báo cáo sai sót cho bạn cùng lớp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Năng lực về an toàn người bệnh của sinh viên điều dưỡng trong môi trường thực hành lâm sàng

Kết quả nghiên cứu (Bảng 2) cho thấy năng lực ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng đạt mức trung bình với $3,86 \pm 0,50/5$ điểm, cao hơn so với nghiên cứu của Farokhzadian và cộng sự [2] ($3,45 \pm 0,57$ điểm). Trong đó, điểm trung bình cao nhất thuộc về lĩnh vực an toàn lâm sàng ($4,03 \pm 0,67$) và giao tiếp hiệu quả ($4,03 \pm 0,66$), trong khi thấp nhất là làm việc nhóm ($3,74 \pm 0,59$) và quản lý rủi ro an toàn ($3,76 \pm 0,69$). Kết quả này tương đồng với Farokhzadian [2] khi an toàn lâm sàng cũng đạt cao nhất ($3,91 \pm 0,78$), nhưng khác biệt ở lĩnh vực điểm thấp nhất: hiểu các yếu tố con người, môi trường và văn hóa an toàn.

Nghiên cứu của Bartoníčková và cộng sự [11] tại Cộng hòa Séc cũng cho thấy kết quả khác biệt. Sinh viên trong nghiên cứu này đạt điểm trung bình cao

nhất ở lĩnh vực nhận biết, ứng phó và báo cáo sự cố bất lợi ($3,84 \pm 0,71$) và thấp nhất ở giao tiếp hiệu quả ($3,53 \pm 0,88$). Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm số cao nhất ở an toàn lâm sàng và giao tiếp hiệu quả, nhưng thấp nhất ở làm việc nhóm và quản lý rủi ro an toàn. Tuy nhiên, cả hai nghiên cứu đều có điểm số cao trong an toàn lâm sàng ($4,04 \pm 0,87$ ở nghiên cứu của Bartoníčková và $4,03 \pm 0,67$ trong nghiên cứu của chúng tôi), cho thấy đây là lĩnh vực sinh viên dễ tiếp cận và được chú trọng trong đào tạo. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể xuất phát từ một số yếu tố. Thứ nhất, bối cảnh đào tạo và văn hóa học tập cũng có thể ảnh hưởng: sinh viên tại Cộng hòa Séc có thể được nhấn mạnh nhiều hơn vào việc nhận biết và báo cáo sai sót y khoa, trong khi sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi được rèn luyện nhiều hơn về giao tiếp và phối hợp lâm sàng. Thứ hai, sự khác biệt về chương trình đào tạo và hệ thống y tế có thể tác động đến nhận thức và

trải nghiệm thực hành của sinh viên, từ đó phản ánh vào kết quả tự báo cáo năng lực.

Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy điểm trung bình về các khía cạnh rộng hơn của ATNB ($3,95 \pm 0,55$) và sự thoải mái khi lên tiếng ($3,53 \pm 0,64$), cao hơn so với Farokhzadian và cộng sự [14] (lần lượt $3,58 \pm 0,71$ và $3,31 \pm 0,59$). Đáng chú ý, có 81,1% SV cho rằng các nội dung lâm sàng của ATNB đã được giảng dạy đầy đủ (điểm TB $4,14 \pm 0,73$), trong khi tỉ lệ sinh viên cảm thấy có cơ hội học tập, tương tác với nhóm đa ngành (65,1%) và hiểu rõ phạm vi thực hành của mình (67,3%) còn thấp (điểm TB khoảng 3,80). So sánh với nghiên cứu trên sinh viên nha khoa của Halawany và cộng sự [15], sự khác biệt khá rõ: 92,2% SV nha khoa cho biết họ hiểu rõ phạm vi thực hành ($4,30 \pm 0,70$), trong khi phần lớn lại gặp khó khăn khi chất vấn người có thẩm quyền (83,7%) và lo lắng về kỷ luật khi mắc sai sót (83%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này thấp hơn (lần lượt 38,1% và 61,9%), nhưng vẫn phản ánh sự thiếu tự tin, lo sợ bị phạt hoặc bẽ mặt khi mắc lỗi. Nguyên nhân có thể do phần lớn SVĐD trong nghiên cứu (91,3%) chưa từng tham gia khóa học chính thức về ATNB, dẫn đến hạn chế trong giao tiếp, thiếu kiến thức thực hành, và tâm lý e ngại khi đối diện sai sót.

4.2. So sánh năng lực về ATNB của SVĐD giữa môi trường lớp học và môi trường thực hành lâm sàng

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy điểm trung bình năng lực ATNB chung của SVĐD trong lớp học ($3,94 \pm 0,50$) cao hơn so với thực hành lâm sàng ($3,86 \pm 0,50$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tất cả các lĩnh vực ATNB cũng có điểm số cao hơn trong lớp học ($p < 0,001$). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước [1-3], [16], song cũng có nghiên cứu báo cáo kết quả ngược lại [17]. Sự khác biệt có thể liên quan đến chiến lược đào tạo, mức độ chú trọng vào lý thuyết hay thực hành, cũng như môi trường văn hóa an toàn tại từng cơ sở. Nhìn chung, SVĐD thường tự tin hơn khi đánh giá năng lực trong lớp học - nơi được trang bị kiến thức và tình huống mô phỏng - so với môi trường lâm sàng vốn nhiều áp lực thực tế.

Phân tích theo từng lĩnh vực cho thấy “An toàn lâm sàng” có điểm cao nhất ở cả lớp học ($4,14 \pm 0,68$) và lâm sàng ($4,03 \pm 0,67$), trong khi “Làm việc nhóm” thấp nhất ($3,84 \pm 0,58$ và $3,74 \pm 0,59$). Kết quả này cho thấy an toàn lâm sàng là trọng tâm trong đào tạo, còn kỹ năng hợp tác nhóm của SVĐD vẫn hạn chế. So sánh với nghiên cứu của Altunsoy và cộng sự [18], dù lĩnh vực có điểm cao nhất khác nhau, nhưng “Giao tiếp hiệu quả” trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn đạt mức cao trên trung bình (lớp học: $4,12 \pm 0,68$; lâm sàng: $4,03 \pm 0,66$), khẳng định đây là năng lực cốt lõi song hành với an toàn lâm sàng.

Đáng chú ý, “Quản lý rủi ro” và “Làm việc nhóm” là hai lĩnh vực có điểm thấp nhất trong lớp học, tương đồng với các nghiên cứu trước [3, 17], phản ánh hạn chế trong giảng dạy lý thuyết cũng như thiếu cơ hội trải nghiệm tương tác nhóm.

Như vậy, kết quả cho thấy cần đổi mới phương pháp giáo dục ATNB theo hướng tăng cường các hình thức học tập tích cực như mô phỏng, học theo nhóm, lớp học đảo ngược hoặc trò chơi hóa. Các phương pháp này không chỉ giúp SVĐD củng cố kiến thức, mà còn nâng cao kỹ năng hợp tác và ứng dụng thực tế, góp phần thu hẹp khoảng cách giữa lý thuyết và thực hành.

4.3. Các yếu tố liên quan đến năng lực về ATNB của SVĐD trong môi trường thực hành lâm sàng

Kết quả nghiên cứu Bảng 4 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về điểm trung bình năng lực ATNB của SVĐD theo một số yếu tố cá nhân và học tập. Cụ thể, sinh viên có độ tuổi lớn hơn và học ở các năm cao hơn đạt điểm trung bình năng lực ATNB cao hơn đáng kể ($p < 0,001$). Kết quả phản ánh tác động tích lũy của kinh nghiệm lâm sàng, phù hợp với đặc điểm đào tạo khi sinh viên năm cuối thường có nhiều cơ hội tiếp xúc lâm sàng, kinh nghiệm thực hành đa dạng và kỹ năng lâm sàng vững hơn. Điều này phần nào tương đồng với kết quả của Gaupp và cộng sự [19] khi nhấn mạnh rằng tiếp xúc nhiều hơn với tình huống thực tế và công cụ học tập thích hợp có thể giúp sinh viên hình thành thái độ và kỹ năng tốt hơn về ATNB.

Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy những sinh viên có báo cáo sai sót y khoa cho giảng viên ($p = 0,024$) hoặc cho nhân viên bệnh viện ($p = 0,005$) có năng lực ATNB cao hơn so với những sinh viên không thực hiện báo cáo. Điều này cho thấy việc quan sát, nhận diện và phản hồi về các sai sót y khoa giúp sinh viên nâng cao khả năng phân tích tình huống, nhận biết nguy cơ gây hại cho NB và học hỏi kinh nghiệm từ thực tiễn. Đồng thời, việc trao đổi trực tiếp với giảng viên hoặc nhân viên y tế về các sai sót tạo ra cơ hội thảo luận, giảm bớt lo ngại, tăng tính cởi mở trong chia sẻ, qua đó góp phần nâng cao năng lực ATNB. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Farokhzadian và cộng sự [14] khẳng định vai trò của môi trường học tập an toàn và văn hóa báo cáo trong phát triển năng lực ATNB.

Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa năng lực ATNB với giới tính, việc tham gia khóa học ATNB hay việc báo cáo sai sót cho bạn cùng lớp ($p > 0,05$). Tuy nhiên, đáng chú ý là nhóm sinh viên đã tham gia khóa học ATNB hoặc có trao đổi sai sót với bạn cùng lớp vẫn có điểm trung bình năng lực ATNB cao hơn, mặc dù sự khác biệt không đạt mức ý nghĩa thống

kê. So sánh với nghiên cứu Torkaman và cộng sự [16] có thể thấy có điểm tương đồng ở chỗ việc báo cáo sai sót đóng vai trò quan trọng trong nâng cao năng lực ATNB. Tuy nhiên, khác biệt nổi bật là trong khi các nghiên cứu trước (Torkaman và cộng sự Gaupp và cộng sự [16, 19]) nhấn mạnh hiệu quả của các chương trình đào tạo, kết quả của chúng tôi lại không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sinh viên có và chưa tham gia khóa học về ATNB ($p>0,05$). Điều này có thể được lý giải bởi nhiều nguyên nhân: nội dung và thời lượng đào tạo chưa đủ sâu rộng, hình thức giảng dạy còn thiên về lý thuyết hơn thực hành, hoặc sinh viên chưa có cơ hội vận dụng kiến thức vào môi trường lâm sàng. Sự khác biệt cũng có thể được giải thích thêm là do tỉ lệ sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi từng tham gia khóa tập huấn ATNB còn rất thấp (8,7%), do đó chưa đủ mạnh để tạo ra sự khác biệt thống kê.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh rằng kinh nghiệm lâm sàng, sự trưởng thành về độ tuổi, cũng như cơ hội báo cáo và thảo luận về sai sót y khoa đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao năng lực ATNB của SVĐD. Do đó, cần khuyến khích sinh viên chủ động phản ánh sai sót trong môi trường lâm sàng, đồng thời mở rộng các khóa đào tạo ATNB chính thức để củng cố nền tảng kiến thức và kỹ năng, từ đó góp phần xây dựng văn hóa an toàn trong đào tạo điều dưỡng.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Năng lực ATNB của SVĐD trong môi trường lâm sàng ở mức trung bình, nổi bật ở “an toàn lâm sàng” và “giao tiếp hiệu quả” nhưng còn hạn chế về “làm

việc nhóm” và “quản lý rủi ro”. Các khía cạnh rộng hơn của ATNB được đánh giá tương đối tốt. Sinh viên ít thoải mái khi lên tiếng về ATNB, phản ánh sự e ngại trong trao đổi các vấn đề liên quan đến an toàn. Điểm ATNB trong lớp học cao hơn thực hành, cho thấy khoảng cách giữa kiến thức và vận dụng thực tế. Năng lực ATNB chịu ảnh hưởng bởi tuổi, năm học và hành vi báo cáo sai sót, trong khi giới tính hay việc tham gia khóa học ATNB không tạo ra khác biệt đáng kể.

Cần xây dựng môi trường lâm sàng hỗ trợ và bảo đảm an toàn tâm lý để khuyến khích sinh viên mạnh dạn lên tiếng, đồng thời đổi mới phương pháp giảng dạy, tăng cường trải nghiệm thực tế và giám sát tại bệnh viện. Việc phát triển văn hóa báo cáo sai sót không mang tính trừng phạt sẽ góp phần hình thành thái độ tích cực và nâng cao năng lực ATNB. Ngoài ra, cần chú trọng hỗ trợ sinh viên năm dưới và nhóm tuổi trẻ để rút ngắn khoảng cách về năng lực ATNB so với sinh viên năm cuối.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang chỉ phản ánh năng lực ATNB tại một thời điểm, khó xác định quan hệ nhân quả. Công cụ tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng bởi thiên lệch xã hội. Phạm vi nghiên cứu giới hạn ở một trường đại học, đối tượng chưa đa dạng (tỉ lệ nam thấp, ít sinh viên tham gia khóa học ATNB), chỉ khảo sát năm 3–4 nên chưa bao quát toàn bộ quá trình đào tạo. Ngoài ra, yếu tố môi trường lâm sàng giữa các cơ sở thực hành chưa được phân tích sâu.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colet PC, Cruz JP, Cruz CP, Alquwez N, Al Otaibi J, Moghairi AA, et al. Patient safety competence of nursing students in Saudi Arabia: a self-reported survey. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2015;9(4):418–26.
2. Farokhzadian J, Eskici GT, Molavi-Taleghani Y, Tavan A, Farahmandnia H. Nursing students' patient safety competencies in the classroom and clinical settings: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):47.
3. Suliman M. Measuring patient safety competence among nursing students in the classroom and clinical settings. *Nurs Educ Perspect*. 2019;40(3):E3–E7.
4. Kim CH, Jeong SY, Kwon MS. Effects of hazard perception training (HPT) on nursing students' risk sensitivity to patient safety and developing safety control confidence. *Appl Nurs Res*. 2018;39:160–6.
5. Vaismoradi M, Salsali M, Marck P. Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *Int Nurs Rev*. 2011;58(4):434–42.
6. Lukewich J, Edge DS, Tranmer J, Raymond J, Miron J, Ginsburg L, VanDenKerkhof E. Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: an annual cross-sectional study (2010–2013). *Int J Nurs Stud*. 2015;52(5):930–8. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.010
7. Svitlica BB, Šajnović M, Simin D, Ivetić J, Milutinović D. Patient safety: Knowledge and attitudes of medical and nursing students: Cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 2021;53:103089.

8. Ginsburg L, et al. The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(8):676–84.
9. Chen L, Huang F, Yuan X, Song J, Chen L. An assessment of the reliability and factorial validity of the Chinese version of the Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS). *Front Psychol.* 2019;10:132–40.
10. Bressan V, Stevanin S, Bulfone G, Zanini A, Dante A, Palese A. Measuring patient safety knowledge and competences as perceived by nursing students: An Italian validation study. *Nurse Educ Pract.* 2016;16(1):209–16.
11. Bartoníčková D, Kohanová D, Mazalová L, Brišová K, Bomberová M, Žiaková K. Nursing students' assessment of patient safety competencies: a pilot study. *Cent Eur J Nurs Midwifery.* 2024;15(1):1050.
12. Ghasemi A, Zahediasl S. Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab.* 2012;10(2):486–9.
13. Kim TK, Park JH. More about the basic assumptions of t-test: normality and sample size. *Korean J Anesthesiol.* 2019;72(4):331–5.
14. Farokhzadian J, Tayebi Myaneh Z, Khodabandeh Shahraki S. Patient safety competency and its related aspects in professional education among nursing students of two nursing schools in Iran: a comparative study. *J Educ Health Promot.* 2022;11:240.
15. Halawany HS, Abraham NB, Al-Badr AH, Al-Khalifa KS. Perceptions of patient safety competence using the modified version of the Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS) instrument among dental students in Riyadh, Saudi Arabia. *Adv Med Educ Pract.* 2022 Sep 8;13:1019–27.
16. Torkaman M, Sabzi A, Farokhzadian J. The effect of patient safety education on undergraduate nursing students' patient safety competencies. *J Community Health Equity Res Policy.* 2022;42(2):219–24.
17. Huang FF, et al. Self-reported confidence in patient safety competencies among Chinese nursing students: a multi-site cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2020;20(1):32.
18. Altunsoy C, Dag GS. Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students in the classroom and clinical practice: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2025;24(1):767.
19. Gaupp R, Körner M, Fabry G. Effects of a case-based interactive e-learning course on knowledge and attitudes about patient safety: a quasi-experimental study with third-year medical students. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):69. doi:10.1186/s12909-016-0691-4.

Ý định áp dụng trí tuệ nhân tạo trong thực hành chăm sóc và các yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng

Đỗ Thị Hoài Thanh^{1*}, Lưu Thị Thuý¹, Vũ Văn Đẩu²

¹Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

²Khoa Điều dưỡng-Hộ sinh, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

*Tác giả liên hệ: Đỗ Thị Hoài Thanh, Email: dothihoaithanh@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 11/09/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 06/10/2025

Ngày duyệt đăng (Published online):

DOI:10.34071/jmp.xxx.xxx

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sự phát triển của trí tuệ nhân tạo (AI) đã mở ra nhiều tiềm năng trong lĩnh vực y tế, đặc biệt là trong thực hành điều dưỡng. Tuy nhiên, nghiên cứu về ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng còn hạn chế. Nghiên cứu này nhằm mô tả ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng và xác định các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 288 sinh viên điều dưỡng tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng từ tháng 3/2025 đến tháng 4/2025. Thống kê mô tả và các phép kiểm phi tham số được sử dụng để phân tích số liệu với $p < 0,05$.

Kết quả: Có 60,4% sinh viên có ý định cao trong việc áp dụng AI, với điểm trung bình là $3,63 \pm 0,62$. Mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng có mối liên quan với ý định áp dụng AI ($p < 0,05$).

Kết luận: Đa số sinh viên điều dưỡng thể hiện ý định mạnh mẽ trong việc áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Cần tích hợp nội dung về AI và kỹ năng số vào chương trình đào tạo, đồng thời tạo cơ hội cho sinh viên tiếp cận thực tiễn ứng dụng AI. Các nghiên cứu tiếp theo nên tập trung làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến ý định áp dụng AI nhằm định hướng đào tạo phù hợp trong bối cảnh chuyển đổi số.

Từ khóa: AI, Sinh viên điều dưỡng, Trí tuệ nhân tạo, Ý định áp dụng.

Intention to adopt Artificial Intelligence in healthcare practice and related factors of nursing students

Do Thi Hoai Thanh^{1*}, Luu Thi Thuy¹, Vu Van Dau²

¹Faculty of Nursing, Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy.

²Nursing and Midwifery Faculty, Nam Dinh University of Nursing

Abstract

Background: The advancement of Artificial Intelligence (AI) has unlocked significant potential in healthcare, particularly in nursing practice. Despite this, empirical evidence regarding nursing students' intention to adopt AI in their future practice remains limited. This study was conducted to assess nursing students' intention to adopt AI in healthcare practice and identify associated factors.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional design was employed. A total of 288 nursing students were recruited from Da Nang University of Medical Technology and Pharmacy during a two-month period (March-April 2025). Data analysis was performed using descriptive and non-parametric statistical methods, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The results revealed that a substantial proportion of students (60.4%) reported a high intention to adopt AI, with an overall mean score of 3.63 ± 0.62 . A statistically significant relationship was observed between students' intention to adopt AI with their level of understanding of AI's role in nursing practice ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings suggest a generally positive disposition toward AI adoption among the nursing student population. The results highlight the critical need for curriculum reform to integrate AI-related competencies and digital skills. Future research should expand upon these findings to uncover other latent variables influencing students' intention to adopt AI in nursing practice, thereby guiding the formulation of evidence-based educational policies in response to the demands of digital health.

Keywords: Artificial Intelligence, AI, intention to apply, Nursing students.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm về máy móc có khả năng suy nghĩ đã xuất hiện từ thời cổ đại, nhưng phải đến giữa thế kỷ 20, những nghiên cứu về AI mới thực sự bắt đầu [1, 2]. Từ những năm 2000 đến nay, AI đã đạt được những bước tiến vượt bậc nhờ sự phát triển của học sâu (Deep Learning), dữ liệu lớn (Big Data) và điện toán đám mây (Cloud Computing), được ứng dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực như y tế, giáo dục, tài chính, giao thông và giải trí [3]. Hiện nay trong lĩnh vực y học, những ứng dụng của AI giúp chẩn đoán chính xác, phát hiện sớm, dự đoán, điều trị và phòng ngừa các biến chứng, quản lý các bệnh mãn tính, phân tích hình ảnh y tế, quản lý hồ sơ bệnh án và thậm chí thực hiện phẫu thuật ... [4, 5]. AI hỗ trợ cá nhân hóa điều trị, phân tích dự đoán và tối ưu hóa quy trình làm việc, hỗ trợ ra quyết định lâm sàng, chăm sóc người bệnh và khám phát thuốc, nghiên cứu khoa học, cách mạng hóa các khía cạnh y tế khác nhau [6, 7]. Trong thực hành chăm sóc, AI đã được ứng dụng nhằm hỗ trợ điều dưỡng phát hiện vấn đề sức khỏe của người bệnh, ra quyết định lâm sàng, theo dõi người bệnh, tối ưu hóa quy trình làm việc, từ đó tăng sự hài lòng của người bệnh [8, 9]. AI có tiềm năng mang lại những thay đổi tích cực trong chăm sóc sức khỏe và trao quyền cho người bệnh bằng cách cung cấp cho họ nhiều quyền kiểm soát hơn đối với sức khỏe của họ. Trong những năm gần đây, AI đã được sử dụng để cải thiện việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo nhiều cách khác nhau, từ cung cấp thông tin sức khỏe được cá nhân hóa đến cho phép tham vấn ảo và theo dõi từ xa [10]. Có thể thấy, việc ứng dụng AI giúp điều dưỡng nâng cao chất lượng chăm sóc, mang lại lợi ích cho cả người bệnh lẫn hệ thống y tế [11].

Vừa qua, Ban chấp hành Trung ương đã ra Nghị quyết số 57-NQ/TW ngày 22/12/2024 về đột phá phát triển khoa học, công nghệ, đổi mới sáng tạo và chuyển đổi số quốc gia nhằm thúc đẩy sự phát triển của Khoa học công nghệ, đổi mới, sáng tạo, chuyển đổi số phù hợp đầy đủ và sâu sắc hơn trong cuộc cách mạng công nghiệp lần thứ 4, bắt kịp với xu thế thời đại [12]. Trong những năm gần đây, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành nhiều văn bản pháp lý quan trọng nhằm thúc đẩy quá trình chuyển đổi số và ứng dụng

AI trong lĩnh vực y tế, đặc biệt trong hoạt động chăm sóc điều dưỡng [13-15]. Những quy định này cho thấy rõ định hướng chiến lược của ngành y tế trong việc số hóa hoạt động chuyên môn, đồng thời mở rộng cơ hội cho sinh viên điều dưỡng tiếp cận công nghệ, nâng cao năng lực thực hành và chất lượng chăm sóc người bệnh trong kỷ nguyên số. Sinh viên điều dưỡng là lực lượng điều dưỡng kế cận, đóng vai trò quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Không chỉ trong tương lai, ngay ở hiện tại, sinh viên điều dưỡng đang góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc, cải thiện sự thoải mái và hài lòng của người bệnh. Bên cạnh đó, sự hiện diện của sinh viên còn giúp giảm tải công việc cho điều dưỡng và góp phần thúc đẩy tinh thần làm việc của họ [5].

Theo mô hình kết hợp Chấp nhận công nghệ và học thuyết hành vi có kế hoạch C-TAM-TPB (Combined - Technology Acceptance Model - Theory of Planned Behavior), ý định hành vi là mức độ mà một cá nhân có kế hoạch hoặc sẵn sàng thực hiện một hành vi cụ thể, nó phản ánh động lực và quyết tâm của một người để thực hiện hành động [16]. Ý định hành vi là yếu tố dự đoán trực tiếp của hành vi, sinh viên có ý định cao thì khả năng trở thành hành vi thực tế trong việc ứng dụng công nghệ cũng sẽ cao hơn [16]. Trong bối cảnh AI phát triển mạnh mẽ và xu hướng số hóa trong lĩnh vực y tế, việc tìm hiểu thực trạng ý định áp dụng của sinh viên là một vấn đề quan trọng để nắm bắt mức độ sẵn sàng áp dụng AI vào thực hành điều dưỡng của sinh viên hiện tại và trong tương lai. Việc trang bị tốt cho sinh viên điều dưỡng khả năng tiếp cận, sự sẵn sàng và ý định ứng dụng AI vào thực hành lâm sàng ngay từ chương trình đào tạo tại trường càng trở nên cấp thiết, giúp sinh viên bắt kịp tiến bộ công nghệ, từ đó góp phần đảm bảo rằng đội ngũ điều dưỡng trong tương lai có thể áp dụng AI một cách hiệu quả vì lợi ích của người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe [11].

Hiện nay, các nghiên cứu về AI trong đào tạo điều dưỡng đang gia tăng đáng kể. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung vào ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng của sinh viên, cả ở Việt Nam và trên thế giới, vẫn còn hạn chế. Việc hiểu rõ ý định áp dụng AI và các yếu tố liên quan sẽ cung cấp cơ sở dữ liệu quan trọng giúp các nhà giáo dục cải tiến chương

trình đào tạo, nâng cao năng lực ứng dụng AI cho sinh viên điều dưỡng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả ý định áp dụng AI vào trong thực hành chăm sóc và xác định một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng của sinh viên điều dưỡng Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên đại học Điều dưỡng của Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn lựa chọn là sinh viên đang theo học ngành Điều dưỡng bậc Đại học hệ chính quy từ năm 1 đến năm 4 tại thời điểm thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên không có mặt tại thời điểm khảo sát, sinh viên không hoàn thành phiếu điều tra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025 tại Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước tính trung bình quần thể như sau:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó: khoảng tin cậy ($Z_{1-\alpha/2} = 1,96$), biên độ sai số 10% (d), $\sigma = 0,79$ là độ lệch chuẩn theo nghiên cứu của Leodoro và cộng sự [11]. Với tỉ lệ không phản hồi giả định là 20%, cỡ mẫu tối thiểu là 288 người tham gia.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu định mức kết hợp chọn mẫu hệ thống.

Giai đoạn 1: Chia cỡ mẫu cho từng lớp học dựa theo tỉ lệ số lượng sinh viên của mỗi lớp.

Giai đoạn 2: Tại mỗi lớp, áp dụng chọn mẫu hệ thống để chọn sinh viên tham gia nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu: Là một bộ câu hỏi tự điền, gồm 3 phần như sau:

Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, bao gồm tuổi, giới tính, năm học, kết quả học tập, thời gian sử dụng internet trong ngày, tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI, hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng.

Trong đó: Kết quả học tập là kết quả học tập tích lũy của các học kỳ trước đó đến thời điểm khảo sát, được phân loại theo các nhóm là Xuất sắc (3,6-4,0); Giỏi (3,2-3,5); Khá (2,5-3,1); Trung bình (2,0 -2,4) và Yếu (1,0-1,9). Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng là mức độ sinh viên tự đánh giá sự hiểu biết của bản thân về AI trong lĩnh vực thực hành điều dưỡng dựa trên thang điểm 10, tương ứng với 5 mức độ: Xuất sắc (9 đến 10 điểm). Hiểu kiến thức chuyên sâu, có thể tự nghiên cứu, áp dụng AI vào các dự án

và các tình huống phức tạp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng, có thể hướng dẫn người khác); Tốt (8 đến dưới 9 điểm. Hiểu kiến thức cơ bản và nâng cao, biết các ứng dụng của AI để giải quyết được đa số các bài tập, dự án, tình huống trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng); Khá (7 đến dưới 8 điểm. Hiểu kiến thức cơ bản, biết các ứng dụng của AI để giải quyết các bài tập, tình huống đơn giản thường gặp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng); Trung bình (5 đến dưới 7 điểm. Hiểu khái niệm và một số kiến thức cơ bản, biết các ứng dụng AI để giải quyết các tình huống thường gặp trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng nhưng còn yếu và cần nhiều sự hỗ trợ); Kém (dưới 5 điểm. Chỉ biết AI sơ lược, chưa nắm thuật toán hay công cụ có thể ứng dụng trong lĩnh vực y khoa và điều dưỡng, cần học lại từ cơ bản) [17].

Phần 2: Ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Chúng tôi sử dụng thang đo ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng do Leodoro và cộng sự (2023) phát triển với hệ số Cronbach' alpha là 0,91[11]. Thang đo gồm 3 câu hỏi nhằm khảo sát ý định của người tham gia sử dụng AI trong tương lai. Những người tham gia đánh giá sự đồng ý của họ trên thang điểm Likert 5 điểm, từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý). Điểm số được tính bằng trung bình cộng của các câu trả lời. Điểm càng cao thì ý định áp dụng càng cao. Ngoài ra, điểm trung bình được phân thành ba mức như sau: Ý định thấp (1,00 - 2,33), ý định trung bình (2,34 – 3,66) và ý định cao (3,67 - 5,00) [4].

Trước khi đưa vào sử dụng, thang đo ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng đã được nhóm nghiên cứu tiến hành quy trình dịch và chuẩn hoá. Sau đó, thang đo được nghiên cứu thử với 30 sinh viên điều dưỡng để kiểm tra tính tin cậy. Hệ số Cronbach's alpha của thang đo với nghiên cứu thử là 0,85.

Phương pháp thu thập số liệu: Quá trình thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 3/2025 đến tháng 04/2025 bằng hình thức tự điền. Nhóm nghiên cứu liên hệ với lớp trưởng của các lớp để lên lịch khảo sát. Vào ngày hẹn, nhóm nghiên cứu đến gặp các lớp vào cuối giờ học, giới thiệu và giải thích về đề tài nghiên cứu. Sinh viên được phát phiếu khảo sát nếu đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Sinh viên điền trực tiếp vào phiếu điều tra. Các phiếu điều tra được thu lại sau khi hoàn thành.

Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 27.0. Các phép thống kê mô tả bao gồm số lượng, tỉ lệ phần trăm, trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC), giá trị lớn nhất (GTLN), giá trị nhỏ nhất (GTNN) được sử dụng để mô tả các biến số nghiên cứu.

Kết quả điểm trung bình ý định áp dụng AI được

tiến hành kiểm tra tính phân phối chuẩn thông qua biểu đồ Histogram và phép kiểm Shapiro-Wilk trước khi tiến hành các phép kiểm để tìm yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy biểu đồ Histogram bị lệch trái và giá trị p của phép kiểm Shapiro-Wilk < 0,05 cho nên biến này có phân phối không chuẩn. Do vậy, chúng tôi sử dụng phép kiểm Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis và tương quan Spearman để xác định các yếu tố liên quan với độ tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định đạo

đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định thông qua (theo quyết định số 488/GCN-HĐĐĐ, ngày 27 tháng 2 năm 2025), sự đồng ý cho tiến hành lấy số liệu của Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng. Tất cả sinh viên tham gia nghiên cứu đều được thông báo, giải thích mục đích, nội dung của nghiên cứu và sự tình nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được giữ kín, các vấn đề riêng tư đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

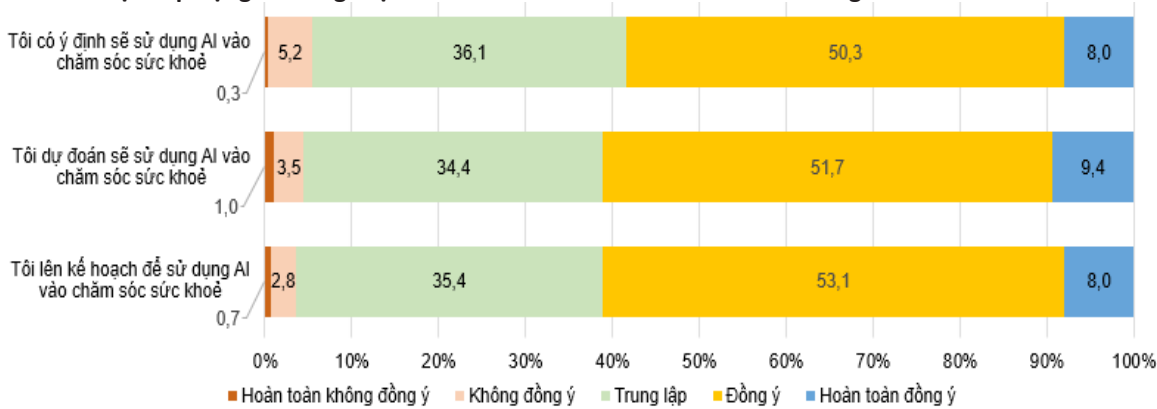
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=288)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm) TB ± ĐLC (GTNN – GTLN)		20,39 ± 1,35 (18 - 24)	
Giới tính	Nam	41	14,2
	Nữ	247	85,8
Năm học	Năm thứ 1	89	30,9
	Năm thứ 2	76	23,3
	Năm thứ 3	45	15,6
	Năm thứ 4	87	30,2
Kết quả học tập	Xuất sắc (3,6-4,0)	11	3,8
	Giỏi (3,2-3,5)	31	10,8
	Khá (2,5-3,1)	154	53,5
	Trung bình (2,0-2,4)	67	23,3
	Yếu (1,0-1,9)	25	8,6
Thời gian sử dụng Internet trong một ngày (giờ) TB ± ĐLC (GTNN – GTLN)		7,35 ± 3,58 (1 - 22)	
Tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI	Có	22	7,6
	Không	266	92,4
Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng	Xuất sắc	1	0,3
	Tốt	28	9,7
	Khá	144	50,0
	Trung bình	108	37,5
	Kém	7	2,5

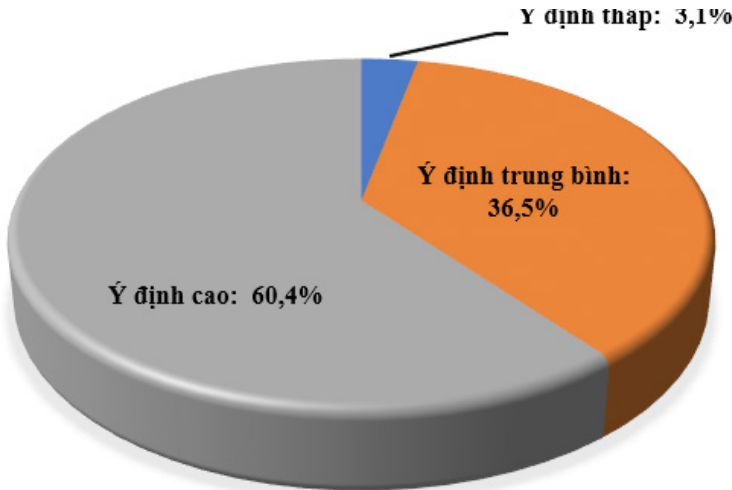
Độ tuổi trung bình của sinh viên tham gia nghiên cứu là 20,39 (± 1,35) tuổi. Hầu hết sinh viên là nữ. Đa số là sinh viên năm 1 và năm 4. Hơn một nửa sinh viên có kết quả học tập ở mức khá. Thời gian sử dụng Internet trung bình mỗi ngày của sinh viên là 7,35 (± 3,58) giờ. Hầu hết sinh viên (92,4%) chưa từng tham gia Hội thảo/ bài giảng/khoá học về AI. Có một nửa sinh viên tự đánh giá hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng của mình đạt mức khá (Bảng 1).

3.2. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng



Biểu đồ 1. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc (n = 288)

Điểm trung bình chung của ý định áp dụng AI là $3,63 \pm 0,62$ (trong khoảng từ 1 đến 5). Tỷ lệ sinh viên “Đồng ý” và “Hoàn toàn đồng ý” với ý định áp dụng AI vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe dao động từ 58,3% đến 61,1%. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 1/3 sinh viên có ý kiến trung lập trong việc áp dụng AI trong tương lai (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 2. Phân loại ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc (n = 288)

Khi phân loại ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc, đa số sinh viên (60,4%) có ý định cao (Biểu đồ 2).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc

Bảng 2. Mối liên quan giữa ý định áp dụng AI trong thực hành điều dưỡng với một số yếu tố

Biến số		Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
		Điểm thứ hạng trung bình	p
Giới tính	Nam	161,93	0,138 ^a
	Nữ	141,61	
Năm học	Năm thứ 1	150,47	0,839 ^b
	Năm thứ 2	139,18	
	Năm thứ 3	145,21	
	Năm thứ 4	142,13	

Biến số		Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
		Điểm thứ hạng trung bình	p
Kết quả học tập	Xuất sắc	153,45	0,583 ^b
	Giỏi	151,98	
	Khá	149,32	
	Trung bình	133,58	
	Yếu	130,86	
Tham gia hội thảo/bài giảng/khoá học về AI	Có	173,23	0,084 ^a
	Không	142,12	
Hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng	Xuất sắc	281,50	0,036 ^b
	Tốt	178,16	
	Khá	146,56	
	Trung bình	132,19	
	Kém	137,86	

^a Mann-Whitney test; ^b Kruskal-Wallis test.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc giữa sinh viên có các mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng khác nhau ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa ý định áp dụng ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc với tuổi và thời gian sử dụng Internet trong ngày

Biến số	Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc	
	r	p
Tuổi	-0,007	0,905
Thời gian sử dụng Internet trong ngày	0,072	0,224

Không có mối tương quan giữa ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc với tuổi và thời gian sử dụng Internet trong ngày của đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy, **điểm trung bình về ý định áp dụng AI của sinh viên là $3,63 \pm 0,62$** . Đa số sinh viên lựa chọn mức “đồng ý” và “hoàn toàn đồng ý” với các phát biểu liên quan đến ý định áp dụng AI trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt, có tới 60,4% sinh viên thể hiện mức ý định cao, phản ánh xu hướng sẵn sàng tiếp nhận và ứng dụng AI vào thực hành chuyên môn trong tương lai.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Labrague và cộng sự (2023), trong đó sinh viên điều

dưỡng tại Philippines cũng ghi nhận ý định cao trong việc ứng dụng AI vào thực hành chăm sóc, với điểm trung bình đạt $3,74 \pm 0,79$ [11]. Tương tự, nghiên cứu của Cho và Seo (2024) tại Hàn Quốc cũng ghi nhận điểm trung bình là $3,59 \pm 0,66$, cho thấy sinh viên điều dưỡng tại đây có mong muốn ứng dụng AI vào thực hành chăm sóc trong tương lai [18]. Tổng hợp các kết quả trên cho thấy, đa số sinh viên điều dưỡng tại nhiều quốc gia đều có mong muốn rõ ràng trong việc ứng dụng AI vào thực tiễn chăm sóc sức khỏe.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy vẫn còn khoảng 1/3 sinh viên có ý định ở mức trung bình, cho thấy họ vẫn đang trong quá trình cân nhắc. Nguyên nhân có thể đến từ sự lo ngại về hiệu quả, tính an toàn hoặc do chưa hiểu biết đầy đủ về công nghệ AI. Hiện nay, Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng bắt đầu triển khai xây dựng các quy định và kế hoạch chuyển đổi số trong đào tạo. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nội dung chính khóa nào về AI. Rất ít các khóa học hoặc hội thảo về AI được tổ chức cho sinh viên và sinh viên chủ yếu tự tìm hiểu về AI. Trong môi trường thực hành lâm sàng của sinh viên tại Đà Nẵng, việc ứng dụng AI tại các cơ sở y tế đã triển khai hồ sơ bệnh án điện tử, hệ thống quản lý thông tin và bắt đầu áp dụng phần mềm hỗ trợ chẩn đoán hình ảnh (như đọc phim X-quang, CT), hỗ trợ phẫu thuật – đây đều là những ứng dụng có thành phần AI. Tuy nhiên, các hệ thống AI chuyên sâu (như trợ lý ảo lâm sàng cho điều dưỡng, hệ thống ra quyết định

hỗ trợ điều trị) vẫn chưa phổ biến; nhân lực y tế hiện tại – bao gồm cả điều dưỡng và giảng viên lâm sàng – phần lớn chưa được đào tạo bài bản về AI. Chính vì vậy, sinh viên điều dưỡng khi thực hành lâm sàng có thể biết đến hoặc nghe về một số thiết bị/phần mềm hiện đại hay các ứng dụng AI nhưng ít có cơ hội được đào tạo, học tập và sử dụng các ứng dụng của AI. Do đó, để hiện thực hóa ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc, cần thiết xây dựng các chiến lược đào tạo cụ thể, đồng thời nâng cao nhận thức và năng lực số cho sinh viên. Điều này nhằm hỗ trợ việc áp dụng AI một cách an toàn, hiệu quả và phù hợp với đạo đức nghề nghiệp trong tương lai.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến ý định áp dụng AI trong thực hành chăm sóc

Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hiểu biết về AI trong thực hành điều dưỡng và ý định áp dụng AI của sinh viên ($p < 0,05$). Tuy nhiên, các nghiên cứu trước lại đưa ra kết luận khác. Cụ thể, nghiên cứu của Kwak và cộng sự (2022) tại Hàn Quốc cho thấy không có mối liên quan giữa kinh nghiệm đào tạo liên quan đến AI và ý định sử dụng AI của sinh viên điều dưỡng [19]. Tương tự, Leodoro và cộng sự tại Philippines cũng không ghi nhận ảnh hưởng của mức độ quen thuộc với AI trong thực hành điều dưỡng đến ý định áp dụng AI [11]. Nghiên cứu của Cho và Seo cũng cho thấy kinh nghiệm giáo dục về AI không ảnh hưởng đến ý định sử dụng AI của sinh viên Hàn Quốc [18]. Những kết quả này cho thấy sự không thống nhất giữa các nghiên cứu, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn trong tương lai nhằm làm rõ mối quan hệ giữa hiểu biết về AI và ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc của sinh viên điều dưỡng.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nhân khẩu học như tuổi, giới tính, năm học, kết quả học tập, thời gian sử dụng Internet mỗi ngày hay việc tham gia các khóa học/hội thảo/bài giảng về AI với ý định áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Kết quả này phù hợp với

các nghiên cứu tại Philippines và Hàn Quốc, trong đó cũng không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và thời gian sử dụng Internet với ý định áp dụng AI của sinh viên [11, 19]. Một nghiên cứu khác tại Hàn Quốc cũng không ghi nhận mối liên hệ giữa tuổi và giới tính với ý định áp dụng AI [18]. Về mối liên quan giữa năm học và ý định sử dụng AI, một số nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt về ý định áp dụng AI giữa sinh viên ở các năm học khác nhau [11, 18].

Những kết quả trên cho thấy rằng các yếu tố nhân khẩu học có thể không phải là yếu tố quyết định chính trong việc hình thành ý định áp dụng AI của sinh viên điều dưỡng. Các yếu tố khác, chẳng hạn như mức độ hiểu biết về AI, thái độ cá nhân hoặc môi trường học tập, có thể đóng vai trò quan trọng hơn và cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai để xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp, thúc đẩy việc áp dụng AI hiệu quả trong thực hành điều dưỡng.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số sinh viên điều dưỡng thể hiện ý định mạnh mẽ trong việc áp dụng AI vào thực hành chăm sóc. Có 60,4% sinh viên cho thấy ý định cao trong việc áp dụng AI trong tương lai. Tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận sinh viên có ý định ở mức trung bình, cho thấy sự do dự hoặc chưa sẵn sàng tiếp cận AI. Mức độ hiểu biết về AI có mối liên quan đáng kể đến ý định áp dụng AI, trong khi các yếu tố nhân khẩu học khác lại không có ảnh hưởng rõ rệt. Cần tích hợp nội dung đào tạo về AI và kỹ năng số vào chương trình học, đồng thời tổ chức các hoạt động trải nghiệm thực tiễn giúp sinh viên nâng cao hiểu biết và tự tin trong việc ứng dụng AI. Các nghiên cứu trong tương lai nên tiếp tục làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến ý định áp dụng AI, nhằm định hướng xây dựng chương trình đào tạo phù hợp trong bối cảnh chuyển đổi số.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Chúng tôi khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pamela McCorduck. *Machines Who Think*. A K Peters/CRC Press, Newyork. 2nd Edition; 2004.
2. Russell SJ, Norvig P. *Artificial Intelligence: A Modern Approach*, 3Th Edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2020.
3. Goodfellow I, Bengio Y, Courville A. *Deep learning*. MIT Press; 2016.
4. Fei J, Yong J, Hui Z, Yi D, Hao L, Sufeng M, et al. *Artificial intelligence in healthcare: past, present and*

- future*. *Stroke and vascular neurology* 2017; 2 (4).
5. Ekpar FE. *A Comprehensive Artificial Intelligence-Driven Healthcare System*. *European Journal of Electrical Engineering and Computer Science* 2024;Vol 8(3):1-6.
6. Talati D. *AI in healthcare domain*. *Journal of Knowledge Learning and Science Technology* 2023; ISSN: 2959-6386 (online). 2023;2(3):256-62.
7. Saxena AK, Ness S, Khinvasara T. *The*

Influence of AI: The Revolutionary Effects of Artificial Intelligence in Healthcare Sector. Journal of Engineering Research and Reports 2024;26(3):49-62.

8. Hote PK, Venkatesan L, Garg R, Gopichandran L. Artificial intelligence for smart patient care: transforming future of nursing practice. International Journal of Research in Medical Sciences 2023;11(10):3931-6.

9. Martinez-Ortigosa A, Martinez-Granados A; Gil-Hernández E, Rodriguez-Arrastia M, Ropero-Padilla C; Roman P. Applications of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Systematic Review. Journal of Nursing Management 2023;2023:1-12.

10. Dave M, Patel N. Artificial intelligence in healthcare and education. Britis Dental Journal 2023;234(10):761-4.

11. Leodoro JL, Rheajane A, Begonia CY, Jeanette BS, Janet A. de los Santos. Student nurses' attitudes, perceived utilization, and intention to adopt artificial intelligence (AI) technology in nursing practice: A cross-sectional study. Nurse Education in practice 2023;73.

12. Ban chấp hành Trung ương. Nghị quyết số 57-NQ/TW Nghị quyết của Bộ Chính trị về đột phá phát triển khoa học, công nghệ đổi mới sáng tạo và

chuyển đổi số quốc gia. 2024.

13. Bộ Y tế. Quyết định số 4888/QĐ-BYT về phê duyệt Đề án ứng dụng và phát triển công nghệ thông tin y tế thông minh giai đoạn 2019 - 2025. 2019.

14. Bộ Y tế. Quyết định số 5969/QĐ-BYT về Phê duyệt Kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin của Bộ Y tế giai đoạn 2021-2025. 2021.

15. Bộ Y tế. Quyết định số 2089/QĐ-BYT phê duyệt kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin và thực hiện nhiệm vụ triển khai đề án 06 của Bộ Y tế năm 2023. 2023.

16. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179-211. 1991.

17. Anderson K. Understanding the New Version of Bloom's Taxonomy. Leslie Owen Wilson. 2001.

18. Cho KA, Seo YH. Dual mediating effects of anxiety to use and acceptance attitude of artificial intelligence technology on the relationship between nursing students' perception of and intention to use them: a descriptive study. BMC Nursing 2024;23(1):212.

19. Kwak YH, Ahn JW, Seo YH. Influence of AI ethics awareness, attitude, anxiety, and self-efficacy on nursing students' behavioral intentions. BMC Nursing. 2022;21.

Nỗi sợ sinh con và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại một số phường thuộc thành phố Huế: Nghiên cứu pilot tại cộng đồng

Nguyễn Thị Nga^{1*}, Vũ Thị Cúc¹, Nguyễn Quang Ngọc Linh², Nguyễn Thị Thu³, Nguyễn Thị Hương¹

¹ Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

² Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

³ Trạm Y tế phường Mỹ Thuong, Thành phố Huế

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Nga. Email: nguyenn@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 10/9/2025

Ngày duyệt đăng (Accepted): 02/10/2025

Ngày duyệt đăng (Published online):

DOI:10.34071/jmp.xxx.xxx

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nỗi sợ sinh con (Fear of Childbirth – FOC) là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở phụ nữ mang thai, có thể ảnh hưởng bất lợi đến kết cục thai kỳ và trải nghiệm sinh nở. Tại Việt Nam, bằng chứng về FOC còn hạn chế, đặc biệt ở khu vực miền Trung. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định mức độ FOC và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 367 phụ nữ mang thai quý 2 và quý 3, đang sinh sống tại thành phố Huế, từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025. Nỗi sợ sinh con được đánh giá bằng thang đo Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) phiên bản A. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Tỷ lệ phụ nữ mang thai có FOC mức cao và rất cao là 31,1%. Kết quả hồi quy cho thấy phụ nữ mang thai lần đầu có nguy cơ FOC cao hơn 4,91 lần (KTC 95%: 1,15–21,04; p=0,032) và phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ FOC cao hơn 2,31 lần (KTC 95%: 1,29–4,13; p=0,005) so với nhóm đối chứng. Các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai và bệnh lý thai kỳ không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: FOC là vấn đề phổ biến ở phụ nữ mang thai tại Huế, đặc biệt ở nhóm mang thai lần đầu và có trầm cảm trước sinh. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc lồng ghép sàng lọc và tư vấn về FOC trong các chương trình giáo dục tiền sản và chăm sóc thai kỳ, nhằm giúp thai phụ chuẩn bị tâm lý, nâng cao sự tự tin và cải thiện trải nghiệm sinh nở.

Từ khoá: Nỗi sợ sinh con, phụ nữ mang thai, bộ câu hỏi W-DEQ, thành phố Huế, trầm cảm trước sinh.

Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in Hue city: a pilot study

Nguyen Thi Nga^{1*}, Vu Thi Cuc¹, Nguyen Quang Ngọc Linh², Nguyen Thi Thu³, Nguyen Thi Huong²

¹Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Department of Psychiatry, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³My Thuong Ward Health Station, Hue City

Abstract

Background: Fear of childbirth (FOC) is a common maternal mental health concern that can adversely affect pregnancy outcomes and childbirth experiences. In Vietnam, evidence regarding FOC remains limited, particularly in the Central regions. This study aimed to determine the prevalence of FOC and its associated factors among pregnant women in Hue City.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted from June to August 2025 among 367 women in their second and third trimesters residing in Hue City. FOC was assessed using the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) version A, translated and adapted into Vietnamese.

Multivariable logistic regression was applied to identify associated factors.

Results: The prevalence of high and very high levels of FOC was 31.1%. Multiple logistic regression analysis showed that nulliparous women had a 4.91-fold higher risk of FOC (95% CI: 1.15–21.04; $p=0.032$), and women with antenatal depression had a 2.31-fold higher risk (95% CI: 1.29–4.13; $p=0.005$), compared with their counterparts. Other factors, including age, occupation, education, gestational trimester, history of miscarriage, and pregnancy complications, were not statistically significant. **Conclusion:** FOC is prevalent among pregnant women in Hue City, particularly among nulliparous women and those with antenatal depression. These findings highlight the need to integrate FOC screening and counselling into prenatal education and antenatal care programs to help women prepare psychologically, enhance self-confidence, and improve childbirth experiences.

Keywords: Fear of Childbirth, Pregnant women, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), Hue city, antenatal depression

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh nở là giai đoạn chuyển tiếp quan trọng về mặt sinh lý, tâm lý và xã hội đối với phụ nữ. Mặc dù phần lớn các ca sinh được xem là ít rủi ro về y khoa, nhiều phụ nữ vẫn trải qua mức độ lo âu hoặc sợ hãi nhất định trong thai kỳ [1]. Nỗi sợ sinh con (Fear of Childbirth – FOC) được định nghĩa là cảm giác lo âu, sợ hãi liên quan đến quá trình mang thai và sinh nở, bắt nguồn từ sự lo lắng về cuộc chuyển dạ sắp tới hoặc từ những trải nghiệm tiêu cực của bản thân hay người khác [2]. FOC là nguồn gây căng thẳng đáng kể, có thể làm tăng nguy cơ biến chứng thai kỳ, kéo dài chuyển dạ, gia tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau/gây mê, đồng thời góp phần làm gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai theo yêu cầu. Ngoài ra, FOC còn liên quan mật thiết đến rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) sau sinh [2, 3].

Tỉ lệ FOC thay đổi đáng kể trên thế giới, dao động từ 3,7% đến 43% tùy theo công cụ đo lường và định nghĩa [4]. Tỉ lệ FOC nghiêm trọng ở phụ nữ mang (PNMT) tại các quốc gia phát triển là 6,3%–14,8%, trong khi con số này cao hơn ở một số quốc gia thu nhập thấp và trung bình: 27,9% tại Đông Phi, 82,6% tại Thổ Nhĩ Kỳ và 56,6% tại Trung Quốc [2, 5-7]. Ở Việt Nam, tỉ lệ mổ lấy thai đã tăng từ 10% năm 2002 lên 28% năm 2014, trong đó FOC được xem là một yếu tố góp phần quan trọng [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương (TP.HCM) ghi nhận tỉ lệ FOC ở thai phụ quý ba là 30,9%, và cao hơn ở nhóm mang thai lần đầu (34,6%) [9]. Một nghiên cứu khác tại Hà Nội và Cà Mau cũng cho thấy mức độ FOC ở mức trung bình cao [8].

Các nghiên cứu quốc tế và trong nước đã chỉ ra một số yếu tố liên quan đến FOC, bao gồm: tuổi, số con, số lần mang thai, tình trạng sức khỏe tâm thần (như trầm cảm, lo âu), tiền sử thai sản bất lợi, cũng như các yếu tố văn hóa – xã hội [1-3, 6, 7, 9]. Trong đó, phụ nữ mang thai lần đầu và phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trước sinh thường có nguy cơ FOC cao hơn.

Việc nhận diện và đo lường chính xác FOC có vai trò quan trọng trong việc triển khai các can thiệp kịp thời, cải thiện trải nghiệm sinh nở. Trong các công cụ hiện có, thang đo Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) được sử dụng phổ biến nhất, có độ tin cậy cao và được xác nhận ở nhiều ngôn ngữ [6, 10]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam sử dụng các thang đo tự xây dựng, song sự khác biệt công cụ gây khó khăn trong so sánh kết quả, nhấn mạnh nhu cầu nhất quán phương pháp đo lường.

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về FOC trên thế giới, nhưng bằng chứng tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam, vẫn còn hạn chế. Đặc biệt ở khu vực miền Trung như thành phố Huế – nơi có bối cảnh văn hóa và xã hội đặc thù – dữ liệu nghiên cứu gần như chưa có. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mức độ nỗi sợ sinh con và các yếu tố liên quan đến nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai trong quý II và quý III thai kỳ tại một số phường thuộc thành phố Huế. Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu nền tảng cho việc phát triển các can thiệp hỗ trợ tâm lý đồng thời gợi mở định hướng lồng ghép sàng lọc và tư vấn FOC vào công tác chăm sóc điều dưỡng, đặc biệt trong các buổi khám thai định kỳ và giáo dục tiền sản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ mang thai từ 18 tuổi trở lên, đang ở quý 2 hoặc quý 3 thai kỳ và cư trú tại thành phố Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ đang điều trị rối loạn tâm thần không thể giao tiếp thông thường; có khuyết tật ngôn ngữ, khiếm thính, thiếu năng trí tuệ, bệnh cấp tính nặng; hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 8 phường thuộc thành phố Huế (16 phường cũ thuộc thành phố Huế), từ tháng 6/2025 đến tháng 8/2025.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Nghiên cứu này là 1 nghiên cứu pilot từ nghiên cứu lớn “Áp dụng mô hình cấu trúc tuyến tính phân tích mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố tác nhân và trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai tại Thành phố Huế”. Cỡ mẫu từ nghiên cứu lớn được tính toán từ công thức ước tính một tỉ lệ cho nghiên cứu cắt ngang với p tham khảo từ nghiên cứu tại Việt Nam với tỉ lệ trầm cảm trước sinh sử dụng cùng thang đo EPDS là 24,5 % [11]. Theo số liệu thống kê năm 2023, số phụ nữ mang thai ở 2 quận ở Thành phố Huế là 5400 người, phụ nữ mang thai ở Quý 2,3 là 3600, mức sai số $d=0,05$, mức ý nghĩa 0,05, cỡ mẫu tính toán được là 264 phụ nữ mang thai [12]. Dự kiến khoảng 10% phụ nữ mang thai từ chối tham gia vào nghiên cứu và hệ số thiết kế là 2, cỡ mẫu dự tính sẽ là 581 phụ nữ mang thai.

Trong nghiên cứu pilot này, chúng tôi thực hiện trên 367 phụ nữ mang thai nhằm đánh giá sơ bộ mức độ nỗi sợ sinh con, đồng thời kiểm tra tính khả thi của công cụ và quy trình thu thập số liệu.

Phương pháp chọn mẫu:

Do việc danh sách phụ nữ mang thai được tiến hành trước khi thành phố Huế có quyết định sát nhập các xã/phường, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên các phường ở 2 quận Thuận Hóa và Phú Xuân vào nghiên cứu. Do kích thước mẫu ở quận Thuận Hóa gấp 1,4 lần so với quận Phú Xuân nên chọn số lượng phường được chọn theo kích thước mẫu. Chọn ngẫu nhiên 10 phường trong đó: 6 phường từ quận Thuận Hóa và 4 phường từ quận Phú Xuân vào nghiên cứu.

Giai đoạn 2: Chọn tất cả phụ nữ mang thai ở mỗi phường thỏa mãn điều kiện lựa chọn và điều kiện loại trừ vào nghiên cứu.

Khi tiến hành nghiên cứu, các phường được chọn là: 4 phường thuộc quận Phú Xuân: Đông Ba, Kim Long, Tây Lộc và Gia Hội; 6 phường thuộc quận Thuận Hóa: Phước Vĩnh, Thuận An, Dương Nổ, Trường An, Thủy Xuân và Phường Đức. Số mẫu thu thập được là 367/390 phụ nữ mang thai. Tỉ lệ phản hồi 94,1%.

2.5 Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) được dịch sang tiếng Việt theo quy trình chuẩn hóa [13]. Trước tiên, công cụ được dịch xuôi và dịch ngược từ tiếng Anh sang tiếng Việt độc lập bởi hai giảng viên có năng lực ngoại ngữ và xuất bản bài báo quốc tế trong lĩnh vực y tế công cộng. Hai bản dịch tiếng Việt được so sánh và đối chiếu để thống nhất thành một bản dịch chung. Sau đó, bản dịch

tiếng Việt này được dịch ngược sang tiếng Anh, và bản dịch ngược được so sánh với bản gốc tiếng Anh nhằm đảm bảo tính tương đương ngữ nghĩa. Quá trình này có sự tham vấn và góp ý của một bác sĩ chuyên khoa tâm thần để bảo đảm tính phù hợp về chuyên môn. Phiên bản tiếng Việt sau khi hoàn thiện được thử nghiệm sơ bộ (pilot testing) trên 5 phụ nữ mang thai để đánh giá mức độ dễ hiểu, tính rõ ràng và sự phù hợp về ngữ cảnh. Dựa trên kết quả thử nghiệm, bộ công cụ được chỉnh sửa và hoàn thiện trước khi đưa vào nghiên cứu chính thức.

Phương pháp thu thập số liệu: Các nữ hộ sinh tại trạm y tế phường phát bảng hỏi tự điền cho thai phụ tại các buổi tiêm chủng mở rộng hằng tháng. Danh sách những người chưa tham gia sẽ được đối chiếu và mời bổ sung. Sau mỗi buổi thu thập, bộ câu hỏi được kiểm tra chéo và làm sạch dữ liệu trong ngày

2.6 Tiêu chuẩn đánh giá

Biến phụ thuộc: Nỗi sợ sinh con được đo lường bằng thang đo W-DEQ với 33 câu hỏi sử dụng thang đo Likert từ 0-5 điểm. Thang điểm có khoảng từ 0-165 điểm. Tham khảo các nghiên cứu trên thế giới, mức độ của FOC được phân chia theo các mức: mức độ thấp (dưới 38 điểm), mức độ trung bình (38-65,9 điểm), mức độ cao (66-84,9 điểm) và mức độ rất cao (từ 85 điểm) [10, 14, 15].

Các biến độc lập:

Các biến nhân khẩu học: Tuổi, tôn giáo, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hoàn cảnh gia đình, tình trạng hôn nhân, hút thuốc lá và sử dụng bia/rượu, trầm cảm trước sinh.

Các biến thai sản: Quý thai, số lần mang thai, số con, tiền sử thai sản (số lần sinh, số sảy, số thai lưu), mang thai theo kế hoạch, khám thai định kỳ và bệnh lý thai kỳ.

2.7 Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả: số lượng, tỉ lệ hoặc trung bình, độ lệch chuẩn để mô tả các biến độc lập và phụ thuộc.

Mô hình hồi quy Logistic đa biến được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và mức độ FOC ở phụ nữ mang thai. Trong phân tích hồi quy Logistic đa biến, biến FOC được chia làm 2 nhóm, nhóm có FOC nhẹ và trung bình và nhóm có FOC cao và rất cao.

2.8 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế số H2025/427, ngày 16 tháng 5 năm 2025.

Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của đối tượng hoàn toàn được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n=367)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Dưới 25 tuổi	48	13,1
	25 đến dưới 35 tuổi	233	63,5
	Từ 35 tuổi trở lên	86	23,4
	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	30,4 (5,33)	
Dân tộc	Kinh	365	99,5
	Khác	2	0,5
Tôn giáo	Không tôn giáo	202	55,0
	Phật giáo	146	39,8
	Công giáo/Cao đài	19	5,2
Hoàn cảnh gia đình	Hộ nghèo/cận nghèo	5	1,4
	Hộ bình thường	362	98,6
Trình độ học vấn	Từ trung học cơ sở (THCS) trở xuống	98	26,7
	Trung học phổ thông (THPT)	98	26,7
	Trên trung học phổ thông (THPT)	171	46,6
Nghề nghiệp	Nội trợ	77	21,0
	Lao động tự do	172	46,8
	Cán bộ công chức (CBCC), nhân viên	118	32,2
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	365	99,5
	Ly dị/Góa	2	0,5
Hút thuốc lá	Có	3	0,8
	Không	364	99,2
Uống rượu/bia	Có	39	10,6
	Không	328	89,4
Trầm cảm trước sinh	Có	63	17,2
	Không	304	82,8

Nhận xét: Qua nghiên cứu 367 phụ nữ mang thai có độ tuổi trung bình $30,4 \pm 5,33$, nhóm tuổi 25 đến dưới 35 chiếm tỉ lệ cao (63,5%). Hầu hết đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh (99,5%), hộ bình thường (98,6%), có chồng (99,5%), không hút thuốc lá (99,2%) và không uống rượu/ bia (89,4%). Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trên THPT, lao động tự do, và không theo tôn giáo nào chiếm tỉ lệ cao (lần lượt 46,6%; 46,8% và 55,0%). Tỉ lệ phụ nữ mang thai bị trầm cảm là 17,2%.

Bảng 2. Đặc điểm thai sản

	Đặc điểm	Số lượng (n=367)	Tỉ lệ (%)
Quý thai	Quý 2	111	30,2
	Quý 3	256	69,8
Số lần mang thai	Lần đầu	112	30,5
	Từ 2 lần trở lên	255	69,5

Số con	Chưa có con	122	33,2
	Từ 1-2 con	226	61,5
	Trên 2 con	19	5,2
Tiền sử	Sảy thai	39	15,3
	Sinh non	7	2,8
	Thai lưu	15	5,9
Mang thai theo kế hoạch	Có	287	78,2
	Không	80	21,8
Khám thai định kỳ	Có	360	98,1
	Không	7	1,9
Bệnh lý ở thai kỳ này	Có	15	4,1
	Không	352	95,9

Nhận xét: Hầu hết đối tượng nghiên cứu khám thai định kỳ và không có bệnh lý ở thai kỳ (98,1% và 95,9%). Đối tượng nghiên cứu quý 3 của thai kỳ, mang thai lần 2 trở lên, từ 1-2 con và mang thai theo kế hoạch (lần lượt 69,8%; 69,5%; 61,5% và 78,2%). PNMT có tiền sử sảy thai chiếm 15,3%; sinh non chiếm 2,8% và thai lưu chiếm 5,9%.

Bảng 3. Nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai

Nỗi sợ sinh con	Số lượng	Tỉ lệ
Điểm trung bình (Độ lệch chuẩn) Nhỏ nhất- Lớn nhất	52,32 (20,09) 5- 10	
Thấp	90	24,5
Trung bình	163	44,4
Cao	103	28,1
Rất cao	11	3,0
Tổng	367	100,0

Nhận xét: Điểm trung bình của FOC là 52,32 điểm. Trong 367 PNMT, tỉ lệ phụ nữ mang thai có nỗi sợ sinh con cao và rất cao chiếm 31,1%.

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến kiểm định các yếu tố liên quan đến nỗi sợ sinh con của đối tượng nghiên cứu

	Biến độc lập	aOR	KTC 95%	p
Tuổi	Dưới 25 tuổi	1		
	25 đến dưới 35 tuổi	0,760	0,368 1,571	0,495
	Từ 35 tuổi trở lên	0,788	0,336 1,847	0,584
Nghề nghiệp	Nội trợ, lao động tự do	1		
	CBVC, Nhân viên	1,118	0,677 1,844	0,664
Trình độ học vấn	Từ THPT trở xuống	1		
	Trên THPT	1,074	0,673 1,715	0,765
Quý thai	Quý 2	1,24	0,758 2,035	0,39
	Quý 3	1		
Số con	Chưa có con	4,91	1,147 21,04	0,032
	Đã có con	1		
Sảy thai	Không	1,425	0,600 3,386	0,422
	Có	1		

Bệnh lý thai kỳ	Không	1,282	0,381	4,321	0,688
	Có	1			
Trầm cảm trước sinh	Không	1			
	Có	2,31	1,29	4,13	0,005

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic đa biến (Bảng 4) cho thấy có hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai. Cụ thể, những thai phụ chưa có con có nguy cơ xuất hiện nỗi sợ sinh con cao gấp 4,91 lần so với nhóm đã có con (aOR=4,91; KTC 95%: 1,147–21,04; p=0,032). Ngoài ra, những phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ nỗi sợ sinh con cao gấp 2,31 lần so với nhóm không có trầm cảm (aOR=2,31; KTC 95%: 1,29–4,13; p=0,005). Trong khi đó, các yếu tố khác bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai và bệnh lý thai kỳ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nỗi sợ sinh con (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, phụ nữ mang thai có độ tuổi trung bình 30,4 ±5,33, nhóm tuổi 25 đến dưới 35 chiếm tỉ lệ cao (63,5%), phù hợp với độ tuổi sinh đẻ theo khuyến cáo của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế thế giới. Điều này cũng phù hợp với xu hướng kết hôn sinh con của phụ nữ sống tại các vùng đô thị. Hầu hết đối tượng nghiên cứu là dân tộc Kinh (99,5%), hộ bình thường (98,6%), có chồng (99,5%). Đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trên THPT, lao động tự do, và không theo tôn giáo nào chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 46,6%; 46,8% và 55,0%. Những đặc điểm này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước [1, 9].

Nỗi sợ sinh con (FOC) nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng như né tránh sinh con, phá thai sớm, tăng tỉ lệ sinh mổ, trầm cảm sau sinh hoặc rối loạn căng thẳng sau sang chấn; đồng thời ảnh hưởng tiêu cực đến mối quan hệ mẹ – con và sự phát triển tinh thần của trẻ [16]. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ FOC mức cao và rất cao là 31,1%. Con số này nằm trong khoảng dao động toàn cầu (3,7%–43%), phụ thuộc vào công cụ đo lường và cách định nghĩa [4]. Ở các nước phát triển, FOC nghiêm trọng thường dao động 6,3%–14,8%, trong khi tỉ lệ này cao hơn ở Đông Phi (27,9%), Thổ Nhĩ Kỳ (82,6%) và Trung Quốc (56,6%) [2, 5-7].

Ở Việt Nam, tỉ lệ mổ lấy thai đã gia tăng nhanh chóng từ 10% vào năm 2002 lên 28% vào năm 2014, và FOC được coi là một yếu tố đóng góp chính vào xu hướng này [8]. kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Bệnh viện Hùng Vương, TP.HCM, ghi nhận tỉ lệ FOC là 30,9% ở thai phụ quý ba, cũng như nghiên cứu đa trung tâm tại Hà Nội và Cà Mau, cho thấy mức độ FOC trung bình – cao [8, 9]. Nghiên cứu gần đây tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trên phụ nữ mang thai lần đầu cũng cho thấy hơn 46% có FOC mức độ nhẹ và 20% ở mức độ nặng [1]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm mẫu (phụ nữ mang thai lần đầu so với nhóm tất cả phụ nữ mang thai), thời điểm khảo

sát (quý thai) và công cụ đo lường (FOBS, W-DEQ, Fear of Birth Scale). Những bằng chứng này khẳng định FOC là một vấn đề phổ biến tại Việt Nam, không chỉ ở các đô thị lớn mà còn hiện diện ở khu vực miền Trung như Huế và cần được giới học thuật và các cơ sở y tế quan tâm đúng mức.

Về các yếu tố liên quan đến FOC, kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ mang thai lần đầu có nguy cơ trải qua nỗi sợ sinh con cao hơn so với nhóm mang thai nhiều lần phù hợp với các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam và trên thế giới. Lý giải có thể do phụ nữ mang thai lần đầu thiếu kinh nghiệm và ít kiến thức thực tế về quá trình chuyển dạ, từ đó dễ lo lắng hơn [1, 3, 5]. Tương tự, nghiên cứu tại Ba Lan và Thổ Nhĩ Kỳ cũng cho thấy sản phụ mang thai lần đầu thường báo cáo mức độ FOC cao hơn, do sự thiếu hụt trải nghiệm và lo ngại về những tình huống không lường trước trong quá trình sinh [3, 5]. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng khẳng định mối liên quan giữa trầm cảm trước sinh và FOC, khi phụ nữ có triệu chứng trầm cảm trước sinh có nguy cơ FOC cao gấp 2,31 lần so với nhóm không trầm cảm. Phát hiện này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu ở Đông Phi và Trung Quốc, vốn nhấn mạnh mối liên hệ chặt chẽ giữa sức khỏe tâm thần trong thai kỳ và mức độ lo âu, sợ hãi khi sinh [6, 7]. Theo Chen và cộng sự (2024), FOC có thể vừa là hệ quả vừa là yếu tố làm trầm trọng thêm tình trạng trầm cảm, tạo thành mối quan hệ hai chiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần người phụ nữ [4]. Ngược lại, các yếu tố khác như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, quý thai, tiền sử sảy thai hay bệnh lý thai kỳ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với FOC trong nghiên cứu này. Kết quả này khác biệt so với một số nghiên cứu trước đó tại Ethiopia và Thổ Nhĩ Kỳ, nơi các đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử sản khoa được ghi nhận có ảnh hưởng đến mức độ FOC [5, 6]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc thù mẫu nghiên cứu, bối cảnh văn hóa – xã hội cũng như công cụ đo lường được sử dụng.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên đánh giá thực trạng nỗi sợ sinh con phụ nữ mang thai tại khu vực miền Trung. Đây cũng là một nghiên cứu thí điểm (pilot study) trong khuôn khổ nghiên cứu lớn hơn về trầm cảm ở phụ nữ mang thai trong quý 2 và quý 3 tại thành phố Huế. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ FOC cao đặt ra yêu cầu tích hợp hoạt động sàng lọc, tư vấn tâm lý và giáo dục tiền sản trong chăm sóc thai phụ. Việc sử dụng công cụ chuẩn hóa như W-DEQ trong khám thai định kỳ, cùng với vai trò đồng hành của điều dưỡng và nữ hộ sinh, có thể giúp phát hiện sớm thai phụ có FOC, từ đó hỗ trợ kịp thời, nâng cao sự tự tin trước sinh và giảm thiểu nguy cơ biến chứng tâm lý sau sinh.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, công cụ W-DEQ mặc dù đã được dịch và hiệu chỉnh nhưng chưa được đánh giá đầy đủ về độ tin cậy và giá trị trong bối cảnh Việt Nam. Thứ hai, với thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chưa xác định được mối quan hệ nhân quả giữa trầm cảm trước sinh và FOC. Thứ ba, do là một phần của nghiên cứu lớn hơn về trầm cảm trước sinh, cỡ mẫu còn hạn chế, ảnh hưởng đến khả năng phân tích chi tiết các yếu tố sản khoa. Tuy

vậy, nghiên cứu vẫn cung cấp bằng chứng quan trọng về thực trạng FOC tại thành phố Huế. Các nghiên cứu tiếp theo cần có cỡ mẫu lớn hơn, tiến hành các phân tích sâu hơn để chuẩn hóa W-DEQ trong bối cảnh Việt Nam và áp dụng mô hình cấu trúc tuyến tính để làm rõ mối quan hệ nhân quả giữa FOC, trầm cảm trước sinh và các yếu tố nguy cơ khác.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 31,1% phụ nữ mang thai có mức độ nỗi sợ sinh con cao và rất cao. Phụ nữ mang thai lần đầu và phụ nữ có trầm cảm trước sinh có nguy cơ cao hơn. Kết quả này cung cấp bằng chứng thực tiễn quan trọng, góp phần làm rõ thực trạng FOC tại khu vực miền Trung, đồng thời gợi mở nhu cầu tích hợp sàng lọc và tư vấn tâm lý trong chăm sóc thai kỳ, nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ và cải thiện sức khỏe tinh thần cho phụ nữ mang thai.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Huế (Mã số đề tài: DHH2025-04-234)

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Nhấn, Đỗ Thị Hương, Bùi Thị Kim Thảo, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Nguyễn Thị Kiều Trang, Phạm Thị Mộng Nghi, et al. Thực trạng nỗi sợ sinh con ở phụ nữ mang thai lần đầu tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2025;28(3):124-30.
2. Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):28.
3. Ilska M, Brandt-Salmeri A, Kolodziej-Zaleska A, Banas E, Gelner H, Cnota W. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Sci Rep*. 2021;11(1):4397.
4. Chen C, Hussein SZB, Nasri NWM, Yao J, Qin Y, Zhao Z, et al. Fear of childbirth among pregnant women: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2024;80(11):4476-87.
5. Sercekus P, Vardar O, Ozkan S. Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sex Reprod Healthc*. 2020;24:100501.
6. Abebe M, Tebeje TM, Yimer N, Simon T, Belete A, Melaku G, et al. Fear of childbirth and its associated factors among pregnant women in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2024;139:104191.
7. Zhang T, Liu M, Min F, Wei W, Liu Y, Tong J, et al. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):574.
8. Nguyen LD, Nguyen LH, Ninh LT, Nguyen HTT, Nguyen AD, Vu LG, et al. Fear of Childbirth and Preferences for Prevention Services among Urban Pregnant Women in a Developing Country: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10).
9. Huynh Nguyen Khanh Trang, Hoang Thi Diem Tuyet, Trieu Thi Ngoc Diep, Ngo Minh Xuan. Fear of childbirth in the third trimester at Hung Vuong Hospital, Vietnam. *Medical Science*. 2020;24(104):2504-10.
10. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97.
11. Hue MT, Nguyen Van NH, Nha PP, Vu NT, Duc PM, Van Trang NT, et al. Factors associated with antenatal depression among pregnant women in Vietnam: A multisite cross-sectional survey. *Health Psychol Open*. 2020;7(1):2055102920914076.
12. Trung tâm Y tế thành phố Huế. Báo cáo tổng

hợp số Thai phụ tại quận Thuận Hóa và Phú Xuân. 2023.

13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3186-91.

14. Dereje A, Dheresa M, Desalew A, Tura AK. Fear of childbirth among pregnant women in Eastern Ethiopia: A community-based study. Midwifery. 2023;116:103515.

15. Zar M, Wijma K, Wijma M. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 2010;30(2):75-84.

16. Ruger-Navarrete A, Vazquez-Lara JM, Antunez-Calvente I, Rodriguez-Diaz L, Riesco-Gonzalez FJ, Palomo-Gomez R, et al. Antenatal Fear of Childbirth as a Risk Factor for a Bad Childbirth Experience. Healthcare (Basel). 2023;11(3).