

KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN TRUYỀN MÁU CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC NĂM 2023

NURSING KNOWLEDGE OF BLOOD TRANSFUSION SAFETY AT VINH PHUC PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2023

✍ NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG¹, TRƯƠNG QUANG TRUNG²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức an toàn truyền máu (ATTM) của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc năm 2023 và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức an toàn truyền máu của điều dưỡng tham gia nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 281 Điều dưỡng làm việc tại các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc, từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023.

Kết quả: 42,7% điều dưỡng đạt kiến thức (ATTM, đạt $\geq 6,5$ điểm/10). Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức ATTM gồm: tuổi, đặc điểm khoa lâm sàng, tần suất thực hiện truyền máu ($p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức về an toàn truyền máu của điều dưỡng còn hạn chế chưa được như mong đợi (42,7% đạt yêu cầu), do vậy cần đào tạo cho điều dưỡng về an toàn truyền máu liên tục, định kỳ, thường xuyên cập nhật kiến thức mới. Thường xuyên kiểm tra, đánh giá, giám sát công tác thực hiện an toàn truyền máu.

Từ khóa: An toàn truyền máu (ATTM), Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc.

ABSTRACT:

Objective: Describe level of knowledge on blood transfusion safety among clinical nurses at Vinh Phuc province General Hospital in 2023 and analyze several factors associated to those level of blood infusion safety knowledge.

Research subjects and methods: Cross-sectional study design was utilized among 281 nurses working in clinical departments at Vinh Phuc province General Hospital, from March to November 2023 by research questionnaire.

Results: 42.7% of nurses demonstrated adequate knowledge of blood transfusion safety ($\geq 6,5/10$). Some factors related to blood transfusion safety knowledge, including age, number of blood transfusions performed, and clinical department, were statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Nurses' knowledge of blood transfusion safety is quite good, but the correct rate is still not adequated. It is necessary to train nurses on blood transfusion safety continuously, periodically, and regularly update. new knowledge. Regularly check, evaluate and monitor the implementation of blood transfusion safety.

Keywords: Blood transfusion safety, Nurse, Vinh Phuc province General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu để điều trị bệnh đã được các nhà khoa học trên thế giới và Việt Nam áp dụng từ rất lâu. Ngày nay, máu và các chế phẩm từ máu được sử dụng ngày càng nhiều trong công tác điều trị và chăm sóc người bệnh tại các bệnh viện. Khi thực hiện truyền máu, việc đảm bảo an toàn truyền máu (ATTM) luôn

là vấn đề rất quan trọng. ATTM bao gồm đảm bảo an toàn cho người hiến máu, người nhận máu và nhân viên y tế liên quan. Đối với các bệnh viện có sử dụng máu, thì ATTM chính là nói đến đảm bảo an toàn cho người bệnh được truyền máu. ATTM cho người bệnh được truyền máu bao gồm các khâu từ đánh giá và chỉ định truyền máu, dự trữ và lĩnh máu từ ngân hàng

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Đại học Y Hà Nội

Số điện thoại: 0966865577 - Email: thanhnguyenthithi2910@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 31/10/2024

Ngày trả bài phản biện: 06/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 20/11/24

máu, cuối cùng là thực hiện truyền máu.

ĐD phải có kiến thức về ATTM thì mới có thể đảm bảo an toàn cho người bệnh. Tuy nhiên không phải ĐD nào cũng có thể làm tốt được những yêu cầu này. Một nghiên cứu ở Malaysia năm 2021 cho thấy đa số các ĐD chỉ có kiến thức về ATTM ở mức độ trung bình [4], trong khi ở Ấn Độ thì chỉ có 9,9% ĐD đạt kiến thức về ATTM [5]. Tại Việt Nam, một nghiên cứu ở Bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2020 cho thấy có 45,6% ĐD đạt mức trung bình về kiến thức ATTM [2], ở Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2017 chỉ có 21,1% ĐD đạt kiến thức ATTM [3].

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc là bệnh viện tuyến tỉnh hạng I, số giường thực kê là 1400 giường. Số lượng đơn vị máu được sử dụng năm 2022 là 6838 đơn vị và tiếp tục tăng trong những năm tiếp theo, với mức tăng bình quân 15%/năm. Vì vậy, để hạn chế được những tai biến truyền máu, thì người ĐD phải đảm bảo kiến thức về ATTM là hết sức quan trọng và cần thiết. Tuy nhiên cho đến nay, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng kiến thức ATTM của nhóm đối tượng này. Trước thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: **Mô tả thực trạng kiến thức về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2023 và phân tích một số yếu tố liên quan.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

ĐD đang làm việc tại các khoa lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc và có thời gian công tác tối thiểu 12 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023, trong đó số liệu được thu thập từ 8/2023 đến 10/2023.

- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ ĐD đang công tác tại bệnh viện thoả mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.5. Xử lý dữ liệu: Bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.6. Công cụ đánh giá

Là bộ câu hỏi nghiên cứu gồm 40 câu hỏi, được tham khảo dựa trên Thông tư 26/2013/TT-BYT về Hướng dẫn hoạt động truyền máu và các nghiên

cứu trong và ngoài nước bao gồm: Thực trạng kiến thức và an toàn truyền máu của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020 [2], Kiến thức truyền máu của điều dưỡng Malaysia [4].

2.7. Đánh giá kết quả

Không đạt là trả lời đúng dưới 26 câu hỏi. Đạt khi trả lời đúng từ 26- 40 câu hỏi. Điểm cắt 26/40 tương đương 6,5 quy ra thang điểm 10 theo quy chế đào tạo đại học và cao đẳng được ban hành theo Quyết định 25/2006/QĐ-BGDĐT ngày 26/6/2006 được tính là điểm đạt yêu cầu, phù hợp với yêu cầu về kiến thức an toàn truyền máu của điều dưỡng ở thời điểm hiện tại của bệnh viện.

2.8. Thu thập số liệu: Bằng phiếu câu hỏi.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định Đạo đức trong nghiên cứu y sinh, được Ban Giám đốc Bệnh viện đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu theo Quyết định số 164/QĐ-BVĐK ngày 13/3/2023 của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Các đối tượng nghiên cứu được giải thích và mời tình nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ các thông tin nhận dạng của ĐD tham gia nghiên cứu được bảo mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và để xuất can thiệp nâng cao chất lượng công tác ĐD trong bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết thúc giai đoạn thu thập số liệu, có 281 điều dưỡng hoàn thành bộ câu hỏi nghiên cứu.

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

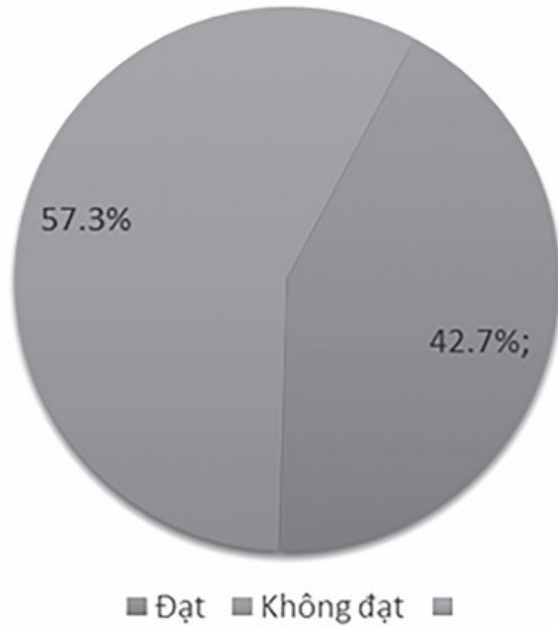
Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N=281)

Thông tin nhân khẩu học		N	%
Tuổi trung bình 37,77; Min 22; Max 55			
Tuổi	Dưới 30 tuổi	45	16
	Từ 30 trở lên	236	84
Giới	Nam	45	16
	Nữ	236	84
Kinh nghiệm làm việc	≥ 5 năm	44	15,7
	>5 năm	237	84,3
Trình độ chuyên môn	Trung cấp, cao đẳng	120	42,7
	Đại học, sau đại học	161	57,3
Khối lâm sàng	Gây mê, hồi sức, cấp cứu	89	
	Khối lâm sàng khác	192	68,3

Nhận xét:

Độ tuổi trung bình của ĐD là 37,77; nhóm từ 30 tuổi trở lên chiếm 84%; tỷ lệ nữ chiếm đa số (84%); ĐD có kinh nghiệm làm việc trên 5 năm chiếm 84,3%, trình độ đại học, sau đại học chiếm 57,3%.

2. Thực trạng kiến thức ATTM của điều dưỡng



Biểu đồ 3.1: Kết quả đánh giá chung về kiến thức ATTM của ĐD

Nhận xét:

Trong 281 ĐTNC tham gia nghiên cứu thì có 120 ĐTNC có kết quả đạt yêu cầu, chiếm tỷ lệ 42,7%.

3. Các yếu tố liên quan đến kiến thức ATTM của điều dưỡng

Bảng 3.2. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với kiến thức ATTM của đối tượng nghiên cứu (n=281)

		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Đạt N (%)	Không đạt N (%)		
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	26 (57,8)	19 (42,2)	2,07 (1,08-3,95)	0,03
	≥ 30 tuổi	94 (39,8)	142 (60,2)		
Giới	Nam	17 (37,8)	28 (62,2)	1,27 (0,66-2,46)	0,47
	Nữ	103 (43,6)	133 (56,4)		

Nhận xét:

Nhóm ĐD dưới 30 tuổi có kiến thức về ATTM đạt cao hơn so với nhóm ĐD từ 30 tuổi trở lên. Không có sự khác biệt về kiến thức ATTM giữa nam và nữ.

Bảng 3.3. Liên quan giữa kinh nghiệm làm việc và trình độ chuyên môn với kiến thức ATTM (n=281)

		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Đạt N (%)	Không đạt N (%)		
Trình độ chuyên môn	Trung cấp, cao đẳng	54 (45,0)	66 (55,0)	1,18 (0,73-1,90)	0,50
	Đại học, sau đại học	66 (41,0)	95 (59,0)		
Kinh nghiệm làm việc	≤ 5 năm	23 (52,3)	21 (47,7)	1,58 (0,83-3,02)	0,16
	> 5 năm	97 (40,9)	140 (59,1)		

Nhận xét:

Không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ chuyên môn và kinh nghiệm làm việc với kiến thức ATTM của ĐD.

Bảng 3.4. Liên quan giữa khối lâm sàng và số lần thực hiện truyền máu với kiến thức ATTM (n=281)

		Kiến thức		OR (95%CI)	p
		Đạt N (%)	Không đạt N (%)		
Khối lâm sàng	Gây mê-Hồi sức-Cấp cứu	60 (67,4)	29 (32,6)	4,55 (2,66-7,80)	0,00
	Các khối lâm sàng khác	60 (31,3)	132 (68,8)		
Số lần thực hiện truyền máu	≥ 5 lần	81 (61,8)	50 (38,2)	4,61 (2,78-7,66)	0,00
	< 5 lần	39 (26,0)	111 (74,0)		

Nhận xét:

ĐD thuộc khối Gây mê – Hồi sức – Cấp cứu và ĐD đã thực hiện truyền máu từ 5 lần trở lên đạt kiến thức ATTM cao hơn so với ĐD ở các khối lâm sàng khác và ĐD thực hiện truyền máu dưới 5 lần, với OR lần lượt là 4,55 và 4,61. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của ĐTNC

Qua bảng 3.1 cho chúng ta thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 37,77 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên chiếm 84%. Những người có kinh nghiệm làm việc trên 5 năm chiếm tỷ lệ 84,3%, cao hơn so với 60,5% của Phạm Thị Hà nghiên cứu tại BVĐK tỉnh Thái Bình năm 2019 [1].

Đa số điều dưỡng trong nghiên cứu là nữ (chiếm 84%). Kết quả này tương tự với kết quả của Đoàn Thị Trúc Ly năm 2017 tại BVĐK Cần Thơ là 72,5% [3].

Về trình độ của ĐTNC, nhóm có trình độ đại học và sau đại học chiếm đến 57,3%. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Phạm Thị Hà cùng cộng sự tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019 với trình độ đại học chỉ chiếm 7%, đa số là trình độ Trung cấp - Cao đẳng (93%) và ĐD có kinh nghiệm làm việc trên 5 năm chiếm 60,5%, còn lại 39,5% công tác dưới 5 năm [1].

4.2. Thực trạng kiến thức ATTM của ĐD

Biểu đồ 3.1 cho thấy có 42,7% trường hợp kết quả đánh giá kiến thức về an toàn truyền máu là đạt. Đây là một tỷ lệ thấp so với kỳ vọng, vì các điều dưỡng trong nghiên cứu đều có thâm niên công tác lâu năm và trình độ đào tạo tương đối cao (57,3% đại học và sau đại học) so với các bệnh viện lân cận. Tuy nhiên kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đoàn Thị Trúc Ly và cộng sự khi đánh giá kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2017 cho thấy có 22,1% điều dưỡng có kiến thức đạt [3].

4.3. Các yếu tố liên quan

Qua bảng 3.2 đánh giá mối liên quan yếu tố giới và tuổi của ĐD với kiến thức ATTM của họ, cho thấy không có sự khác biệt về kiến thức ATTM giữa nam và nữ, nhưng nhóm ĐD dưới 30 tuổi đạt kiến thức về ATTM cao hơn so với nhóm trên 30 ($OR = 2,07$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$ và khoảng tin cậy CI 95%: 1,08-3,95. Có được kết quả này, là do trong chương trình đào tạo y khoa ở tất cả các cấp độ, đang ngày càng được cải tiến, chú trọng về vấn đề truyền máu, để theo kịp với xu thế đổi mới trong điều trị ngày nay,

khác với thời gian trước. Các cán bộ trẻ tuổi được cập nhật thêm nhiều kiến thức mới hơn từ ngay khi ngồi trên ghế nhà trường, nên họ cũng am hiểu hơn về an toàn truyền máu trên lâm sàng so với thế hệ đi trước. Ngoài ra, thế hệ nhân viên trẻ tuổi cũng chịu khó tiếp thu, học hỏi cái mới, lại không vướng bận quá nhiều công việc nên họ tham gia đầy đủ các lớp tập huấn dài và ngắn hạn. Vì vậy nguồn kiến thức của họ được trau dồi và nhắc lại liên tục. Kết quả này tương đồng như trong nghiên cứu của Suhrud J. Panchawagh và cộng sự tại các bệnh viện công ở Ấn Độ, năm 2019, cho thấy nhóm ĐD có điểm trung bình về kiến thức ATTM cao nhất nằm trong độ tuổi từ 20-24, khác biệt hẳn so với các nhóm còn lại [5].

Khi tìm hiểu mối liên quan giữa kinh nghiệm làm việc, trình độ chuyên môn của ĐD với kiến thức ATTM, qua bảng 3.3, cho thấy nhóm điều dưỡng làm việc dưới 5 năm có 52,3% đạt kiến thức ATTM, nhóm làm việc trên 5 năm có tỷ lệ đạt 40,9%. Nhóm ĐD trình độ trung cấp - cao đẳng có tỷ lệ đạt kiến thức ATTM là 45% cao hơn so với nhóm trình độ đại học - sau đại học tỷ lệ đạt 41%. Tuy nhiên hai sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Như vậy trong nghiên cứu này kinh nghiệm làm việc và trình độ đào tạo của đối tượng nghiên cứu không phải là yếu tố tạo nên sự khác biệt về kiến thức an toàn truyền máu.

Xét về yếu tố đặc điểm khoa lâm sàng và số lần thực hiện truyền máu với kiến thức ATTM qua bảng 3.4 cho thấy: ĐD làm việc tại khối Gây mê - Hồi sức - Cấp cứu có 67,4% đạt kiến thức ATTM, cao hơn so với các khoa lâm sàng còn lại ($OR = 4,55$). Điều dưỡng có số lần truyền máu từ 5 lần trở lên có tỷ lệ đạt 61,8% cao hơn so với điều dưỡng thực hiện truyền máu dưới 5 lần ($OR = 4,61$). Có sự khác biệt này là do trong Khối Gây mê - Hồi sức - Cấp cứu có tỷ lệ thực hiện truyền máu cao hơn so với các khối lâm sàng khác nên ĐD viên được thực hành nhiều hơn cũng giống như có số lần thực hiện truyền máu nhiều hơn. Kết quả này tương đồng như trong nghiên cứu của Suhrud J. Panchawagh và cộng sự tại các bệnh viện công ở Ấn Độ, năm 2019, cho thấy nhóm ĐD làm việc trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU), phòng mổ, cấp cứu, có điểm trung bình về kiến thức ATTM cao hơn so với ĐD đa khoa khác [5].

5. KẾT LUẬN

Qua đánh giá kiến thức về ATTM của 281 ĐD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chỉ có 42,7% ĐD đạt kiến thức về ATTM, tỷ lệ này thấp hơn so với kỳ vọng; Một số yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kiến thức ATTM an toàn gồm: ĐD dưới 30 tuổi đạt kiến thức ATTM cao hơn so với nhóm trên 30 tuổi (2,07 lần). ĐD thuộc khối Gây mê – Hồi sức – Cấp cứu và ĐD đã thực hiện truyền máu dưới 5 lần, với OR lần lượt là 4,55 và 4,61. Giới tính, kinh nghiệm làm việc và trình độ chuyên môn không tạo ra sự khác biệt đáng kể về kiến thức ATTM.

1. Phạm Thị Hà, và cộng sự (2020), Đánh giá kiến thức, thực hành an toàn truyền máu của điều dưỡng trước và sau tập huấn tại các khoa hệ nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Số đặc biệt tháng 11/2020 (Tập 15), Tr 110-118.

2. Bùi Bích Liên, Vũ Văn Thiết, Nguyễn Thị Vân Anh,

và cộng sự (2021), Thực trạng kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, Số 4 (Tập 16), Tr 571-580.

3. Đoàn Thị Trúc Ly (2017), Khảo sát kiến thức và thực hành an toàn truyền máu của điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2017, Tiểu luận tốt nghiệp đại học, chuyên ngành Điều dưỡng, Tr 25-31.

4. Mohd Noor NH, Saad NH, Khan M (2021), Blood Transfusion Knowledge among Nurses in Malaysia: A University Hospital Experience, Int J Environ Res Public Health, 18(21), 11194.

5. Panchawagh SJ, Melinkeri S, Panchawagh MJ (2020), Assessment of Knowledge and Practice of Blood Transfusion Among Nurses in a Tertiary Care Hospital in India, Indian J Hematol Blood Transfus, 36(2), 393-398.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC VẾT MỔ NHIỄM KHUẨN CỦA ĐIỀU DƯỠNG KHOA PHẪU THUẬT THẦN KINH 2, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

NURSING CARE OF INFECTED SURGICAL WOUND CARE AT THE DEPARTMENT OF
NEUROSURGERY 2, VIET DUC HOSPITAL UNIVERSITY IN 2024

✍ HOÀNG BÍCH NGỌC, HOÀNG THỊ HOA, NGUYỄN THỊ HÒA, NGUYỄN DUY TUYỀN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng khoa Phẫu thuật thần kinh 2, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024. **Phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang với 215 lượt quan sát từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2024. Hai quan sát viên độc lập sử dụng bảng kiểm tiêu chuẩn dựa trên quy trình Bộ Y Tế về thay băng vết mổ nhiễm khuẩn và vệ sinh tay. Kết quả: Tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu là 52,6%, trong khi không đạt chiếm 47,4%. Các bước có tỷ lệ thực hành không đạt cao nhất bao gồm: Khử khuẩn tay bằng dung dịch cồn (28,4%); Sắp xếp dụng cụ và chuẩn bị dung dịch sát khuẩn (21,9%); Vệ sinh tay và đeo găng vô khuẩn (27%). Kết luận: Tỷ lệ thực hành đạt yêu cầu trong chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn còn hạn chế. Trong thực hành chăm sóc cần cải thiện việc giám sát và đào tạo điều dưỡng, đặc biệt là quy trình vệ sinh tay và sử dụng dụng cụ vô khuẩn để nâng cao chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: Vết mổ nhiễm khuẩn, Chăm sóc Điều dưỡng

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of nursing care for infected surgical wounds at the Department of Neurosurgery 2, Viet Duc Friendship Hospital, in 2024. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 215 observations from February to September 2024. Two independent observers used standardized checklists based on the Ministry of Health's guidelines for dressing infected surgical wounds and hand hygiene procedures. **Results:** The rate of satisfactory practice was 52.6%, while unsatisfactory practice accounted for 47.4%. The steps with the highest rates of unsatisfactory practice included: disinfecting hands with alcohol-based sanitizer (28.4%); arranging instruments and preparing antiseptic solutions (21.9%); and cleaning hands and wearing sterile gloves (27%). **Conclusion:** The rate of satisfactory practice in caring for infected surgical wounds remains limited. Improvements in supervision and training for nurses are needed, particularly in hand hygiene procedures and the use of sterile instruments, to enhance the quality of care.

Keywords: Infected surgical wound, Nursing care

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp. Theo Bộ Y tế, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới 1 năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả

[2]. Nhiễm khuẩn vết mổ làm tăng chi phí điều trị, ảnh hưởng xấu đến tâm lý người bệnh và người nhà. Bên cạnh đó, nhiễm khuẩn vết mổ kéo dài thời gian nằm viện, tăng khả năng nhiễm trùng chéo, kháng thuốc, tăng tỉ lệ tái nhập viện và làm tăng đau đớn cho người bệnh [2]. Có nhiều nguyên nhân gây ra nhiễm khuẩn vết mổ, trong đó những nguyên nhân liên quan đến

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bích Ngọc
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; Số điện thoại: 0974792801
Email: ngoccktk2@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 30/10/2024
Ngày trả bài phản biện: 06/11/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 25/11/2024

quá trình chăm sóc, điều trị, sử dụng kháng sinh...có thể được hạn chế tối đa khi hoạt động của cán bộ y tế theo đúng các qui trình kỹ thuật, đảm bảo chất lượng cao trong chẩn đoán, điều trị và chăm sóc. Theo một nghiên cứu tại Mỹ năm 2012, có khoảng hơn 5,7 triệu người bệnh có vết thương mãn tính có thể ngăn ngừa được biến chứng và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn [11]. Chăm sóc vết thương là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc người bệnh của điều dưỡng (ĐD) và ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị [3, 7, 10]. Nhận thấy vai trò quan trọng của người điều dưỡng trong chăm sóc vết mổ, đặc biệt là vết mổ nhiễm khuẩn, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài với mục tiêu: Mô tả thực trạng thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng khoa phẫu thuật thần kinh 2 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024, nhằm khảo sát tình trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng, nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị vết mổ nhiễm khuẩn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hoạt động thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng đang làm việc tại khoa Phẫu thuật thần kinh 2.

- Tiêu chuẩn chọn: Hoạt động thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng tại khoa phẫu thuật thần kinh 2

- Tiêu chuẩn loại trừ: Hoạt động thực hành chăm sóc được thực hiện bởi học viên.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2024 đến tháng 09/2024 tại khoa Phẫu thuật thần kinh 2 - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho mô tả cắt ngang

Trong đó n là cỡ mẫu ước lượng. $Z = 1,96$. $\alpha = 0,05$

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}P(1-P)}{d^2}$$

p: tỉ lệ thực hành đạt về chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn. $p = 0,72$. Theo kết quả thực hành đạt trong nghiên cứu của Phạm Văn Dương (2017) là 71,8%

d là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn $d = 0,06$

Thay các chỉ số vào công thức trên, tính được $n = 215$. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là khoảng 215 lần quan sát.

Công cụ nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ gồm 2 phần:

- Phần 1: Thông tin chung: Tuổi, giới tính.

- Phần 2: Quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn gồm 18 bước của Bộ y tế ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012. Mỗi câu ĐD thực hành đúng được 1 điểm, không thực hành/ thực hành sai 0 điểm. Tổng điểm tối đa 18 điểm. Sau đó, phân làm 2 mức độ: Mức độ thay băng đạt khi ĐD thực hành đúng 18 bước, không đạt khi ĐD thực hành sai/ không thực hành ít nhất 1 bước. Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn đạt là kỹ thuật thay băng vết mổ nhiễm khuẩn của ĐDV đạt, Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn không đạt là kỹ thuật thay băng vết mổ nhiễm khuẩn của ĐDV không đạt

- Phần 3: Quy trình vệ sinh tay thường quy gồm 6 bước của Bộ y tế ban hành theo quyết định số: 3916/QĐ-BYT ngày 28 tháng 8 năm 2017 [7]. Mỗi bước ĐD thực hành đúng được 1 điểm, không thực hành/ thực hành sai 0 điểm. Tổng điểm tối đa 6 điểm. Sau đó, phân loại thực hành kỹ thuật vệ sinh tay thường quy thành 2 mức độ: Vệ sinh tay thường quy đúng khi ĐDV thực hành đúng tất cả 6 bước. Vệ sinh tay thường quy sai khi ĐDV thực hành ít nhất 1 bước sai/ hoặc không thực hiện.

Các bước tiến hành thu thập số liệu:

Nhóm nghiên cứu quan sát trực tiếp hoạt động chăm sóc người bệnh của ĐD. Với mỗi quy trình, hai điều tra viên sử dụng cùng một mẫu phiếu. Sau mỗi lần quan sát một cơ hội thực hành, 2 điều tra viên đối chiếu kết quả đánh giá ở từng bước của quy trình trên 2 phiếu vừa quan sát. Nếu số liệu quan sát của 2 điều tra viên trùng nhau thì được tính là kết quả quan sát thực hành của điều dưỡng đó. Nếu có một bước nào đó trong quy trình có sự khác nhau về kết quả đánh giá, 2 điều tra viên thảo luận và thống nhất với nhau. Nếu một bước nào đó không thống nhất được thì hủy kết quả quan sát đó và quan sát lại cơ hội chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng đó. Mỗi điều dưỡng được quan sát 6 lần thực hành.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của điều dưỡng viên được quan sát chăm sóc vết mổ

Bảng 3.1. Phân bố điều dưỡng viên được quan sát chăm sóc vết mổ theo tuổi và giới tính (n=36)

Đặc điểm		Số lượng	%
Tuổi	≤30 tuổi	6	16,7
	31 – 40 tuổi	24	66,7
	41 đến 50 tuổi	6	16,7
Giới	Nam	7	19,4
	Nữ	29	80,6

Nhận xét:

Đa số điều dưỡng ở độ tuổi 31 – 40 chiếm 66,7%, từ dưới 30 đến 30 tuổi chiếm tỷ lệ 16,7%; từ 41 – 50 tuổi với tỷ lệ 16,7%. Có 29 điều dưỡng nữ chiếm 80,6% nhiều hơn điều dưỡng nam với 19,4%.

3.2. Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn

Bảng 3.2. Thực hành quy trình vệ sinh tay thường quy (n=215)

	Thực hành vệ sinh tay thường quy	SL	%
B1	Làm ướt tay bằng nước và xà phòng. Chà hai lòng bàn tay vào nhau	201	93,5
B2	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại	201	93,5
B3	Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay	201	93,5
B4	Chà mặt ngoài các ngón tay này vào lòng bàn tay kia	201	93,5
B5	Xoay ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái)	161	74,9
B6	Xoay các đầu ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Làm sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô	159	74

Nhận xét:

Tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt bước làm sạch ngón tay cái và xoay đầu các ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia chiếm tỉ lệ thấp nhất, chỉ đạt 74,9% và 74%

Bảng 3.3. Phân loại vệ sinh tay thường quy (n=215)

Phân loại vệ sinh tay thường quy	SL	%
Đạt	126	58,6
Không đạt	89	41,4

Nhận xét:

Tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy đạt chiếm 58,6%, cao hơn tỷ lệ thực hành vệ sinh tay thường quy không đạt với 41,4%

Bảng 3.4. Thực trạng thay băng vết mổ nhiễm khuẩn (n=215)

	Kỹ thuật tiến hành	Thực hiện đúng	
		SL	%
B1	Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn	201	93,5
B2	Mang khẩu trang che kín mũi, miệng	211	98,1
B3	Trải sẵn vải/giấy không thấm nước dưới vùng thay băng	213	99,1
B4	Tháo băng bằng tay trần. Nếu băng ướt, tháo băng bằng tay mang găng sạch	213	99,1
B5	Đánh giá tình trạng vết mổ	210	97,7
B6	Khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn	154	71,6
B7	Mở gói dụng cụ, sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng. Đổ dung dịch rửa và sát khuẩn vết mổ vào bát kén	168	78,1
B8	Vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn và mang găng vô khuẩn	157	73,0
B9	Dùng kẹp phẫu tích loại có mấu gấp gác cầu và lau rửa xung quanh vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài	213	99,1
B10	Sau khi đã làm sạch xung quanh vết mổ, gấp gác cầu để thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết mổ bằng ô xy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý	210	97,7
B11	Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ bằng gác cầu hoặc gác vuông với vết mổ có nhiều dịch	213	99,1
B12	Sát khuẩn vết mổ: Thay kẹp phẫu tích mới loại không mấu để gấp gác cầu sát khuẩn vết mổ	175	81,4
B13	Lấy miếng gác bông vô khuẩn kích thước 8 cm x 15 cm (hoặc kích thước phù hợp) đặt lên trên vết mổ, băng kín các mép vết mổ bằng băng dính.	210	97,7
B14	Thu gom bông gác thừa (nếu có) vào hộp thu gom bông gác để hấp sử dụng lại	200	93
B15	Thu gom dụng cụ bẩn vào chậu đựng dịch khử khuẩn sơ bộ	211	98,1
B16	Thu gom bông, băng, gác bẩn vào túi ni lon riêng hoặc thu gom vào túi/thùng thu gom chất thải lây nhiễm trên xe thủ thuật	210	97,7
B17	Gấp mặt bẩn của sẵn vào trong và cho vào túi thùng đựng đồ vải bẩn	213	99,1
B18	Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn ngay sau khi kết thúc quy trình thay băng.	213	99,1

Nhận xét:

Tỉ lệ điều dưỡng thực hành không đạt các bước khử khuẩn tay chiếm tỉ lệ cao nhất. Khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn trước khi làm thủ thuật đạt là 71,6%, vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn trước khi xỏ găng đạt 73%. Rửa tay trước khi làm thủ thuật đạt 93,5%, rửa tay sau khi làm xong thủ thuật đạt 99,1%.

Bảng 3.5. Phân loại thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn (n=215)

Phân loại thực hành	SL	%
Đạt	113	52,6
Không đạt	102	47,4

Nhận xét:

Tỉ lệ điều dưỡng thực hành thay băng đạt chiếm 52,6%, tỷ lệ thực hành thay băng không đạt là 47,4% cho thấy, số lượng lần thực hiện quy trình thay băng còn sai hoặc thiếu ít nhất một bước trong quy trình còn khá cao.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung điều dưỡng:

Theo kết quả bảng 3.1 tỷ lệ điều dưỡng nữ chiếm đa số 80,6%. Với đặc thù nghề điều dưỡng, nữ thường chiếm tỉ lệ cao hơn nam, tương tự như đa số các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ tại khoa phẫu thuật tiêu hóa và chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Xanh Pôn năm 2021, tỉ lệ điều dưỡng nữ cũng là 80,6% [6].

Về tuổi của điều dưỡng khoa phẫu thuật thần kinh 2, phần lớn trong độ tuổi 31-40 chiếm 66,7%, dưới 30 tuổi chiếm 16,7% và từ 41-50 chiếm 16,7%. Đây là giai đoạn khoa phòng có ưu thế về nhân lực, tập trung ở độ tuổi trẻ dồi dào nhiệt huyết, năng động mà lại có nhiều kinh nghiệm chăm sóc người bệnh.

4.2 Thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng

Trong một nghiên cứu của Forget Falcicchio về đánh giá vai trò của ĐD trong quá trình liền thương tại Canada cho thấy điều dưỡng có liên quan đến các bước chăm sóc vết thương bao gồm: Đánh giá người bệnh, xử lý VT, đánh giá tình trạng của vết thương và điều trị vết thương [8]. Trong trường hợp vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng, việc chăm sóc của điều dưỡng rất cần thiết để ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường; loại bỏ mô chết, chất tiết từ vết thương; che chắn hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương; thấm hút các dịch tiết, giữ vết thương sạch, ẩm giúp vết thương mau lành. Rất nhiều vết mổ nhiễm khuẩn được đánh giá và xử trí tốt giúp hạn chế những cuộc phẫu thuật làm sạch vết mổ, giảm chi phí điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thực hành đạt chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn là 52,6%, cao hơn tỷ lệ thực hành không đạt (47,4%). Tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác. Theo Trịnh Văn Thọ, trong nghiên cứu "Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021" tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn là 43,5% [6]. Theo Lê Thị Huệ (2017): có 43% Điều dưỡng thực hiện được đầy đủ các bước của quy trình thay băng vết mổ nhiễm khuẩn [5]. Trong nghiên cứu "Đánh giá thực hành chăm sóc vết thương và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2012" của tác giả Ngô Thị Huyền, tỉ lệ điều dưỡng thực hành đúng toàn bộ quy trình thay băng chỉ đạt 38,9%. Tuy nhiên, đây là một nghiên cứu từ năm 2012. Sau 12 năm, qua

nhiều chương trình đào tạo liên tục và chất lượng chăm sóc người bệnh ngày càng được nâng lên, kỹ năng thực hành của điều dưỡng đã tốt hơn.

Tỷ lệ thực hành đạt chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn thường không cao như các tỉ lệ đạt về các câu hỏi kiến thức. Theo nghiên cứu của Geraldine (2012) tại Anh, qua phỏng vấn câu hỏi với 150 ĐD cho thấy kiến thức của ĐD về đánh giá vết thương rất tốt [9]. Khi thực hành một quy trình bao gồm nhiều bước, việc thực hành đúng tất cả các bước là điều khó. Trong khi đánh giá thực hành đạt là người điều dưỡng phải tuân thủ thực hành đúng tất cả các bước của quy trình đó. Lê Đại Thanh (2008) cho thấy trên 200 lần thay băng, không có lần nào điều dưỡng thực hiện đúng toàn bộ các tiêu chí đánh giá trong quy trình thay băng. Đỗ Thị Hương Thu (2005) chỉ ra 200 lần thực hành, có 21% điều dưỡng thực hành chưa đúng toàn bộ các tiêu chí đánh giá quy trình thay băng.

Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đạt từng bước riêng lẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao. Các bước có tỉ lệ thực hành đạt thấp là:

Bước 6: Khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn, tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt là 71,6%. Đây là bước khử khuẩn tay sau khi đánh giá tình trạng vết mổ và trước khi mở hộp dụng cụ.

Bước 7: Mở gói dụng cụ, sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng. Đồ dung dịch rửa và sát khuẩn vết mổ vào bát ken, tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt là 78,1%.

Bước 8: Vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn và mang găng vô khuẩn, tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt là 73%.

Bước 12: Sát khuẩn vết mổ: Thay kẹp phẫu tích mới loại không mấu để gấp gạc cầu sát khuẩn vết mổ, tỉ lệ điều dưỡng thực hành đạt là 81,4%. Lỗi sai là điều dưỡng không thay kẹp phẫu tích mà dùng một kẹp phẫu tích trong suốt quá trình thay băng.

Ở bước 7, những lỗi sai thường gặp là điều dưỡng không sắp xếp dụng cụ, thứ tự gạc miếng và gạc cầu tiện cho việc thay băng, không đổ dung dịch sát khuẩn vào bát ken mà khi thực hành thao tác gấp gạc cầu thì mới đổ dung dịch sát khuẩn vào từng miếng gạc cầu một. Việc không sắp xếp dụng cụ sẽ dẫn tới bất tiện, thậm chí mắc lỗi vô khuẩn do tay đang thực hiện thủ thuật thì cầm nắm vào những dụng cụ vô khuẩn khi chưa dùng tới. Việc sắp xếp gạc cũng rất cần thiết. Những loại gạc dùng sau thì nên được đặt xuống dưới, những loại gạc dùng trước thì đổ lên trên, để đảm bảo việc gấp gạc được dễ dàng và tuân thủ chặt chẽ

nguyên tắc vô khuẩn. Việc đổ dung dịch sát khuẩn vào gạc nên được chuẩn bị từ trước, để khi thao tác gấp gạc sát khuẩn vết thương, điều dưỡng không phải cầm nắm tay vào chai dung dịch rửa, vỏ chai dung dịch không phải dụng cụ vô khuẩn.

Ở bước 12, lỗi sai là điều dưỡng không thay kẹp phẫu tích/panh mới. Trên thực tế, số lượng người bệnh thay băng thường nhiều hơn số lượng hộp dụng cụ. Vì vậy, để tiết kiệm dụng cụ mới, điều dưỡng để dành lại kẹp phẫu tích hoặc panh mới vô khuẩn cho người bệnh tiếp theo. Bước 12 là bước sát khuẩn vết mổ lần cuối cùng để đặt băng gạc vô khuẩn lên vết thương, sau khi toàn bộ quá trình bên trên là sát khuẩn, ép dịch thừa, dịch mủ, cắt lọc, loại bỏ chất bẩn. Vậy nên việc thay kẹp phẫu tích/panh vô khuẩn là rất cần thiết, ngăn ngừa vi khuẩn, dịch bẩn tái lại trên vết mổ vừa làm sạch.

Trong suốt quá trình thay băng, có 4 bước rửa tay, trong đó có 2 bước rửa tay thường quy: trước và sau khi làm thủ thuật, 2 lần khử khuẩn tay nhanh: trước và sau khi mở hộp dụng cụ. Điều dưỡng thường mắc lỗi không khử khuẩn tay nhanh trước và sau khi mở hộp dụng cụ, hoặc có khử khuẩn tay nhanh nhưng không thực hiện đủ các bước rửa tay (6 bước), điều dưỡng thường bỏ qua bước làm sạch ngón cái và các đầu ngón tay. Tỷ lệ thực hành đạt các bước rửa tay: bước 1, bước 6, bước 8, bước 18 lần lượt là: 93,5%, 71,6%, 73%, 99,1%. Kết quả này có điểm tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021 [6], tỉ lệ thực hành đạt rửa tay ở 4 bước lần lượt là: 90,3%; 85,6%; 79,6% và 90,3%. Trong nghiên cứu này, điều dưỡng cũng mắc lỗi sai nhiều nhất ở 2 bước sát khuẩn tay nhanh trước và sau khi mở hộp dụng cụ. Kết quả thực hành đạt các bước rửa tay trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Phạm Văn Dương: 77,5%; 67,6; 43,7 và 33,8%; và cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Ngọc Anh: 79,9%; 77,6%; 89,7% và 97,1%. [4] [1]

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ thực hành chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn đạt yêu cầu là 52,6%, trong khi 47,4% còn thiếu hoặc sai ít nhất một bước trong quy trình. Trong 102 lần quan sát không đạt, 87,3% (89 lần) liên quan đến lỗi trong rửa tay. Các bước có tỷ lệ không đạt cao nhất gồm: khử khuẩn tay bằng dung dịch cồn (28,4%), sắp xếp dụng cụ và chuẩn bị dung dịch sát khuẩn (21,9%), và vệ sinh tay trước khi đeo găng vô khuẩn (27,0%).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Tăng cường kiểm tra và nhắc nhở việc rửa tay trong quy trình chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn; (ii) Điều chỉnh thời gian chăm sóc và khử khuẩn dụng cụ để đảm bảo đủ dụng cụ vô khuẩn trong thực hành; (iii) Tổ chức đào tạo liên tục, tập trung vào quy trình rửa tay và tuân thủ sử dụng dụng cụ vô khuẩn để nâng cao chất lượng chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Ngọc Anh (2020), "Thực trạng kiến thức, thực hành về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng viên tại các khoa ngoại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020".
2. Bộ Y Tế (2012), "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Ban hành kèm theo Quyết định số : 3671/QĐ -BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012".
3. Phan Thị Dung (2021), "Khảo sát kiến thức, thực hành, tự tin của điều dưỡng về chăm sóc vết thương theo chuẩn năng lực tại 8 bệnh viện Việt Nam năm 2020", TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SÀNG 108. Tập 16 -Số 4/2021.
4. Phạm Văn Dương (2017), "Thực trạng kiến thức và thực hành của điều dưỡng trong chăm sóc phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Ninh Bình, năm 2017", Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. Lê Thị Huệ (2017), "Thực trạng thay băng vết mổ nhiễm khuẩn tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Thị xã Phú Thọ năm 2017", Chuyên đề tốt nghiệp điều dưỡng chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
6. Trịnh Văn Thọ (2021), "Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021", Khoa học Điều dưỡng. Tập 05(Số 03), tr. 109-120.
7. Carol Dealey (2005), "The care of wounds, a guide for nurses", University Hospital Birmingham NHS Trust, School of Health Sciences and University of Birmingham.
8. Forget Falcicchio (2005), "Assessing the primary nurse role in the wound healing process", J Wound care.
9. Geraldine McCarthy (2012), "Nurse's knowledge and competence in wound management. Wound UK8:37-47", Wound UK8:37-47.
10. S. Meaume (2012), "Management of chronic wounds with an innovative absorbent wound dressings", Journal of wound care.
11. Yvonne Osborne (2012), "Template for Competency Based Curriculum: A guide for Curriculum Development".

TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ AN KHÊ, TỈNH GIA LAI NĂM 2024

IN-PATIENT'S EXPERIENCES AT AN KHE HEALTH CENTER, GIA LAI PROVINCE
AND RELATED FACTORS IN 2024

✍ THS. NGUYỄN THỊ THẢO

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả trải nghiệm của người bệnh nội trú và xác định các yếu tố liên quan tại Trung tâm Y tế An Khê, Gia Lai.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 407 người bệnh nội trú đã hoàn tất điều trị và thủ tục xuất viện, sử dụng bộ câu hỏi tự xây dựng. Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0, với kiểm định chi bình phương.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tích cực là 79,8% lúc nhập viện, 72,76% trong quá trình nằm viện, và 92,37% trước khi xuất viện. Thái độ phục vụ của nhân viên y tế được đánh giá cao với 81,46% hài lòng, nhưng cơ sở vật chất chỉ đạt 57% hài lòng, đặc biệt về nhà vệ sinh và dịch vụ tiện ích. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nơi cư trú, giới tính, số lần điều trị, thời gian điều trị và trải nghiệm của người bệnh.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh nội trú có trải nghiệm tích cực về nhập viện, thái độ phục vụ và trước khi xuất viện, nhưng vẫn còn hạn chế về cơ sở vật chất. Cơ sở y tế nên tập trung cải thiện cơ sở vật chất, đặc biệt là nhà vệ sinh và dịch vụ tiện ích, đồng thời duy trì và nâng cao chất lượng giao tiếp và thái độ phục vụ của nhân viên y tế nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu và mong đợi của người bệnh.

Từ khóa: Trải nghiệm người bệnh, người bệnh nhân nội trú, Trung tâm Y tế thị xã An Khê, Gia Lai

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences of inpatients and identify related factors at An Khe Health Center, Gia Lai.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 407 inpatients who had completed treatment and discharge procedures, using a self-developed questionnaire. Data were analyzed using SPSS 20.0 software, with chi-square tests applied.

Results: Positive patient experiences were reported by 79.8% upon admission, 72.76% during hospitalization, and 92.37% before discharge. Staff attitude received high satisfaction at 81.46% while facility conditions achieved only 57% satisfaction, particularly concerning restrooms and convenience services. No statistically significant associations were found between residence, gender, number of treatments, duration of hospitalization, and patient experiences.

Conclusion: The study showed that most inpatients had positive experiences regarding admission, staff attitudes, and discharge, but limitations remained in facility conditions. Healthcare facilities should prioritize improving infrastructure, especially restrooms and convenience services, while maintaining and enhancing staff communication and attitudes to better meet patient needs and expectations.

Keywords: Patient experiences, inpatients, An Khe Health Center, Gia Lai province.

Khoa Hồi sức cấp cứu-Trung tâm Y tế thị xã An Khê, Gia Lai
Số điện thoại: 0966906679,
Địa chỉ email: thsnguyenthao@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 30/10/2024
Ngày trả bài phản biện: 04/11/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 20/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trải nghiệm của người bệnh nội trú không chỉ phản ánh chất lượng dịch vụ y tế mà còn là một thước đo quan trọng trong việc đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh và hiệu quả của hệ thống y tế. Trải nghiệm người bệnh là yếu tố then chốt để xây dựng các chính sách và quy trình nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là trong bối cảnh nhu cầu tiếp cận dịch vụ ngày càng tăng cao. Tại Việt Nam, Quyết định 2151/QĐ-BYT năm 2015 đã nhấn mạnh vai trò của cải thiện phong cách phục vụ hướng tới sự hài lòng của người bệnh [1], nhưng các nghiên cứu cụ thể tại các khu vực nông thôn, miền núi như tỉnh Gia Lai vẫn còn rất hạn chế [2].

Trung tâm Y tế thị xã An Khê là cơ sở y tế tuyến huyện, đóng vai trò quan trọng trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân khu vực. Việc đánh giá trải nghiệm của người bệnh nội trú tại đây không chỉ giúp đo lường chất lượng hiện tại mà còn tạo cơ sở để cải thiện, đáp ứng tốt hơn nhu cầu và kỳ vọng của người dân. Các nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Quận 2, TP.HCM hay Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã chỉ ra rằng cơ sở vật chất và thái độ phục vụ của nhân viên y tế là những yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến trải nghiệm của người bệnh [1, 5]. Tuy nhiên, dữ liệu tương tự tại Gia Lai và các khu vực tương đồng vẫn chưa được thu thập và phân tích đầy đủ.

Trước thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Trải nghiệm của người bệnh nội trú và các yếu tố liên quan tại các khoa lâm sàng thuộc Trung tâm Y tế thị xã An Khê, tỉnh Gia Lai, năm 2024” với hai mục tiêu:

1. Mô tả trải nghiệm của người bệnh nội trú tại Trung tâm Y tế thị xã An Khê năm 2024.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến người bệnh nội trú tại Trung tâm Y tế thị xã An Khê.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng đã hoàn thành đợt điều trị, hoàn tất các thủ tục xuất viện, đủ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa lâm sàng: khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Ngoại tổng hợp, khoa Nội tổng hợp, khoa Truyền nhiễm thuộc TTYT thị xã An Khê.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu
- α : mức ý nghĩa thống kê
- Z là hệ số tin cậy, $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z = 1,96$
- d: sai số mong muốn, chọn $d = 0,05$
- Chọn $p = 0,598$ dựa trên tỷ lệ trải nghiệm tích cực lúc nằm viện lấy từ nghiên cứu tại Bệnh viện Quận 2, TP.HCM (2020) [3]. Dựa vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu $n = 370$, thêm 10% mẫu vậy cỡ mẫu cần thu thập là 407 đối tượng nghiên cứu. Liên hệ bộ phận làm thủ tục xuất viện, nhóm thu thập số liệu tiến hành liên tục hằng ngày tại các khoa.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ được sử dụng để thu thập số liệu trong nghiên cứu là bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú tại Việt Nam của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh [3, 4]. Bộ câu hỏi gồm 49 câu hỏi, chia làm 5 phần. Thông tin nền có 14 câu hỏi, trải nghiệm khi nhập viện có 8 câu hỏi, trải nghiệm trong khi nằm viện có 20 câu hỏi, trải nghiệm chi trả viện phí có 3 câu hỏi, trải nghiệm trước khi xuất viện có 4 câu hỏi.

- Phương pháp thu thập số liệu là phương pháp phỏng vấn. Quy trình thu thập số liệu bao gồm các bước sau: Điều tra viên chọn đối tượng phù hợp với tiêu chí chọn mẫu. Thử nghiệm bộ câu hỏi trên 10 bệnh nhân, sau đó chỉnh sửa và đưa ra bộ câu hỏi cuối cùng. Sau đó nghiên cứu viên xác định người bệnh đúng tiêu chuẩn lựa chọn và tiến hành phỏng vấn. Người bệnh trước khi phỏng vấn được giải thích rõ về mục tiêu ý nghĩa của nghiên cứu.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

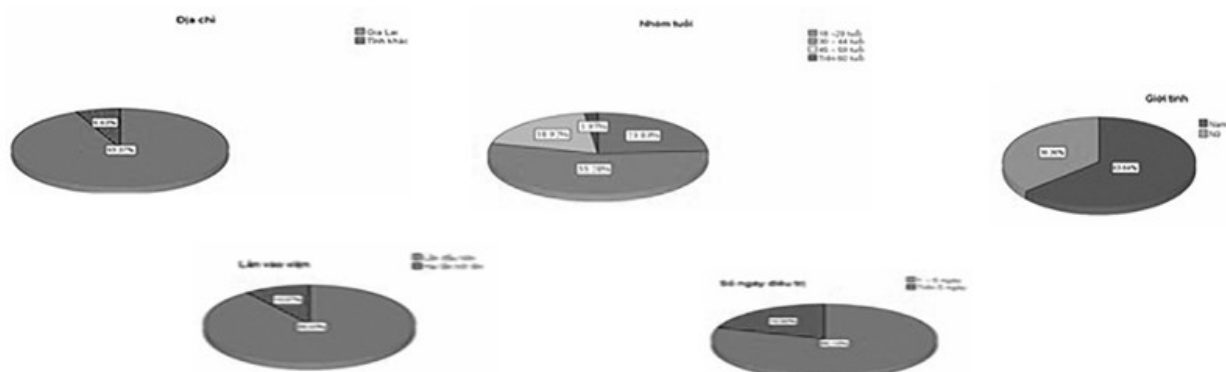
Tất cả những dữ liệu thu thập, sau khi kiểm tra tính phù hợp sẽ được mã hóa bởi người nghiên cứu. Dữ liệu được mô tả, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được áp dụng để xác định các tỷ lệ và mối liên quan của trải nghiệm người bệnh với các yếu tố liên quan bằng kiểm định Chi bình phương.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được TTYT thị xã An Khê tỉnh Gia Lai thông qua tại Quyết định số 559/QĐ-TTYT ngày 29/02/2024 TTYT. Quá trình nghiên cứu luôn tuân thủ các nguyên tắc và quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đối tượng tham gia nghiên cứu trong tỉnh Gia Lai có tỷ lệ 93,37%. Nhóm tuổi điều trị nhập viện nội trú từ 30-44 tuổi có tỷ lệ 55,28%. Giới tính nam chiếm tỷ lệ 63,6 %. Số lần điều trị nội trú lần đầu tiên chiếm tỷ lệ 89,9%. Số ngày điều trị từ 1 đến 5 ngày tỷ lệ 80,1%.

Bảng 3.1 Trải nghiệm người bệnh nội trú lúc nhập viện

Mã	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực N (%)	Tích cực N (%)	Không ý kiến N (%)
B1	Được giải thích lý do nhập viện	11,8	74,7	13,5
B2	Thời gian chờ nhập viện nội trú	5,7	89,9	4,4
B3	Thời gian được khám khi nhập viện nội trú	3,4	90,7	5,9
B4	Được giải thích về bệnh và hướng điều trị	5,4	86,2	8,4
B5	Công khai giá dịch vụ	23,3	58,7	17,9
B6	Giải thích về chi trả	11,5	75,7	12,8
B7	Thái độ của NVYT	2,7	82,8	14,5

Nhận xét:

Kết quả cho thấy đánh giá cao nhất là 90,7% người bệnh trải nghiệm tích cực về thời gian được thăm khám khi nhập viện nội trú.

Bảng 3.2 Trải nghiệm NB nội trú về cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ

Mã	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực N (%)	Tích cực N (%)	Không ý kiến N (%)
C1.1	Nằm chung giường	0	100	0
C1.2	Tình trạng nhà vệ sinh	43,7	47,7	17,4
C1.3	Có dung dịch rửa tay tại buồng bệnh	43,7	38,1	17,7
C1.4	Tình hình an ninh trật tự	3,9	78,4	17,7
C1.5	Dịch vụ tiện ích	55	15	30
C1.6	Hỗ trợ bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn	49,1	11,3	39,6
C1.7	Môi trường yên tĩnh	1,0	86,2	12,8
C1.8	Môi trường xanh - sạch - đẹp	7,4	79,4	13,3

Nhận xét:

Về cơ sở vật chất, TTYT đạt tiêu chí là không có người bệnh nằm giường ghép và tiêu chí sinh sạch đẹp đạt tỷ lệ 79,4 %. Tuy nhiên có 55% NB trải nghiệm chưa tốt về các dịch vụ tiện ích.

Bảng 3.3 Trải nghiệm người bệnh về tinh thần thái độ phục vụ của NVYT

Mã	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực N (%)	Tích cực N (%)	Không ý kiến N (%)
C2.1	Trang phục NVYT	4,7	81,3	14
C2.2	Được NVYT đối xử tử tế và tôn trọng	5,2	80,3	14,5
C2.3	Được NVYT thông tin giải thích rõ ràng về tình trạng và diễn tiến của bệnh	3,9	80,9	15,2
C2.4	Nhận được câu trả lời thoả đáng khi có thắc mắc với NVYT	7,9	78,6	13,5
C2.5	Nhận các câu trả lời khác nhau của NVYT về tình trạng diễn tiến của bệnh	1,5	86,2	12,3

Nhận xét: Đối với tinh thần thái độ phục vụ của NVYT thì có 86,2 % trải nghiệm tích cực về các câu trả lời thống nhất về tình trạng diễn tiến bệnh của người bệnh.

Bảng 3.4 Trải nghiệm người bệnh nội trú trước khi xuất viện

Mã	Nội dung trải nghiệm	Chưa tích cực N (%)	Tích cực N (%)	Không ý kiến N (%)
E1	Hướng dẫn sử dụng thuốc, chế độ ăn, cách chăm sóc khi về nhà	1,7	96,1	2,2
E2	Được NVYT thông tin, hướng dẫn phát hiện các dấu hiệu và thời gian quay lại tái khám	2,9	92,6	4,4
E3	Khó khăn khi làm thủ tục xuất viện	4,4	91,9	3,7
E4	Thời gian từ lúc được thông báo xuất viện đến khi nhận giấy ra viện	6,4	88,9	4,7

Nhận xét: Cho thấy trải nghiệm NB tích cực khi xuất viện đều đạt tỷ lệ trên 88%.

3.2. Liên quan giữa trải nghiệm người bệnh nội trú và các đặc điểm người bệnh

Đặc điểm		Trải nghiệm tích cực N (%)	Trải nghiệm chưa tích cực N (%)	OR (95%)	
Nơi cư trú	Gia Lai	89,2	10,8	1,034	1
	Tỉnh khác	88,9	11,1		
Giới tính	Nam	90,3	9,7	1,379	0,47
	Nữ	87,2	12,8		
Số lần điều trị	Lần đầu tiên	89,6	10,4	1,480	0,571
	Lần thứ 2	85,4	14,6		
Số ngày điều trị	1-5 ngày	90,2	9,8	1,5	0,273
	Trên 5 ngày	85,2	14,8		

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nơi cư trú, giới tính, số lần điều trị và số ngày điều trị với trải nghiệm chung của người bệnh với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Trải nghiệm của người bệnh điều trị nội trú

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu: Trong khoảng thời gian thu thập số liệu từ tháng 3/2024 đến 7/2024, có 407 người bệnh tham gia nghiên cứu, ghi nhận có 27 trường hợp đến từ tỉnh khác, nhóm tuổi nhập viện điều trị từ 30 - 44 tuổi có 225 người bệnh và phần lớn có 91,4 % đối tượng nghiên cứu sinh sống tại tỉnh Gia Lai nhiều hơn các tỉnh khác đến khám chữa bệnh, có sự tương đồng với các nghiên cứu cùng tên tại Bệnh viện Quận 2.TP HCM, điều này phù hợp với nghiên cứu Trung tâm Y tế thị xã An Khê là cơ sở khám chữa bệnh thuộc tỉnh Gia Lai nên người bệnh đến khám chữa bệnh đa số là người sống ở Gia Lai [3].

Trải nghiệm lúc nhập viện: Cho thấy sự trải nghiệm lúc nhập viện được đánh giá là tích cực đối với tỉ lệ 79,9%. Trong đó, tỷ lệ không phải chờ nhập viện nội trú là 89,9%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Quận 2, TP.HCM cho thấy tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt lúc nhập viện là 67,5% vì phần lớn người bệnh phải chờ thời gian nhập viện vào khoa và chờ được khám lại tại khoa lần lượt là 16,89 phút và 11,38 phút [3].

Trải nghiệm về cơ sở vật chất – Tiện ích phục vụ: Ở khía cạnh cơ sở vật chất và tiện ích phục vụ người bệnh, kết quả trải nghiệm của người bệnh ở tình trạng nhà vệ sinh, dung dịch rửa tay tại buồng bệnh, dịch vụ tiện ích, hỗ trợ người bệnh có hoàn cảnh khó khăn cho kết quả trải nghiệm tích cực lần lượt là 47,7 %, 38,1%, 15% và 11,3% gần tương đồng với kết quả nghiên cứu trải nghiệm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định lần lượt là 52,81 %, 66,25%, 60%, 35,94% lý giải cho việc này do việc đầu tư cơ sở hạ tầng chưa đồng bộ hoàn toàn nên người bệnh đánh giá về cơ sở vật chất chỉ ở mức tương đối tạm ổn [5]. Kết quả tỷ lệ này tại địa bàn nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Quận 2 cho tỷ lệ lần lượt là 96%, 85%, 95,5 % và 69% [3]. Ngoài ra, các phát hiện cho thấy sự sạch sẽ của bệnh viện có tác động tích cực đến xếp hạng trải nghiệm của người bệnh và tác động không nhỏ đến danh tiếng của bệnh viện [6].

Trải nghiệm về tinh thần thái độ phục vụ của NVYT: Được đánh giá cao trên 80% người bệnh trả lời có trải nghiệm tích cực về NVYT đối xử tử tế và tôn trọng, đặc biệt luôn giải thích rõ ràng về tình trạng và diễn tiến bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại An Giang là 88,5 % [2]. Điều này cũng phù hợp

với nghiên cứu tại Bệnh viện Quận 2 cho thấy tỷ lệ trải nghiệm chung về tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế là 88 %, đây là một điều khá tích cực có ảnh hưởng lớn tới chất lượng bệnh viện [3].

Trải nghiệm trước khi xuất viện: Các vấn đề người bệnh đều quan tâm trước khi xuất viện đó là hướng dẫn sử dụng thuốc, các dấu hiệu tái khám, làm thủ tục xuất viện đều đạt trải nghiệm tích cực là 96,1%, 92,6 % và 91,9 %. Kết quả này có phần tương đồng theo kết quả nghiên cứu tại Nam Định lần lượt là 92,16 % và 84,06%[5].

4.2. Các yếu tố liên quan: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nơi cư trú, giới tính, số lần điều trị và số ngày điều trị với trải nghiệm chung của người bệnh với $p > 0,05$. Tuy nhiên tại Bệnh viện Quận 2 kết quả đã tìm được mối liên quan giữa trải nghiệm trong thời gian nằm viện với giới tính, nơi ở cụ thể những người bệnh từ tỉnh khác đến bệnh viện điều trị có trải nghiệm trong thời gian nằm viện tốt hơn 2,82 lần những người bệnh sống tại TP.HCM khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ [3]. Nghiên cứu của tác giả Rubens FD cho thấy giới tính nữ và trình độ học vấn cao hơn có liên quan đến điểm kém hơn về tỷ lệ trải nghiệm [7]. Và tại Trung Quốc nghiên cứu cho thấy người bệnh có tiền sử nhập viện nhiều lần có mức độ hài lòng và trải nghiệm tốt hơn những người bệnh khác điều này được lý giải trong nghiên cứu là do người bệnh nhập viện lần đầu không quen với đội ngũ nhân viên y tế và môi trường bệnh viện. Còn đối với những người bệnh có tiền sử nhập viện nhiều lần, họ có hiểu biết về bệnh tật và dịch vụ y tế, quen thuộc với môi trường bệnh viện và có cảm giác an toàn hơn so với những người bệnh nhập viện lần đầu [8].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh nội trú có trải nghiệm tích cực về nhập viện (79,8%), thái độ phục vụ của nhân viên y tế (81,46%), và trước khi xuất viện (92,37%). Tuy nhiên, cơ sở vật chất chỉ đạt tỷ lệ hài lòng 57%, đặc biệt là nhà vệ sinh và các dịch vụ tiện ích. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nơi cư trú, giới tính, số lần điều trị và thời gian điều trị với trải nghiệm của người bệnh.

Cơ sở y tế cần tập trung cải thiện cơ sở vật chất, đặc biệt là nâng cấp nhà vệ sinh và dịch vụ tiện ích,

đồng thời duy trì và nâng cao chất lượng thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Bên cạnh đó, cần triển khai thêm các chương trình hỗ trợ người bệnh, đặc biệt là những người có hoàn cảnh khó khăn, nhằm nâng cao tỷ lệ hài lòng và trải nghiệm tích cực của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (Quyết định 2151/QĐ-BYT 2015). "Quyết định về việc phê duyệt kế hoạch triển khai thực hiện đổi mới phong cách, thái độ phục vụ cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh".
2. Hàng Quang Định và Đặng Trần Ngọc Thanh (Tạp chí Y học Việt Nam.2024). "Trải nghiệm của người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang". 535(1).
3. Nguyễn Thanh Bình và các cộng sự. (Tạp chí Y học Dự phòng.2021). "Trải nghiệm của người bệnh trong quá trình điều trị nội trú tại Bệnh viện Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020". 31(2), tr. 117-125.
4. Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh (2019). Phiếu khảo sát

trải nghiệm người bệnh trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện, truy cập ngày, tại trang web <https://medinet.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/so-y-te-tp-ho-chi-minh-chinh-thuc-gioi-thieu-phieu-khao-sat-trai-nghiem-nguoi-b-cmobile8-12145.aspx>.

5. Trần Thị Lý và Cao Ánh Ngọc (2023). "Thực trạng trải nghiệm người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định". 530(1).

6. Kemp, E., Trivitt, J. và Davis, C. (2023). "Evidence-Based Performance Indicators of Positive Inpatient Experiences", J Healthc Manag. 68(2), tr. 106-120.

7. Rubens, F. D. et al. (2018). "Impact of patient characteristics on the Canadian Patient Experiences Survey-Inpatient Care: survey analysis from an academic tertiary care centre", BMJ Open. 8(8), tr. e021575.

8. Zhang, J. et al (2020). "Inpatient satisfaction with nursing care in a backward region: a cross-sectional study from northwestern China", BMJ Open. 10(9), tr. e034196.

KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG VIỆC CHUẨN BỊ VÀ THỰC HIỆN THUỐC QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

KNOWLEDGE OF NURSES IN THE PREPARATION AND ADMINISTRATION OF INTRAVENOUS MEDICATIONS

✍ NGUYỄN NGÂN GIANG¹, TRẦN THỊ VÂN ANH¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức về chuẩn bị và thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch của điều dưỡng đang làm việc tại Khoa phẫu thuật Hàm mặt – Tạo Hình – Hàm mặt, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ công cụ khảo sát bao gồm thông tin chung, kiến thức chuẩn bị và thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch. Nghiên cứu được thực hiện tháng 5/2022.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 30 điều dưỡng tham gia, với điểm kiến thức trung bình là $11,6 \pm 2,3$ (thang điểm tối đa 16). Tỷ lệ trả lời đúng về kiến thức chuẩn bị là 81,3% và kiến thức thực hiện là 65,4%. Điều dưỡng nam có điểm trung bình cao hơn điều dưỡng nữ ($12,6 \pm 1,3$ so với $11,2 \pm 2,4$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Điểm trung bình về kiến thức chuẩn bị và thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch của điều dưỡng chưa cao (11,6 điểm). Các câu hỏi liên quan đến quy trình tiêm truyền đạt tỷ lệ trả lời đúng cao nhất, trong khi các câu hỏi về dung môi pha thuốc, tính toán liều và sử dụng điện giải có tỷ lệ trả lời đúng thấp (<50%). Đề xuất tổ chức các chương trình đào tạo liên tục về dược lâm sàng nhằm cập nhật kiến thức và nâng cao năng lực sử dụng thuốc của điều dưỡng.

Từ khoá: Điều dưỡng, sử dụng thuốc, tĩnh mạch

ABSTRACT

Objective: To describe the knowledge of preparation and administration of intravenous injections among nurses working in the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, VietDuc University Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in May 2022, using a survey tool that included general information, knowledge of preparation, and administration of intravenous injections.

Results: A total of 30 nurses participated in the study, with an average knowledge score of 11.6 ± 2.3 (maximum score of 16). The correct response rate for knowledge of preparation was 81.3%, and was 65.4% for administration. Male nurses scored significantly higher on average than female nurses (12.6 ± 1.3 vs. 11.2 ± 2.4), ($p < 0.05$).

Conclusions: The average knowledge score for preparation and administration of intravenous injections among nurses was not high (11.6 points). Questions related to the injection procedure achieved the highest correct response rates, while questions related to diluent selection, dosage calculation, and electrolyte use had lower correct response rates (<50%). Continuous clinical pharmacology training programs are recommended to update knowledge and improve nurses' medication administration competencies.

Keywords: Intravenous medications, knowledge, nurses.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý và thực hiện thuốc là một trong những nhiệm vụ quan trọng chiếm tới 40% công việc hàng ngày của người điều dưỡng [11]. Tuy nhiên,

những sai sót trong việc sử dụng thuốc vẫn xảy ra với tần suất không nhỏ và được mô tả trong y văn như là một trong những sai sót y khoa phổ biến nhất [6], [7], [12]. Tuỳ theo quy định của từng đơn

¹Khoa phẫu thuật Hàm Mặt – Tạo Hình – Thẩm Mỹ
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Ngày nhận bài phản biện: 30/10/2024
Ngày trả bài phản biện: 31/10/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 17/11/2024

vị, từng cơ sở y tế, việc cung cấp thuốc điều trị tới người bệnh thường gồm các bước cơ bản như: kê đơn, cấp phát và sau cùng là thực hiện thuốc. Sai sót có thể xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào trong quá trình đó. Nếu sai sót xảy ra trong giai đoạn kê đơn, có 2 cơ hội để phát hiện và sửa chữa, đó là trong quá trình cấp phát và quá trình thực hiện thuốc. Nếu sai sót xảy ra trong giai đoạn cấp phát thuốc, có 1 cơ hội để phát hiện và sửa chữa đó là trong quá trình thực hiện thuốc. Nhưng nếu sai sót xảy ra trong giai đoạn thực hiện thuốc, khả năng mà sai sót có thể xảy ra và ảnh hưởng đến người bệnh sẽ cao hơn và ít có cơ hội để điều chỉnh, sửa chữa hơn. Điều dưỡng tham gia trực tiếp ở khâu cuối cùng trong chuỗi quản lý sử dụng thuốc và đóng vai trò quan trọng như là một chốt kiểm soát cuối cùng trước khi thuốc được đưa vào cơ thể người bệnh. Để thực hiện được vai trò này và đảm bảo được sự an toàn trong thực hiện thuốc đòi hỏi người điều dưỡng không chỉ cần có kỹ năng mà còn cần có kiến thức hiểu biết về những loại thuốc đang sử dụng cho người bệnh. Những nghiên cứu liên quan đến an toàn sử dụng thuốc trước đây trên điều dưỡng chủ yếu tập trung vào việc đánh giá sự tuân thủ thực hiện quy trình kỹ thuật tiêm truyền như đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, tuân thủ 6 đúng... Ít nghiên cứu được thực hiện để khảo sát kiến thức của điều dưỡng ở các khía cạnh hiểu biết về thuốc. Nghiên cứu dưới đây được thực hiện tại Khoa phẫu Hàm mặt – Tạo Hình – Thẩm mỹ - một khoa lâm sàng thuộc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm mục đích: Mô tả kiến thức của điều dưỡng trong việc chuẩn bị và thực hiện thuốc qua đường tĩnh mạch.

1. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng và cỡ mẫu nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng làm việc tại khoa phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Cỡ mẫu: 30 điều dưỡng đã đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

1.2 Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được sử dụng trong nghiên cứu này.

1.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian tiến hành nghiên cứu trong tháng 5/2022, tại Khoa phẫu thuật Hàm mặt – Tạo hình – Thẩm mỹ thuộc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

1.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

1.4.1. Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi nghiên cứu gồm 2 phần: Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ chuyên môn, số năm kinh nghiệm. Phần 2: Bộ câu hỏi về kiến thức chuẩn bị và thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch được thiết kế bởi tác giả Ahmad và Sarah năm 2011 [3]. Bộ câu hỏi gồm 16 câu trong đó có 8 câu liên quan đến kiến thức chuẩn bị thuốc và 8 câu liên quan đến kiến thức thực hiện thuốc. Mỗi câu hỏi có 3 sự lựa chọn: đúng, sai hoặc không biết. Mỗi câu trả lời đúng tương ứng với 1 điểm, câu trả lời không đúng hoặc bỏ trống không được tính điểm.

1.4.2. Phương pháp thu thập số liệu: Điều dưỡng đồng ý tham gia nghiên cứu trả từng câu hỏi trong bộ câu hỏi nghiên cứu trên giấy hoặc nếu vắng mặt có thể trả lời qua đường link google form (nghỉ bù, nghỉ trực, nghỉ thai sản...) dưới sự hỗ trợ giải thích và giám sát từ nghiên cứu viên để đảm bảo việc trả lời các câu hỏi nghiên cứu là độc lập và hạn chế sai số cũng như những yếu tố gây nhiễu trong kết quả nghiên cứu.

1.5. Phương pháp phân tích số liệu: Các biến nghiên cứu đã được mã hoá và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích số liệu bao gồm: Phân tích thống kê mô tả: Giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, tần suất... được sử dụng để mô tả đặc điểm của mẫu nghiên cứu. One-way ANOVA và T- test được sử dụng để so sánh sự khác nhau giữa các biến nhân khẩu học, sự khác nhau giữa các nhóm về lứa tuổi, trình độ, kinh nghiệm làm việc...

1.6. Đạo đức nghiên cứu: Để cương nghiên cứu và bộ câu hỏi nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (Quyết định số: 2893/QĐ-VĐ). Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu trước khi tham gia. Mọi thông tin khác về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ra ảnh hưởng đến uy tín công việc, vị trí, thu nhập hay bất cứ rủi ro nào về mặt sức khỏe tinh thần cho người tham gia.

2. KẾT QUẢ

2.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Biến		Tần suất N (%)	Điểm số trung bình $\pm$ SD*	p
Giới tính	Nam	8 (26,7)	12,6 $\pm$ 1,3	0,04 ^a
	Nữ	22 (73,3)	11,2 $\pm$ 2,4	
Tuổi	< 30	9 (30,0)	11,8 $\pm$ 2,3	0,43 ^b
	30 - 35	10 (33,3)	10,9 $\pm$ 2,5	
	>35	11 (36,7)	12,1 $\pm$ 2,2	
Trình độ	Cao đẳng	21 (70,0)	11,3 $\pm$ 2,4	0.17 ^a
	Đại học	9 (30,0)	12,3 $\pm$ 2,1	
Kinh nghiệm	< 2 năm	4	12,3 $\pm$ 1,3	0,78 ^b
	2 – 5 năm	5	11,4 $\pm$ 2,97	
	5 – 10 năm	11	11,0 $\pm$ 2,4	
	>10 năm	10	12,1 $\pm$ 2,3	

^a T-Test

^b – One-way ANOVA

*SD độ lệch chuẩn

Kết quả có 30 điều dưỡng đã tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 32,9 $\pm$ 4,7 với số điểm đúng trung bình là 11,6 $\pm$ 2,3. Trong đó, 22 điều dưỡng là nữ chiếm 73,3%, 8 điều dưỡng nam tương đương 26,7%. Số điểm trả lời đúng trung bình của điều dưỡng nam là 12,6 $\pm$ 1,3 cao hơn so với điều dưỡng nữ 11,2 $\pm$ 2,4 ($p < 0,05$) (Chi tiết tại bảng 1).

2.2 Kết quả nghiên cứu về kiến thức chuẩn bị thuốc tiêm truyền tĩnh mạch

Bảng 2: Kết quả nghiên cứu về kiến thức chuẩn bị tiêm truyền tĩnh mạch (n = 30)

Thứ tự câu hỏi	Câu hỏi	Đáp án	Đúng (%)	Sai (%)	Không biết (%)
1	Vệ sinh tay bằng dung dịch sát khuẩn hoặc cồn cần được thực hiện trước khi pha kháng sinh tiêm truyền tĩnh mạch	Đúng	100	0	0
2	Không cần phải kiểm tra hạn sử dụng đối với thuốc mới được lĩnh về từ khoa Dược/nhà thuốc.	Sai	96,7	0	3,3
3	Nắp lọ thuốc Cefoperazon cần được sát khuẩn bằng gạc chứa cồn trước khi được pha hoàn nguyên bằng NaCl 9‰	Đúng	96,7	0	3,3
4	Pha thuốc Hydrocortison tiêm truyền tĩnh mạch không cần sát khuẩn tay trước khi chuẩn bị thuốc.	Sai	83,3	10	6,7
5	Mọi loại thuốc tiêm truyền tĩnh mạch sau khi được hoàn nguyên đều có thể được sử dụng nếu thời gian kể từ khi pha đến khi sử dụng ít hơn 48 giờ.	Sai	83,3	13,3	3,3
6	Khi pha 0.5ml Insulin (40UI/ml) trong 19,5ml NaCl 9‰ Thuốc sau pha được cho chạy trên bơm tiêm điện với tốc độ 2ml/h. Tốc độ thuốc như vậy tương đương với việc sử dụng Insulin 8UI/h.	Sai	76,7	6,7	16,7
7	"cc" hoặc "ml" là đơn vị dùng để tính liều lượng khi sử dụng Insulin đường tĩnh mạch	Sai	66,7	30	3,3
8	Các loại kháng sinh tiêm tĩnh mạch ổn định khi pha loãng bằng NaCl 9‰ hoặc NaCl 3%.	Sai	46,7	36,7	13,3
Tỷ lệ trung bình			81,26	12,09	6,24

Kết quả trả lời phần câu hỏi liên quan đến kiến thức chuẩn bị thuốc cho thấy 75% điều dưỡng đã trả lời đúng trên 70%. Đặc biệt ở những câu hỏi liên quan đến kiến thức về các bước chuẩn bị thuốc theo quy trình kỹ thuật, cả 3 câu hỏi thuộc phần này đều đạt tỷ lệ trả lời đúng là 96,7% - 100%.

Câu hỏi số 8 – câu hỏi về kiến thức liên quan đến nồng độ NaCl dung môi pha thuốc kháng sinh có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là 46,7% (chi tiết tại bảng 2).

2.3. Kết quả nghiên cứu về kiến thức thực hiện tiêm truyền tĩnh mạch

Bảng 3: Kết quả nghiên cứu về kiến thức thực hiện tiêm truyền tĩnh mạch

Thứ tự câu hỏi	Câu hỏi	Đáp án	Đúng (%)	Sai (%)	Không biết (%)
9	Băng cố định vein truyền và kim luồn tĩnh mạch cần được kiểm tra thường xuyên để phát hiện biểu viêm tĩnh mạch hay thoát mạch.	Đúng	100	0	0
10	Thuốc dùng đường tiêm bắp có tác dụng nhanh hơn khi dùng theo đường tĩnh mạch	Sai	86,7	10	3,3
11	Noradrenalin và Insulin được phân loại là thuốc thuộc nhóm Thuốc nguy cơ cao	Đúng	73,3	20	6,7
12	Tiêm tĩnh mạch chậm có nghĩa là bơm thuốc vào tĩnh mạch trong vòng 1 phút	Sai	70	20	10
13	Ceftriaxone (Rocephine®) có thể được tiêm truyền tĩnh mạch đồng thời với dung dịch chứa Canxi Gluconate qua vị trí chạc ba với tốc độ chậm hơn 5mg/phút	Sai	70	10	20
14	KCl cần được tiêm chậm trên 3 phút đối với trường hợp cấp cứu như rung thất	Sai	50	33,3	16,7
15	Thuốc tiêm tĩnh mạch yêu cầu tốc độ truyền tối đa 120 µg/giờ và nên được truyền với tốc độ không đổi 4 µg/phút trong 1 giờ đầu.	Sai	43,3	23,3	33,3
16	Khi xảy ra trường hợp cấp cứu như hạ canxi huyết, cần truyền CaCl ₂ 10ml trong 1-2 phút.	Sai	30	60	6,7
Tỷ lệ trung bình			65,4	22,1	12,1

Liên quan đến kiến thức thực hiện thuốc tiêm truyền tĩnh mạch, kết quả cho thấy tỷ lệ điều dưỡng trả lời đúng ở những câu hỏi này là 65,4%. Câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng cao nhất (100%) là về cố định và theo dõi đánh giá ven truyền. Những câu hỏi liên quan đến tương tác thuốc, phân loại Thuốc nguy cơ cao đạt tỷ lệ trả lời đúng từ 70% đến 73,3%. Đáng lưu ý, câu hỏi về kỹ năng tính tốc độ thuốc và sử dụng điện giải kali clorid, canxi clorid trong cấp cứu có tỷ lệ trả lời đúng từ 30% đến 50% (chi tiết tại bảng 3).

3. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy 15 (50%) điều dưỡng đã trả lời đúng nhiều hơn 70% số câu hỏi với số điểm trung bình đạt được là $11,6 \pm 2,3$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tương tự ở Palestin [15] với

32,9% điều dưỡng trả lời đúng trên 70% số câu hỏi nghiên cứu. Điều dưỡng nam có số điểm trung bình là $12,6 \pm 1,3$ cao hơn so với nữ $11,2 \pm 2,4$ ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Saed năm 2019 [15] cho kết quả tương tự trong khi đó nghiên cứu tại Ả Rập Xê Út [4] cho kết quả ngược lại nữ có số điểm trung bình cao hơn nam. So sánh giữa các nhóm điều dưỡng theo tuổi, số năm kinh nghiệm, trình độ chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số điểm kiến thức chuẩn bị và kiến thức tiêm truyền thuốc.

4.2. Kiến thức của điều dưỡng về chuẩn bị thuốc tiêm truyền tĩnh mạch

4.2.1. Sát khuẩn

Câu hỏi số 1, số 3 và câu số 4 nhằm mục đích khảo sát kiến thức của điều dưỡng liên quan đến vấn đề nguyên tắc vô khuẩn trong quy trình tiêm truyền. 100% điều dưỡng nắm được nguyên tắc cần phải sát khuẩn trước khi pha kháng sinh nhưng chỉ có

83,3% điều dưỡng cho rằng cần sát khuẩn trước khi pha Hydrocortison. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Ahmad và Sarah năm 2011 trên điều dưỡng tại Malaysia [3].

4.2.3 Pha thuốc

Câu hỏi số 5 đưa ra vấn đề về thời hạn bảo quản đối với thuốc kháng sinh sau khi hoàn nguyên. Không phải bất kỳ loại thuốc kháng sinh nào sau khi hoàn nguyên đều có thể sử dụng nếu trong vòng 48h sau khi pha thuốc. Ví dụ như Ampicilin là loại kháng sinh được khuyến cáo là cần được dùng ngay sau khi pha và nếu có chia nhỏ liều sử dụng cần bảo quản thuốc sau pha trong điều kiện tủ lạnh không quá 72h và nhiệt độ phòng là không quá 24h để đảm bảo hiệu quả của thuốc không giảm dưới 10% [8]. Câu hỏi số 8 khảo sát sự hiểu biết về dung môi pha thuốc. 46,7% điều dưỡng đưa ra câu trả lời đúng trong câu hỏi này. Đây cũng là câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất trong phần câu hỏi liên quan đến kiến thức chuẩn bị thuốc tiêm truyền tĩnh mạch. Do đó, đào tạo về cách sử dụng và bảo quản thuốc là một nhu cầu cần thiết trong đào tạo điều dưỡng lâm sàng.

4.2.4 Tính liều lượng thuốc

Kiến thức của điều dưỡng về việc tính liều lượng thuốc được đánh giá qua câu hỏi số 6, 7 và 15. Câu 6, 7 đánh giá kiến thức về đơn vị và tính liều Insulin, tỷ lệ trả lời đúng là 66,7% và 76,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu ở Palestin (83,9%) và nghiên cứu ở Malaysia (80,5%) [13], [15]. Với 6,7% tới 30% điều dưỡng trả lời sai và 16,7% trả lời không biết cũng là những con số cần lưu tâm cần đào tạo củng cố kỹ năng tính toán trên lâm sàng cho điều dưỡng. Câu số 15 là một câu hỏi khác để đánh giá khả năng tính toán tốc độ truyền thuốc của điều dưỡng. Chỉ có 43,3% điều dưỡng đã trả lời đúng. Một lần nữa cho thấy nhu cầu cần củng cố kỹ năng tính toán, liều lượng, tốc độ thuốc trên lâm sàng.

4.3 Kiến thức của điều dưỡng về chuẩn bị thuốc tiêm truyền tĩnh mạch

Mỗi loại thuốc có đặc điểm dược lý khác nhau, có những lưu ý trong sử dụng thuốc khác nhau. Trong nghiên cứu này, một số loại thuốc được sử dụng phổ biến ở nhiều cơ sở y tế được đưa vào câu hỏi nhằm đánh giá kiến thức về sử dụng thuốc của điều dưỡng.

Thuốc nguy cơ cao

Noradrenalin và Insulin đều là những loại thuốc nằm trong danh mục Thuốc nguy cơ cao và cần

thận trọng khi sử dụng [1]. 73,3% điều dưỡng đã trả lời đúng trong câu hỏi về phân loại Thuốc nguy cơ cao. Kết quả này cao hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu tương tự tại Malaysia [13].

Ceftriaxone và tương tác thuốc

Kết quả nghiên cứu cho thấy 30% điều dưỡng chưa nắm được rằng Ceftriaxone (Rocephine®) có phản ứng tương kỵ với Canxi Gluconat. Nhà sản xuất Roche và FDA đều đưa ra khuyến nghị và cảnh báo không được dùng chung Ceftriaxon với các sản phẩm có chứa Canxi vì có thể hình thành các tinh thể kết tủa trong phổi và thận gây nguy cơ tử vong cho người dùng thuốc [5], [14]. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Saed (2019) [15].

Điện giải

Câu hỏi số 10 và 14 khảo sát kiến thức trong sử dụng các thuốc điện giải. Tiêm, truyền Kali tốc độ nhanh có thể gây loạn nhịp tim và ngừng tim. Do đó, thuốc ống KCl 10% là dung dịch ưu trương, đậm đặc luôn cần được pha loãng với thể tích lớn NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% rồi sử dụng qua đường truyền tĩnh mạch [10]. Trong nghiên cứu này, 33,3% điều dưỡng cho rằng có thể tiêm chậm KCl trên 3 phút đối với trường hợp cấp cứu như rung thất; 16,7% điều dưỡng không chắc chắn với câu trả lời nên đã trả lời là "không biết" và chỉ có 50% điều dưỡng trả lời đúng trong câu hỏi này. Calci Clorid cũng là một loại thuốc bù điện giải, câu hỏi 14 đặt ra tình huống tiêm tĩnh mạch 10ml Calci Clorid trong 1-2 phút trong trường hợp cấp cứu hạ canxi. Chỉ có 30% điều dưỡng trả lời đúng trong câu hỏi này. Đây là câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất trong toàn bộ câu hỏi nghiên cứu. Nghiên cứu tại Đài Loan (2010) cũng cho kết quả với 30% điều dưỡng dùng thuốc bù điện giải không đúng theo hướng dẫn [9].

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện dưới thiết kế mô tả cắt ngang, do đó kiến thức hiểu biết của điều dưỡng chỉ được đánh giá một lần ở một thời điểm với một bộ 16 câu hỏi nên có thể chưa phản ánh đầy đủ và khách quan về thực tế trình độ, hiểu biết của điều dưỡng về thuốc tiêm truyền tĩnh mạch. Thêm vào đó, nghiên cứu mới chỉ được thực hiện tại một đơn vị khoa phòng trong Bệnh viện với số lượng cỡ mẫu 30, cỡ mẫu này còn nhỏ nên chưa thể hiện được đầy đủ, chính xác thực trạng kiến thức của điều dưỡng.

4. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng có kiến thức tốt về kỹ thuật chuẩn bị tiêm truyền với tỷ lệ trả lời đúng đạt 95–100%. Tuy nhiên, kiến thức liên quan đến thuốc, đặc biệt là các thuốc điện giải và cách tính liều lượng và nồng độ còn nhiều hạn chế, với tỷ lệ trả lời đúng chỉ đạt 30–50%. Điều dưỡng nam có kiến thức sử dụng thuốc tốt hơn điều dưỡng nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc tổ chức các chương trình đào tạo liên tục cho điều dưỡng, tập trung vào cập nhật thông tin về các thuốc dễ xảy ra sai sót, thuốc mới và hậu quả của sai sót trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao nhận thức và kỹ năng chuyên môn. Đồng thời, cần sự phối hợp chặt chẽ giữa khoa dược, dược sĩ và bác sĩ trong xây dựng và triển khai các chương trình đào tạo này. Ngoài ra, việc cung cấp các công cụ hỗ trợ như bảng tra cứu tương hợp – tương kỵ, và hướng dẫn pha chế cũng được đề xuất nhằm giảm thiểu sai sót trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. 2013. Thông tư quy định về tổ chức và hoạt động của hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện. Số: 21/2013/TT-BYT.
2. Khoa Dược – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. 2018. Hướng dẫn pha và bảo quản thuốc tiêm truyền (sau khi sử dụng lần đầu) tại Bệnh viện nhóm thuốc chống nhiễm khuẩn; 01.
3. Ahmad Fuad Shamsuddin, Sarah Diyana Shafie, 2011, Knowledge of nurses in the preparation and administration of intravenous medications. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 60 (2012): 602-609.
4. Asad M. 2015. Assessment of nurses' knowledge for possible occurrence of medication errors in Riyadh province, Saudi Arabia. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. 5(2):191-8.
5. Christensen ML, Zareie P, Kadiyala B, Bursac Z, Reed MD, Mattison DR, et al. 2021. Concomitant

ceftriaxone and intravenous calcium therapy in infants. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*; 26(7):702-7.

6. Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. 2021. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Quality & Safety*. 30(2):96-105.

7. Fekadu T, Teweldemedhin M, Esrael E, Asgedom SW. 2017. Prevalence of intravenous medication administration errors: a cross-sectional study. *Integrated Pharmacy Research and Practice*. 47-51.

8. Huskey M, Lewis P, Brown SD. Hospital Pharmacy. 2021. Stability of ampicillin in normal saline following refrigerated storage and 24-hour pump recirculation; 56(5):507-12.

9. Hsiao GY, Chen IJ, Yu S, Wei IL, Fang YY, Tang FI. 2010. Nurses' knowledge of high-alert medications: instrument development and validation. *Journal of advanced nursing*; 66(1):177-90.

10. The United States Food and Drug Administration. (2018). Prescribing Information. Retrieved from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/019904s020lbl.pdf

11. Leufer T, Cleary-Holdforth. Nurse Education in Practice. 2013. Let's do no harm: Medication errors in nursing. 13(3):213-6.

12. Rodziewicz TL, Hipskind JE. StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020.

13. Shamsuddin AF, Shafie SD. 2012. Knowledge of nurses in the preparation and administration of intravenous medications. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*; 60:602-9.

14. Steadman E, Raisch DW, Bennett CL, Esterly JS, Becker T, Postelnick M, et al. 2010. Evaluation of a potential clinical interaction between ceftriaxone and calcium. *Antimicrobial agents and chemotherapy*; 54(4):1534-40.

15. Zyoud SeH, Khaled SM, Kawasmi BM, Habeba AM, Hamadneh AT, Anabosi HH, et al. 2019. Knowledge about the administration and regulation of high alert medications among nurses in Palestine: a cross-sectional study. *BMC nursing*; 18:1-17.

ÁP DỤNG CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ VÀ RA QUYẾT ĐỊNH (I-DECIDED)

TRONG CHĂM SÓC ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2023

IMPLEMENTATION OF THE I-DECISION ASSESSMENT AND DECISION-MAKING TOOL IN PERIPHERAL VENOUS CARE AT CHO RAY HOSPITAL IN 2023

✍ VƯƠNG THỊ NHẬT LỆ, NGUYỄN THỊ OANH, NGUYỄN THỊ HƯƠNG LAN,
NGUYỄN THỊ THANH TRÚC, PHÙNG THANH PHONG, TRẦN TIỂU;
PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG BV. CHỢ RẪY

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả triển khai công cụ I-DECIDED trong chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (TMNV) tại các khoa lâm sàng của Bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp: Thử nghiệm giải pháp mới không nhóm chứng, phân tích kết quả khảo sát trước và sau can thiệp đối với điều dưỡng trực tiếp chăm sóc đường truyền TMNV.

Kết quả: Sau 4 tuần áp dụng (tháng 3/2023), công cụ I-DECIDED giúp cải thiện đáng kể ($p < 0,005$) một số khía cạnh: băng cố định kim luôn đạt tiêu chuẩn, lưu kim không sử dụng quá 24 giờ, vệ sinh tay, sát khuẩn cổng tiêm và giáo dục người bệnh về tiêm truyền. Một số chỉ số khác như số lần đặt kim, tình trạng hoạt động của đường truyền và biến chứng có cải thiện nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Công cụ I-DECIDED giúp nâng cao chất lượng chăm sóc đường truyền TMNV, tăng tính chủ động của điều dưỡng trong theo dõi, đánh giá, quyết định can thiệp và xử lý biến chứng. Người bệnh được giáo dục sức khỏe, hiểu rõ mục đích và hợp tác tốt hơn trong việc chăm sóc đường truyền. Nên tích hợp công cụ I-DECIDED vào quy trình chăm sóc người bệnh có đường truyền TMNV, hỗ trợ điều dưỡng theo dõi, đánh giá và đưa ra các quyết định chăm sóc phù hợp.

Từ khóa: Tĩnh mạch ngoại vi, Catheter TMNV, I-DECIDED, biến chứng liên quan tiêm truyền.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of implementing the I-DECIDED tool in peripheral intravenous catheter (PIVC) care at clinical departments of Cho Ray Hospital.

Methodology: A non-controlled trial of a new solution was conducted, analyzing pre- and post-intervention survey results among nurses directly providing PIVC care.

Results: After 4 weeks of implementation (March 2023), the I-DECIDED tool significantly improved ($p < 0.005$) several aspects of care, including proper securement of catheters, avoidance of catheter retention beyond 24 hours, hand hygiene, disinfection of injection ports, and patient education on intravenous therapy. Other metrics, such as the frequency of catheter insertions, PIVC functionality, and complication rates, showed improvement but without statistical significance.

Conclusions: The I-DECIDED tool enhanced the quality of PIVC care by promoting proactive nurse-led monitoring, evaluation, intervention decisions, and complication management. Patients received health education, better understood the purpose of the catheter, and cooperated more effectively in its care. Integrating the I-DECIDED tool into PIVC care protocols is recommended to support nurses in monitoring, assessing, and making appropriate care decisions.

Keywords: Peripheral IV, Peripheral Intravenous Catheter (PIVC), I-DECIDED, Complications of IV infusion.

TG chính: Vương Thị Nhật Lệ.
ĐT: 0908147548 -
Email: vuongnhatle@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 30/10/2024
Ngày trả bài phản biện: 10/11/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 23/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (TMNV) là thủ thuật xâm lấn phổ biến trong thực hành lâm sàng của điều dưỡng (ĐD) với mục đích truyền dịch, truyền thuốc - hóa chất, truyền máu và các chế phẩm của máu [1]. Nghiên cứu trên 40.620 đường truyền TMNV tại 51 quốc gia cho thấy đến 70% đường truyền TMNV được dùng để truyền thuốc; hơn 50% đường truyền TMNV gặp các vấn đề như: đường truyền TMNV không được sử dụng (14%); kim luồn TMNV gây đau hoặc có triệu chứng viêm (10%); kim luồn có dấu hiệu không hoạt động không bình thường (10%) và băng dán kim luồn không được tối ưu (21%). Hơn một phần ba số kim luồn TMNV (36%) không có thể hiện được đánh giá vị trí đặt kim hàng ngày và 49% kim luồn TMNV không có ghi ngày, giờ đặt kim [6].

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đường truyền có biến chứng 20,8% trong đó biến chứng liên quan đến kim luồn TMNV thăm, thoát mạch chiếm 15,7%, viêm tĩnh mạch chiếm 3,2%, loét tỷ đè vị trí lưu kim chiếm 1,9% [5]. Nghiên cứu tại bệnh viện Đà Nẵng năm 2022 cho thấy biến chứng liên quan đến đường truyền TMNV hệ thống kín và hệ thống mở lần lượt là viêm tĩnh mạch 8,1% và 22,5%; tắc kim 12,9% và 11,3%; tụt kim 17,7% và 12,9% [4]. Các biến chứng này khiến cho người bệnh khó chịu, đau đớn, tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và nguy cơ nhiễm trùng huyết thậm chí tử vong. Theo dõi và chăm sóc catheter hay đường truyền TMNV là các bước trong quy trình chăm sóc người bệnh của ĐD, tuy nhiên khi không có quy định cụ thể, không có giám sát, đánh giá thì việc thực hiện của ĐD chưa thật sự hiệu quả. Nghiên cứu khảo sát "Kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng bệnh viện Chợ Rẫy về tiềm tĩnh mạch an toàn" cho thấy có 93,5% điều dưỡng được khảo sát đã được đào tạo về tiềm an toàn tuy nhiên tỷ lệ thực hành tốt về tiềm an toàn chỉ đạt 45,5% [2]. Phòng Điều dưỡng đã tăng cường công tác giám sát về thực hành tiềm an toàn tại bệnh viện và tỷ lệ thực hành tiềm an toàn của điều dưỡng đã cải thiện đáng kể lên đến >95% năm 2020. Kết quả này cho thấy việc thực hiện quy trình kỹ thuật đặt kim luồn và đường truyền TMNV của ĐD đã khá tốt. Tuy nhiên trong quá trình giám sát các hoạt động chăm sóc, phòng Điều dưỡng còn ghi nhận tình trạng kim luồn không ghi ngày đặt kim, lưu kim luồn quá thời gian quy định, băng dán cố định kim dơ, thăm dịch, máu

khá nhiều. Người bệnh bị các biến chứng của tiềm truyền như: tắc nghẽn, di lệch, đông máu trong dây truyền, đau nơi đặt kim, sưng, đỏ dọc theo tĩnh mạch nhưng chưa được ĐD can thiệp chăm sóc kịp thời.

Từ các lý do trên nhóm nghiên cứu muốn tìm ra một giải pháp để cải tiến chất lượng công tác theo dõi và chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD tại bệnh viện. Nhóm đã tìm ra được bộ công cụ hỗ trợ I-DECIDED. Bộ công cụ I-DECIDED do Giáo sư Gillian Ray-Barruel và nhóm AVATAR nghiên cứu phát triển vào năm 2017 tại các bệnh viện của nước Úc. Bộ công cụ được các chuyên gia trên thế giới đánh giá cao, có tỷ lệ đồng ý về nội dung từ các chuyên gia lâm sàng các nước Úc, Anh, Mỹ, Canada đạt từ 0,91% đến 0,94% với độ tin cậy là 87,13% [7]. Bộ công cụ gồm các nội dung hỗ trợ ĐD trong đánh giá và ra quyết định chăm sóc đường truyền TMNV, nhắc nhở ĐD giáo dục cho người bệnh cùng tham gia quá trình theo dõi, chăm sóc và đánh giá đường tiềm truyền tĩnh mạch. Phiên bản tiếng Việt của bộ công cụ I-DECIDE đã được nhóm nghiên cứu của trường Đại học Y Dược TP.HCM thực hiện đánh giá về giá trị và độ tin cậy năm 2020, và cũng được các chuyên gia đánh giá khá cao về tính giá trị nội dung và độ tin cậy đạt từ 92,9% đến 100% với Pabak = 0,889 – 0,921 và $p < 0,001$ [3]. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu gốc của tác giả Ray-Barruel G với Pabak = 0,5882 – 1,0 [7].

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Điều dưỡng làm việc tại bệnh viện Chợ Rẫy trên 1 năm, chăm sóc trực tiếp người bệnh tại 04 khoa lâm sàng, không chọn nhóm điều dưỡng hành chính và điều dưỡng đi học trong thời gian khảo sát và khảo sát trên người bệnh nội trú có đường truyền TMNV trong thời gian quan sát tại 04 khoa lựa chọn áp dụng phương pháp thực hành dựa vào chứng cứ để cải tiến chất lượng chăm sóc của điều dưỡng.

2.2. Biện pháp can thiệp: Bước 1-Tổ chức tập huấn cho ĐD có chăm sóc trực tiếp người bệnh của 04 khoa lựa chọn, nội dung tập huấn gồm: Giới thiệu về bộ công cụ I-DECIDED, lợi ích khi áp dụng, cách áp dụng bộ công cụ I-DECIDED trong việc theo dõi, đánh giá và đưa ra quyết định trong chăm sóc đường truyền TMNV. Bước 2-Triển khai áp dụng bộ

công cụ I-DECIDED cho tất cả người bệnh có chỉ định truyền TMNV trong 4 tuần. Bước 3 - Sau 4 tuần áp dụng, khảo sát đánh giá lại công tác chăm sóc đường truyền TMNV và phỏng vấn NB tại 04 khoa đã triển khai áp dụng bộ công cụ, nội dung khảo sát cùng bảng khảo sát trước can thiệp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: áp dụng hình thức thử nghiệm giải pháp mới, can thiệp không nhóm chứng, lượng giá bằng phân tích kết quả khảo sát trước và sau can thiệp trên điều dưỡng chăm sóc trực tiếp tại các khoa lâm sàng của bệnh viện. Giải pháp thử nghiệm và đơn vị lựa chọn can thiệp đã được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học của bệnh viện. Kết quả đã được Hội đồng Khoa học kỹ thuật chứng nhận nghiệm thu.

2.4. Thu thập số liệu: Sử dụng bảng kiểm giấy để thu thập nội dung liên quan đến việc theo dõi và chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD gồm thông tin về đường truyền, đánh giá các nội theo dõi, chăm sóc, kiểm soát nhiễm khuẩn trên các đường truyền được quan sát và phỏng vấn ngẫu nhiên người bệnh có đường truyền về những kiến thức, hiểu biết của người bệnh liên quan đến tiêm truyền.

Nhóm khảo sát gồm 03 thành viên nhóm nghiên cứu được tập huấn về cách thu thập số liệu dựa trên bảng kiểm và thống nhất cách đánh giá. Khảo sát lần đầu ghi nhận thực trạng công tác đường truyền TMNV của ĐD và phỏng vấn người bệnh những nội dung liên quan đến hiểu biết về đường tiêm truyền; Khảo sát lần 2 với cùng bảng kiểm, thời điểm sau can thiệp 4 tuần.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu:

Số liệu thu thập được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả theo tần số và tỷ lệ %. Các kiểm định so sánh giá trị trung bình, so sánh 2 tỷ lệ được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa trước và sau can thiệp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thông tin chung của điều dưỡng được can thiệp tại 04 khoa lựa chọn

Bảng 1. Phân bố điều dưỡng được can thiệp tại các khoa

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoa công tác	Ngoại Tiêu hoá	36	25,7
	Ngoại Gan Mật Tụy	33	23,6
	Nội Hô hấp	41	29,3
	Điều trị Giảm nhẹ	30	21,4
Tổng		140	100

Nhận xét:

Tỉ lệ phân bố tương đối đồng đều giữa các khoa

3.2. Kết quả khảo sát các hoạt động theo dõi và chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD trước và sau can thiệp.

Khảo sát thuận tiện trên người bệnh có đường truyền TMNV để đánh giá công tác theo dõi và chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD tại 04 khoa lựa chọn. Thời gian 01 tuần trước can thiệp (tháng 02/2023). Sau khi can thiệp và triển khai thực hiện 1 tháng, khảo sát lại việc thực hiện và duy trì.

Bảng 2. Phân bố người bệnh có đường truyền TMNV tại các khoa

Nội dung		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoa	Ngoại Tiêu hoá	45	22,4	41	22,3
	Ngoại Gan Mật Tụy	51	25,4	43	23,4
	Nội Hô hấp	60	29,8	59	32
	Điều trị Giảm nhẹ	45	22,4	41	22,3
Tổng		201	100	184	100

Nhận xét:

Tỉ lệ phân bố người bệnh được khảo sát giữa các khoa gần tương đồng giữa trước và sau can thiệp.

Bảng 3. Kết quả đánh giá các hoạt động theo dõi và chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n=201)		Sau can thiệp (n=184)		p
	Số lượng	(%)	Số lượng	(%)	
Số lần đặt kim luồn					
01 lần	149	74,1	153	83,2	0,02
02 lần	36	17,9	22	12	
>02 lần	16	8	09	4,8	
Tình trạng đường truyền					
Hoạt động tốt	179	89,1	172	93,5	0,6
Không hoạt động	22	10,9	12	6,5	
Lưu kim không sử dụng trong 24 giờ	49	24,4	09	4,9	0,000
Băng dán cố định					
Đạt (Khô, sạch, chắc chắn, ghi ngày đặt kim)	94	46,8	172	93,5	0,000
Không đạt (Lỏng lẻo, bẩn, ẩm/thấm dịch/máu)	107	53,2	12	6,5	

Nhận xét: Kết quả chăm sóc và theo dõi đường truyền TMNV của ĐD trước và sau can thiệp thay đổi rõ rệt. Tỷ lệ đặt kim luồn 1 lần thành công, tình trạng đường truyền hoạt động tốt sau can thiệp có tăng hơn so với trước can thiệp. Tỷ lệ kim luồn lưu không sử dụng trong 24 giờ giảm gần 20% so với trước can thiệp, băng dán cố định đạt tăng 46,7% so với trước can thiệp, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Bảng 4. Kết quả đánh giá các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn và GDSK khi chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD trước và sau can thiệp

Nội dung	Trước can thiệp (n=201)		Sau can thiệp (n=184)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Kiểm soát nhiễm khuẩn					
Vệ sinh tay	143	71,1	162	88	0,000
Có sát khuẩn cổng tiêm trước bơm thuốc	139	69,2	164	89,1	0,000
Hệ thống tiêm truyền kín	198	98,5	182	98,9	0,6
Đường truyền có biến chứng	65	32,3	23	12,5	0,01
Giáo dục sức khỏe					
NB biết rõ những lưu ý khi đang tiêm truyền	195	97	184	100	0,000
NB biết các dấu hiệu bất thường cần báo NVYT	183	91	184	100	

Nhận xét:

Kết quả đánh giá các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn và GDSK khi chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD trước và sau can thiệp có sự thay đổi khá lớn.

Tỷ lệ ĐD vệ sinh tay trước khi chăm sóc đường truyền tăng từ 71,1% lên 88% sau can thiệp và ĐD có sát khuẩn cổng tiêm trước bơm thuốc tăng từ 69,2% lên đến 89,1% sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Tỷ lệ hệ thống đường truyền kín và đường truyền có biến chứng cũng có cải thiện ít, không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ người bệnh được giáo dục sức khỏe, biết rõ những lưu ý khi đang được tiêm truyền, biết các dấu hiệu bất thường cần báo NVYT đạt 100% sau khi can thiệp, có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$.

4. BÀN LUẬN

Áp dụng bộ công cụ I-DECIDED trong đánh giá và đưa ra quyết định chăm sóc đường truyền TMNV của ĐD là một hình thức thực hành dựa trên chứng cứ. Bộ công cụ giúp ĐD chủ động trong công tác theo dõi, đánh giá, chăm sóc đường truyền và ra quyết định rút kim, thay kim luồn hợp lý giúp người bệnh an toàn, thoải mái. Tỷ lệ kim luồn lưu không sử dụng trong 24 giờ giảm gần 20% so với trước can thiệp, cao hơn kết quả nghiên cứu của Gillian Ray tỷ lệ kim luồn lưu không sử dụng giảm từ 12,7% xuống còn 8,3% sau áp dụng [8]. Bảng dán cố định không đạt giảm từ 53,2% xuống còn 6,5% so với trước can thiệp, cao hơn kết quả nghiên cứu của Gillian Ray tỷ lệ băng dán cố định không đạt giảm từ 24,6% xuống còn 19,5% sau can thiệp [8]. Người bệnh có đặt kim luồn được ĐD theo dõi, đánh giá, chăm sóc hằng ngày phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng. Tỷ lệ đường truyền có biến chứng giảm từ 32,3% xuống còn 12,5% sau can thiệp, cao hơn kết quả nghiên cứu của Gillian Ray tỷ lệ đường truyền có biến chứng giảm từ 16,1% xuống 10,9% sau can thiệp [8]. Người bệnh được giáo dục sức khỏe liên quan đến tiêm truyền, hiểu được mục đích của đường truyền, an tâm, hợp tác tốt với ĐD trong việc theo dõi, giữ gìn và chăm sóc đường truyền. Ngoài ra, triển khai áp dụng bộ công cụ này có thể giúp cho các nhà quản lý trong công tác giám sát việc tuân thủ các qui trình liên quan đến tiêm truyền của ĐD như: đánh giá tình trạng đường truyền trước khi tiêm thuốc, đảm bảo hệ thống kín, thời gian lưu kim, thay băng cố định kim, thay dây truyền... Việc ĐD ra quyết định đúng khi thay các thiết bị liên quan đến đường truyền giúp tránh lãng phí, đồng thời các thiết bị, y dụng cụ sử dụng điều được ghi chép lại trên phiếu lưu trong hồ sơ bệnh án, giúp việc quản lý các thiết bị, y cụ tiêu hao tốt hơn, tránh thất thoát.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Áp dụng công cụ I-DECIDED cải thiện đáng kể chất lượng chăm sóc đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (TMNV). Điều dưỡng chủ động hơn trong theo dõi, đánh giá, đưa ra quyết định can thiệp, rút hoặc thay kim hợp lý, đảm bảo an toàn và thoải mái cho người bệnh. Người bệnh được theo dõi, phát hiện sớm và

xử lý kịp thời biến chứng, đồng thời được giáo dục sức khỏe về tiêm truyền, nâng cao hiểu biết và hợp tác tốt hơn với điều dưỡng.

Khuyến nghị: Triển khai công cụ I-DECIDED trên toàn bệnh viện như một phần của quy trình chăm sóc bệnh nhân có đường truyền TMNV, hỗ trợ điều dưỡng thực hành dựa trên chứng cứ, tăng cường theo dõi, đánh giá, và đưa ra quyết định chăm sóc kịp thời, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012.
2. Vương Thị Nhật Lệ (2016), Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của điều dưỡng về tiêm tĩnh mạch an toàn tại bệnh viện Chợ Rẫy, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, số 20.
3. Trần Thuỵ Khánh Linh (2020), Giá trị và độ tin cậy của công cụ I-DECIDED trong theo dõi ống thông tĩnh mạch ngoại vi cho người bệnh nội trú, Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 24.
4. Nguyễn Thị Phúc, Phan Thế Anh, Trần Thanh Liêm và Ngô Thanh Hải (2022), Thời gian lưu và biến chứng của kim luồn tĩnh mạch ngoại vi hệ thống kín so với hệ thống mở tại Đơn vị Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Đà Nẵng năm 2022.
5. Nguyễn Thị Quyên, Hoàng Thị Thanh, Nguyễn Thị Hiền và Hà Thị Thắm (2023), Biến chứng liên quan đến lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại vi ở trẻ sơ sinh tại Khoa Sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2022–2023, Tạp chí Y học Việt Nam, số 528(1).
6. Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P. J, et al (2018). Use of short peripheral intravenous catheters: characteristics, management, and outcomes worldwide. Journal of hospital medicine, 13(5), E1-E7.
7. Ray-Barruel, G., Chopra, V., Cooke, M., et al. (2020), The I-DECIDED clinical decision-making tool for peripheral intravenous catheter assessment and safe removal: a clinimetric evaluation, BMJ Open, 10.
8. Ray-Barruel, G., Chopra, V., Fulbrook, et al (2023), The impact of a structured assessment and decision tool (I-DECIDED®) on improving care of peripheral intravenous catheters: A multicenter, interrupted time-series study, International Journal of Nursing Studies, 148:104604.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH MẤT NGỦ THEO THANG ĐIỂM SF-36 ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN TW HUẾ CƠ SỞ 2 NĂM 2024

QUALITY OF LIFE OF INSOMNIA PATIENTS ASSESSED BY THE SF-36 SCALE
UNDERGOING TREATMENT AT THE TRADITIONAL MEDICINE DEPARTMENT,
HUE CENTRAL HOSPITAL, BRANCH 2

LẠI THỊ KIM LAN¹, NGUYỄN THỊ HUYỀN¹, CAO MINH HẢI¹,
DƯƠNG ĐĂNG LÀNH¹, NGUYỄN THỊ HOÀI TRANG²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 ở người bệnh mất ngủ và xác định các yếu tố liên quan tại Khoa Y học Cổ truyền, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân mất ngủ, thực hiện từ tháng 2 đến tháng 5 năm 2024.

Kết quả: Điểm trung bình về mất ngủ theo thang PSQI là $16,6 \pm 3,97$. Đa số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình ($62,3 \pm 13,5$ theo thang SF-36). Sức khỏe thể chất bị ảnh hưởng ít hơn so với sức khỏe tâm thần. Có mối tương quan nghịch biến mạnh giữa mức độ mất ngủ (PSQI) và chất lượng cuộc sống (SF-36) ($r = -0,840$; $p < 0,01$).

Kết luận: Mức độ mất ngủ nghiêm trọng tỷ lệ thuận với sự suy giảm chất lượng cuộc sống. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của điều dưỡng trong việc chăm sóc và chú ý đến các phàn nàn liên quan đến chứng mất ngủ để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: người bệnh mất ngủ, chất lượng cuộc sống, PSQI, SF36.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of life using the SF-36 scale in patients with insomnia and identify related factors at the Department of Traditional Medicine, Hue Central Hospital, Branch 2, in 2024.

Methodology: A cross-sectional descriptive study conducted on 50 insomnia patients from February to May 2024.

Results: The average PSQI score for insomnia was 16.6 ± 3.97 . Most patients had a moderate quality of life score (62.3 ± 13.5 according to the SF-36 scale). Physical health was less affected compared to mental health. A strong negative correlation was observed between the severity of insomnia (PSQI) and quality of life (SF-36) ($r = -0.840$; $p < 0.01$).

Conclusion: Severe insomnia is proportional to a greater decline in quality of life. This highlights the critical role of nurses in addressing and carefully monitoring complaints related to insomnia to improve patients' quality of life.

Keywords: insomnia patients, quality of life, PSQI, SF-36

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là chứng rối loạn giấc ngủ phổ biến nhất trong dân số nói chung, ước tính mất ngủ ảnh hưởng đến 22,1% dân số tại Hoa Kỳ [2]. Một người được coi là mất ngủ nếu họ ngủ ít hơn bình thường từ 2 giờ trở lên. Mất ngủ bao gồm các dấu hiệu sau:

khó vào giấc ngủ (từ sau 30 phút kể từ khi lên giường ngủ mà không ngủ được), mất ngủ giữa giấc (đang

¹ Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

² Phòng điều dưỡng, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2

Điện thoại: 0944587648, Email: nguyenduong831997@gmail.com

ngủ thì tỉnh giấc và phải mất một thời gian dài mới ngủ lại được) hoặc mất ngủ cuối giấc (thức dậy sớm hơn so với bình thường mà không ngủ lại được), khi tất cả các dạng mất ngủ này nặng lên, người bệnh sẽ mất ngủ hoàn toàn; các triệu chứng này cần tồn tại ít nhất 3 tháng theo tiêu chuẩn của DSM-V [4].

Mất ngủ có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người bệnh, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự mất mát hàng năm về tuổi thọ do mất ngủ lớn hơn sự mất mát do các tình trạng bệnh lý cơ thể và tâm thần khác, bao gồm viêm khớp, trầm cảm và tăng huyết áp [13]. Mất ngủ ngoài những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất của người bệnh còn ảnh hưởng lớn sức khỏe tinh thần, mối quan hệ xã hội của người bệnh [14]. Hơn nữa, mất ngủ còn gây ra áp lực chi phí trực tiếp và gián tiếp cho người bệnh, dự kiến ở Hoa Kỳ, chi phí vượt quá 100 tỷ đô la hàng năm cho việc điều trị mất ngủ [16].

Mặc dù mất ngủ gây suy giảm đáng kể chức năng nghề nghiệp, xã hội của người bệnh trong cuộc sống hằng ngày; vấn đề này đã được tác Léger và cộng sự nghiên cứu [12]. Tuy nhiên ở Việt Nam có ít nghiên cứu về vấn đề này. Các dữ kiện về mức độ suy giảm chức năng cuộc sống ở người bệnh mất ngủ, mối liên quan giữa mức độ ảnh hưởng của mức độ nặng của mất ngủ và sự suy giảm chức năng người bệnh còn thiếu. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 ở người bệnh mất ngủ và xác định các yếu tố liên quan tại Khoa Y học Cổ truyền, Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 năm 2024

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Người bệnh mất ngủ

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là mất ngủ, theo tiêu chuẩn của DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V: Tài liệu chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các bệnh cơ thể nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp của người bệnh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa y học cổ truyền, bệnh

viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 2/2024 đến tháng 5/2024.

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: Chọn mẫu toàn bộ, lấy tất cả các người bệnh đang điều trị tại khoa y học cổ truyền trong thời gian nghiên cứu và thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng số người bệnh là 50 người.

2.3.3. Công cụ thu thập số liệu và tiêu chuẩn đánh giá:

2.3.3.1. PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) là thang đánh giá chất lượng giấc ngủ thường được dùng trong lâm sàng. PSQI là thang tự đánh giá bao gồm 7 thành phần và cấu thành 3 yếu tố lớn: hiệu quả giấc ngủ, chất lượng giấc ngủ và rối loạn hàng ngày. Mỗi mục có điểm từ 0 –3, số điểm PSQI được tính bằng cách lấy tổng của bảy điểm thành phần, cho ta một điểm số từ 0 –21, trong đó điểm số càng cao thể hiện một chất lượng giấc ngủ càng kém. Độ nhạy 89,6%, độ đặc hiệu 86,5% [18]. Điểm đánh giá như sau: 0 –4: Không rối loạn giấc ngủ ≥ 5: Rối loạn giấc ngủ [4].

2.3.3.2. Bộ câu hỏi SF-36 là một công cụ được phát triển bởi nhóm nghiên cứu y tế (Medical Outcomes Study -MOS) thuộc tập đoàn RAND. SF-36 gồm 36 câu hỏi đánh giá về sức khỏe thể chất (hoạt động thể chất, hạn chế do sức khỏe thể chất, cảm giác đau, tình trạng sức khỏe chung) và về sức khỏe tinh thần (năng lượng, chức năng xã hội, hạn chế do vấn đề cảm xúc, tình trạng tinh thần). Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100. Điểm càng cao thì xác định tình trạng sức khỏe càng tốt. Trên cơ sở điểm trung bình chung, chất lượng cuộc sống của người bệnh được phân loại thành 3 mức như sau: Từ 0 đến ≤ 25 điểm: Chất lượng cuộc sống thấp. Từ 25 đến 75 điểm: Chất lượng cuộc sống trung bình. Từ > 75 điểm: Chất lượng cuộc sống cao.

2.3.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, làm sạch và nhập bằng phần mềm Epi Data và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

Sử dụng hệ số tương quan Pearson (hệ số r) để xác định mối liên quan giữa mức độ mất ngủ theo thang PSQI và điểm chất lượng cuộc sống theo thang SF-36.

2.3.5. Đạo đức nghiên cứu:

- Được Hội đồng nghiên cứu khoa học của Bệnh viện thông qua quyết định số 24/BVH-NCKH.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	12	24
	Nữ	38	76
Trình độ học vấn	Tiểu học	33	66
	Trung học cơ sở	4	8
	Trung học phổ thông	1	2
	Đại học/ Cao đẳng	1	1
	Mù chữ	11	22
Nghề nghiệp	Nông dân	46	92
	Công dân	1	2
	Viên chức nhà nước	1	2
	Hưu trí	2	4
Nhóm tuổi	18-45	3	6
	46-59	5	10
	≥ 60	42	84
Tuổi trung bình		73,5±13,7	
PSQI		16,6±3,97	

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 76%, nam 24%. Đa số người bệnh có trình độ tiểu học (chiếm 66%) cao nhất trong các nghề nghiệp. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỉ lệ cao nhất 84%, điểm PSQI trung bình là 16,6±3,97.

Bảng 3.2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 (n = 50)

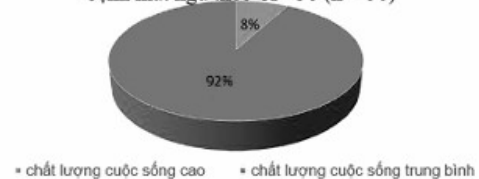
Thang điểm SF-36		X̄± SD	
Sức khỏe thể chất	Hoạt động thể chất	69,3±23,9	64,7±17,0
	Hạn chế do sức khỏe thể chất	81,8±28,1	
	Cảm giác đau	67,1±19,2	
	Tình trạng sức khỏe chung	40,6±49,3	
Sức khỏe tinh thần	Năng lượng	43±11,1	59,9±16,6
	Chất năng xã hội	67,5±47,1	
	Hạn chế do vấn đề cảm xúc	81,3±30,9	
	Tình trạng tinh thần	48±10,7	
Tổng điểm SF-36		62,3±13,5	

Nhận xét:

Người bệnh nghiên cứu có điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36 là 62,3±13,5 (mức độ trung bình). Điểm chất lượng sức khỏe tinh thần trung bình là 59,9±16,6, thấp hơn điểm trung bình chất lượng sức khỏe thể chất 64,7±17,0.

Biểu đồ 3.1. Phân bố mức độ chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 (n = 50)

Biểu đồ phân bố tỉ lệ mức độ chất lượng cuộc sống của người bệnh mất ngủ theo SF-36 (n = 50)



Nhận xét:

Đa số người bệnh nghiên cứu có chất lượng cuộc sống theo SF-36 ở mức trung bình (92%). Không có người bệnh nào có chất lượng cuộc sống thấp. Chỉ có 8% người bệnh có chất lượng cuộc sống cao.

Bảng 3.4. Tương quan giữa chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36 và tình trạng mất ngủ theo thang đo PSQI

Chất lượng cuộc sống theo thang SF-36	Tình trạng mất ngủ (thang đo PSQI)	
	r	p
Sức khỏe thể chất	-0,624	<0,01
Sức khỏe tinh thần	-0,729	<0,01
Tổng điểm SF-36	-0,840	<0,01

Nhận xét: PSQI và sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và tổng điểm SF-36 có mối tương quan chặt chẽ, đều với giá trị p < 0,01.

4. BÀN LUẬN

Trong 50 người bệnh nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam: nữ là 1: 3. Tỷ lệ này khác nhau giữa các nghiên cứu, tùy thuộc vào đối tượng nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của các người bệnh là 73,5±13,7, trong đó đa số là người cao tuổi. Số người từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 84%, trong đó chỉ có 3 người từ 18 đến 45 tuổi (6,0%). Đây là điều dễ hiểu và phù hợp với đa số các nghiên cứu khác trên thế giới vì mất ngủ ở cộng đồng thường gặp ở người cao tuổi. Tác giả Vivian và cộng sự trong nghiên cứu năm 2019 thấy rằng

có đến 52,9% số người từ 60 đến 79 tuổi có mất ngủ [16]. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại khoa y học cổ truyền và bệnh viện ở vùng nông thôn nên đa số người bệnh có nghề nghiệp là nông dân (92,0%), đồng thời xét về trình độ học vấn của họ thì phần lớn chỉ học hết tiểu học (66,0%), có 11 người không biết chữ chiếm 22%. Điều này là do các đối tượng nghiên cứu đa số có tuổi cao, họ sinh ra và lớn lên trong thời kỳ kháng chiến chống Mỹ, chống Pháp của Việt Nam, sau đó lại đến thời kỳ kinh tế khó khăn lúc chế độ bao cấp, dẫn đến là người dân nông thôn Việt Nam ở lứa tuổi đó thường chỉ được học tập ít, đến bậc tiểu học. Chất lượng cuộc sống là một hiện tượng đa chiều được sử dụng để miêu tả nhận thức, sự hài lòng cá nhân và phản ánh các khía cạnh khác nhau của cuộc sống như khả năng hoạt động, tâm lý, cảm xúc cũng như các mối quan hệ xã hội.

Theo Bảng 2, chất lượng cuộc sống trung bình của người bệnh mất ngủ theo thang SF-36 là $62,3 \pm 13,5$ (mức trung bình). Điểm chất lượng sức khỏe tinh thần trung bình là $59,9 \pm 16,6$, thấp hơn điểm trung bình chất lượng sức khỏe thể chất ($64,7 \pm 17,0$), kết quả này có thể là do đa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nghề nghiệp là nông dân (92%) lao động tay chân nhiều và ít thời gian cho các hoạt động vui chơi giải trí nên sức khỏe thể chất cao hơn sức khỏe tinh thần. Cũng cùng lý do trên, điểm hoạt động thể chất ở người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là $69,3 \pm 23,9$; cảm giác đau là $67,1 \pm 19,2$; tình trạng sức khỏe chung là $40,6 \pm 49,3$; chức năng xã hội là $63,0 \pm 16,2$, tình trạng tinh thần là $66,6 \pm 6,2$ thấp hơn nghiên cứu của Léger và cộng sự [10]. Theo số liệu từ biểu đồ 1, đa số người bệnh có chất lượng giấc ngủ trung bình (92%) và không có người bệnh nào có chất lượng cuộc sống ở mức thấp. Điều này có thể giúp ích rất lớn đối với điều dưỡng trong quá trình theo dõi bệnh tình của người bệnh từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc trong điều trị. Và tỉ lệ phân bố này cũng tương tự như nghiên cứu chất lượng cuộc sống của người bệnh mất ngủ trong cộng đồng được thực hiện bởi Ngô Tuấn Khiêm và cộng sự [1].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có mối tương quan nghịch biến giữa mức độ mất ngủ theo thang PSQI và điểm chất lượng cuộc sống theo thang SF-36 ($r = -0,840$; $p < 0,01$). Kết quả tương tự khi đánh giá mối tương quan này đối với SF-36 thể chất và SF-36 tinh thần với hệ số tương quan theo thứ

tự là $r = -0,624$ và $r = -0,729$ ($p < 0,01$), điều này có nghĩa là khi tình trạng mất ngủ càng nặng thì chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy giảm càng nhiều. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới, chẳng hạn như nghiên cứu của tác giả Wang và cộng sự năm 2020 [15]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng các rối loạn lâm sàng có liên quan đến giấc ngủ kém [8]. Ngược lại, chứng mất ngủ cũng bị nghi ngờ là nguyên nhân thúc đẩy các bệnh lý lâm sàng và tâm thần [5], [3]. Điều đó được minh họa thông qua mối quan hệ nghịch biến giữa chứng mất ngủ và sức khỏe thể chất ($r = -0,624$; $p < 0,01$), sức khỏe thể chất càng thấp thì người bệnh càng mất ngủ. Đau nhức cơ thể do nhiều bệnh khác nhau (như bệnh tim, hô hấp, bệnh khớp và những bệnh tương tự) tất nhiên có thể dẫn đến ngủ kém và đồng thời chất lượng cuộc sống kém. Tuy nhiên, cũng có thể tình trạng thiếu ngủ và ngủ kém có thể làm tăng độ nhạy cảm của người mất ngủ với cơn đau. Vì vậy, kết quả của nghiên cứu này cho thấy có mối liên hệ chặt chẽ giữa chứng mất ngủ và cơn đau cơ thể thông qua mối quan hệ giữa chứng mất ngủ và sức khỏe thể chất ($r = -0,624$; $p < 0,01$). Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa khẳng định được chất lượng cuộc sống kém ở những người mất ngủ trầm trọng là do ngủ kém hay do sức khỏe kém dẫn đến ngủ kém hơn. Ngoài ra, một số nghiên cứu khác cho thấy có mối liên hệ chặt chẽ giữa chứng mất ngủ và chất lượng cuộc sống. Chứng mất ngủ càng nghiêm trọng thì chất lượng cuộc sống càng tệ. Nghiên cứu của Hatoum et al nhận thấy rằng sau khi kiểm soát các biến số nhân khẩu học và tình trạng bệnh đi kèm, mối liên hệ tiêu cực của chứng mất ngủ vẫn có ý nghĩa trong điểm số SF-36 của tất cả những người tham gia [9]. Khi đó, ngoài việc chất lượng cuộc sống bị suy giảm do các bệnh khác, chứng mất ngủ còn xuất hiện như một yếu tố độc lập có thể giải thích cho việc chất lượng cuộc sống bị suy giảm ở những người mất ngủ khi so sánh với những người ngủ ngon. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng đối với các bác sĩ và điều dưỡng trong quá trình điều trị và ghi nhận cẩn thận lời phàn nàn về chứng mất ngủ.

5. KẾT LUẬN

Người mất ngủ, chủ yếu là nữ giới cao tuổi làm nghề nông, có điểm chất lượng giấc ngủ (PSQI) trung bình là $16,6 \pm 3,97$. Chất lượng cuộc sống theo thang SF-36 phần lớn ở mức trung bình ($62,3$

$\pm 13,5$), với sức khỏe tâm thần bị suy giảm nhiều hơn so với sức khỏe thể chất. Nghiên cứu cho thấy mối tương quan nghịch mạnh giữa mất ngủ (PSQI) và chất lượng cuộc sống (SF-36), nghĩa là mất ngủ càng nghiêm trọng, chất lượng cuộc sống càng suy giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Tuấn Khiêm, Đoàn Thị Huệ, Nguyễn Hoàng Yến (2023). Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF36 ở người mất ngủ tại xã Trục Đạo, huyện Trục Ninh, tỉnh Nam Định, Tạp chí y học Việt Nam, 526(5), 325-328.
2. Appleton SL, Reynolds AC, Gill TK et al (2022). Insomnia Prevalence Varies with Symptom Criteria Used with Implications for Epidemiological Studies: Role of Anthropometrics, Sleep Habit, and Comorbidities, Nat Sci Sleep, (14), 775-790.
3. Bonnet MH, Arand DL (1998), Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers, Psychosom Med, 60, 610-615.
4. David J.K, Darrel A (2014), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Insomnia Disorder, 5, 362.
5. Ford DE, Kamerow DB (1989), Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention, JAMA, 262, 479-484.
6. Hatoum HT, Kong SX, Kania CM et al (1998), Insomnia, health-related quality of life and healthcare resource consumption: a study of managed-care organisation enrollees, Pharmacoeconomics, (14), 629-37.
7. Katz DA, McHorney CA (1998), Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illnesses, Arch Intern Med, 158, 1099-1107.
8. Léger D, Guilleminault C, DeFrance R et al (1996), Blindness and sleep patterns, Lancet, 348, 830-831.
9. Léger D, Janus C, Pellois A et al (1995), Using DSM-IV to assess insomnia in epidemiological surveys [abstract], Sleep Res, 24A, 481.
10. Léger D, Scheuermaier K, Philip P et al (2001), SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers, Psychosom Med, 63(1), 49-55.
11. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH (1985), Insomnia and its treatment, Arch Gen Psychiatry, 42, 225-232.
12. Nguyen V, George T, Brewster GS (2019), Insomnia in Older Adults, Curr Geriatr Rep, 8(4), 271-290.
13. Olfson M, Wall M, Liu SM et al (2018), Insomnia and Impaired Quality of Life in the United States, J Clin Psychiatry, 79(5), 20.
14. Taddei-Allen P (2020), Economic burden and managed care considerations for the treatment of insomnia, Am J Manag Care, 26(4), 91-96.
15. Wang Z, Chen B, Li W et al (2020), Sleep quality and its impacts on quality of life among military personnel in remote frontier areas and extreme cold environments, Health Qual Life Outcomes, 18(1), 227.
16. Wickwire EM, Shaya FT, Scharf SM (2016), Health economics of insomnia treatments: The return on investment for a good night's sleep, Sleep Med Rev, 30, 72-82.

THỰC TRẠNG TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHỐI NGOẠI, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG NĂM 2024

STATUS OF NURSES' HEALTH EDUCATION FOR PATIENTS IN SURGICAL BLOCK,
HA DONG GENERAL HOSPITAL IN 2024 AND RELATED FACTORS

✍ NGUYỄN THỊ PHƯƠNG, LÊ THỊ THU HẰNG, ĐOÀN VĂN THỦY,
KIM THỊ MỸ PHƯƠNG, NGUYỄN THỊ TRANG, NGUYỄN THỊ MAI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tư vấn giáo dục sức khỏe (TVGDSK) của điều dưỡng dành cho người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông và xác định một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 385 người bệnh phẫu thuật tại các khoa Chấn thương chỉnh hình, Thần kinh Lồng ngực, Ngoại Tiêu hóa, và Ngoại Thận từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2024. Các dữ liệu được phân tích bằng SPSS 22.0.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh nhận được TVGDSK đủ từ điều dưỡng ở các thời điểm: khi vào viện (84,2%), trong quá trình điều trị (82,1%), trước mổ (89,9%), sau mổ (74,8%) và khi ra viện (67,5%); tỷ lệ chung đạt 77,4%. Các yếu tố như tuổi, khu vực sống và khả năng truyền đạt của điều dưỡng có mối liên quan với kết quả tư vấn ($p < 0,05$).

Kết luận: TVGDSK của điều dưỡng đạt mức chung là 77,4% qua 5 giai đoạn. Kết quả tư vấn có mối liên quan ý nghĩa với tuổi, nơi sống của người bệnh và khả năng truyền đạt của điều dưỡng.

Từ khóa: Tư vấn, giáo dục sức khỏe, Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of nurses' health education for patients and identify associated factors at Ha Dong General Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 385 surgical patients in four departments—Orthopedics, Thoracic Neurology, Gastrointestinal Surgery, and Urology—between January and August 2024. Data were analyzed using SPSS 22.0.

Results: The percentages of patients receiving adequate health education from nurses were as follows: upon hospital admission (84.2%), during treatment (82.1%), before surgery (89.9%), after surgery (74.8%), and upon discharge (67.5%), with an overall rate of 77.4%. Factors such as age, residence area, and nurses' communication skills showed significant associations with consultation outcomes ($p < 0.05$).

Conclusion: The overall success rate of health education consultations provided by nurses across the five stages was 77.4%. Consultation effectiveness was significantly associated with patient age, living area, and nurses' communication abilities.

Keywords: Health education, Nurses, Ha Dong General Hospital

Người chịu trách nhiệm chính:
Nguyễn Thị Phương. SĐT: 0988961318
Email: Phuongbvh1981@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 01/11/2024
Ngày trả bài phản biện: 6/11/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 17/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tư vấn giáo dục sức khỏe (TVGDSK) là nhiệm vụ quan trọng của nhân viên y tế (NVYT), đặc biệt là điều dưỡng (ĐD), nhằm cung cấp cho người bệnh (NB) và gia đình kiến thức cần thiết để giảm lo lắng, tăng hiểu biết, tuân thủ điều trị, đảm bảo an toàn, và giảm biến chứng sau phẫu thuật, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của NB [9]. Để thực hiện tốt TVGDSK, điều dưỡng cần có kiến thức chuyên môn vững, cập nhật, kỹ năng giao tiếp và kỹ năng TVGDSK tốt. Điều này giúp điều dưỡng nắm bắt thông tin người bệnh, lập kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa và ghi nhận phản hồi về chất lượng dịch vụ y tế của bệnh viện [6]. Với mục tiêu đánh giá thực trạng và tìm giải pháp nâng cao hiệu quả TVGDSK cho NB, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2024,” với hai mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng TVGDSK của điều dưỡng cho NB tại khối Ngoại và (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hoạt động TVGDSK của điều dưỡng tại bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Người bệnh ≥ 18 tuổi, có phẫu thuật, nằm viện từ 3 ngày trở lên, được thông báo ra viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB chậm phát triển tâm thần, cảm xúc, NB không hợp tác.

Thời gian và địa điểm: từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2024 tại 04 khoa ngoại: Chấn thương chỉnh hình, Thần kinh lồng ngực, ngoại tiêu hóa, ngoại thận Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2.2. Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

*Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

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

n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; $p = 0,64$ [8]; d: Sai số cho phép 0,05

α : sai số ước tính = 0,05 với độ tin cậy là 95%. Khi đó hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Thay vào công thức trên, cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 353$. Thực tế khảo sát được 385.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

Phiếu khảo sát về tư vấn GDSK cho NB được xây dựng dựa trên Thông tư 31/2021 của Bộ Y tế, Quyết định 6858/2016 về Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện, Quyết định 1380/QĐ-BV ngày 31/7/2023 và tham khảo từ nghiên cứu của Trần Thị Hà (2020) tại Bệnh viện TW Quân đội 108 [1,2,3]. Phiếu gồm 47 câu hỏi, tập trung vào các giai đoạn TVGDSK: vào viện, trong điều trị, trước mổ, sau mổ và ra viện. Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang Likert từ 1 đến 5, với tổng điểm từ 47 đến 235; mức điểm từ 141 trở lên được coi là tư vấn đầy đủ.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=385)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
NB Tham gia NC tại khoa	Ngoại tiêu hóa	97	25,2
	Chấn thương	100	26,0
	TKLN	85	22
	Ngoại Thận- TN	103	26,8
Nhóm tuổi	18-29	64	16,6
	30-39	59	15,3
	40-49	61	15,8
	≥ 50	201	52,2
Trình độ	$\leq$ THCS	138	35,8
	THPT	143	37,1
	Trung cấp	31	8,1
	Cao đẳng	25	6,5
	ĐH và sau ĐH	48	12,5
BHYT	Có	343	89,1
	Không	42	10,9
Giới	Nam	259	67,3
	Nữ	126	32,7
Nghề nghiệp	Lao động tự do	229	59,5
	Nhân viên văn phòng	33	8,6
	CB Hưu	38	9,9
	Khác	85	22,1
Thu nhập TB (triệu)/ tháng)	< 5	280	72,7
	5-10	95	24,7
	> 10	10	2,6
Khu vực sống	Thành Thị	146	37,9
	Nông thôn	239	62,1

Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy đặc điểm của 385 đối tượng nghiên cứu như sau: Hơn một nửa (52,2%) người bệnh là từ 50 tuổi trở lên và đa số đối tượng là nam giới, chiếm 67,3%. Hơn một nửa đối tượng sống ở nông thôn (62,1%), trong khi 37,9% sống ở thành thị. Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống, với 37% có trình độ trung học phổ thông và 35,8% chưa vượt qua cấp này. Về nghề nghiệp: Chủ yếu là lao động tự do (59,5%), một tỷ lệ nhỏ là nhân viên văn phòng (8,6%) và cán bộ hưu trí (9,9%). Đa phần có thu nhập trung bình dưới 5 triệu đồng mỗi tháng (72,7%).

Bảng 3.2. Đặc điểm về khám bệnh và điều trị (n=385)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lần điều trị tại bệnh viện	Lần đầu	246	63,9
	Lần thứ 2	88	22,9
	Từ 3 lần trở lên	51	13,2
Bệnh kèm theo	Không	270	70,1
	Đái tháo đường	71	18,4
	Cao huyết áp	27	7,0
	Bệnh khác	17	4,0
Hình thức phẫu thuật	Mổ phien	306	79,5
	Mổ Cấp cứu	79	20,5
Số ngày điều trị	< 5 ngày	80	20,8
	5- 10 ngày	184	47,8
	10-20 ngày	103	26,8
	> 20 ngày	14	3,6
	TB $\pm$ SD; Min, Max: 8,37 $\pm$ 5,8; Min 3, Max 37		

Nhận xét: Đa số NB lần đầu đến viện điều trị (63,9%). Có 18,4 % người bệnh mắc kèm theo là đái tháo đường và 7,0 % NB có tiền sử cao huyết áp. Mổ phien chiếm đa số 79,5% và với số ngày điều trị chủ yếu khoảng 5-10 ngày (47,8%).

3.2. Nội dung tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh

Bảng 3.3. Nội dung tư vấn GDSK của Điều dưỡng khi NB vào viện (n=385)

Nội dung NB được tư vấn GDSK khi vào viện	Số lượng (%)
Hướng dẫn tuân mặc trang phục NB, NNNB theo quy định	385 (100)
Cách sử dụng phương tiện của khoa: nhà tắm, nhà vệ sinh	367(95,3)
Hướng dẫn sử dụng thiết bị điện, giường bệnh, tủ đầu giường	376 (97,7)
Hướng dẫn gọi NVYT trong trường hợp bất thường	360 (93,5)
Giờ thăm người bệnh	355 (92,2)
Giữ gìn vệ sinh chung, trật tự buồng bệnh	381(99,0)
Hướng dẫn phân loại rác theo quy định	347 (90,1)
Hướng dẫn bảo quản tiền và tư trang NB, NNNB	367(95,3)
Cam kết điều trị nội trú	373(96,9)
Đóng viện phí đầy đủ, hướng dẫn về chi phí điều trị	375(97,4)
Hướng dẫn sử dụng dịch vụ tiện ích	327(84,9)
Hướng dẫn về thủ tục, quyền lợi chế độ BHYT	338(87,8)
Giải thích về việc xác nhận chính xác NB	277 (71,9)
Kết quả TVGDSK khi NB vào viện	324 (84,2)

Nhận xét:

Khi vào viện có 84,2% NB nhận được sự tư vấn đủ. Trong đó hầu như tất cả các nội dung đều được hướng dẫn như BHYT, nội quy buồng bệnh, trang phục, vệ sinh.... Nội dung có tỉ lệ tư vấn còn thấp như hướng dẫn sử dụng dịch vụ tiện ích, giải thích về việc xác nhận chính xác NB đạt 71,9%.

Bảng 3.4. Nội dung TVGDSK trong quá trình điều trị, chăm sóc (n=385)

Nội dung tư vấn GDSK trong quá trình điều trị	Số lượng (%)
Thông báo về chẩn đoán bệnh, dự kiến phương pháp điều trị	366 (95,1)
Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng bệnh lý	353 (91,7)
Hướng dẫn chăm sóc vệ sinh cá nhân.	355 (92,2)
Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi	353 (91,7)
Hướng dẫn các vấn đề an toàn: té ngã, loét tì đè, chống nhiễm khuẩn...	302(78,4)
Hướng dẫn tư thế, vận động, phòng ngừa thương tật thứ cấp	292 (75,8)
Hướng dẫn sử dụng thuốc	373(96,9)
Khai thác tiền sử dị ứng	369 (95,8)
Số lượng thuốc dùng hàng ngày	374(97,1)
Thực hiện công khai thuốc hàng ngày	364(94,5)
Hướng dẫn tác dụng của thuốc	351 (91,2)
Thông báo cho NVYT tác dụng phụ của thuốc (nếu có)	347 (90,1)
NB được giải thích trước khi thực hiện các quy trình kỹ thuật	356 (92,7)
Kết quả TVGDSK trong quá trình điều trị, chăm sóc	316 (82,1)

Nhận xét:

Trong quá trình điều trị có 82,1% NB nhận được sự tư vấn đủ. Đa số các nội dung đều được hướng dẫn như chế độ ăn, sử dụng thuốc, chế độ nghỉ ngơi, vận động... Nội dung có tỉ lệ tư vấn còn thấp như phòng ngừa nguy cơ té ngã, loét, nhiễm khuẩn biến chứng sau mổ 78,4%.

Bảng 3.5. Nội dung tư vấn GDSK trước mổ cho NB (n=385)

Nội dung tư vấn GDSK trước mổ	Số lượng (%)
Hướng dẫn chế độ ăn, uống	360 (93,5)
Hướng dẫn về vệ sinh da, tắm gội trước mổ	334 (86,8)
Thực hiện vẽ đeo thẻ định danh trước mổ	343(89,1)
Giải thích về mục đích tháo răng giả (nếu có)	272 (70,6)
Hướng dẫn thay trang phục trước mổ	361 (93,8)
Thông tin và diễn biến bình thường sau mổ	356 (92,5)
Được giải thích về những thay đổi, khó chịu, đau sau mổ	346 (89,9)
Thông tin về mức độ chi phí phẫu thuật	329(84,7)
Kết quả TVGDSK trước mổ	329 (89,9)

Nhận xét: Trước mổ có 89,9% NB nhận được sự tư vấn đủ, trong đó hầu như tất cả các nội dung đều được hướng dẫn tốt như thay trang phục, diễn biến bất thường sau mổ, vệ sinh. Nội dung giải thích tháo răng giả tỷ lệ đạt thấp (70,6%).

Bảng 3.6. Nội dung TVGDSK cho NB sau mổ (n=385)

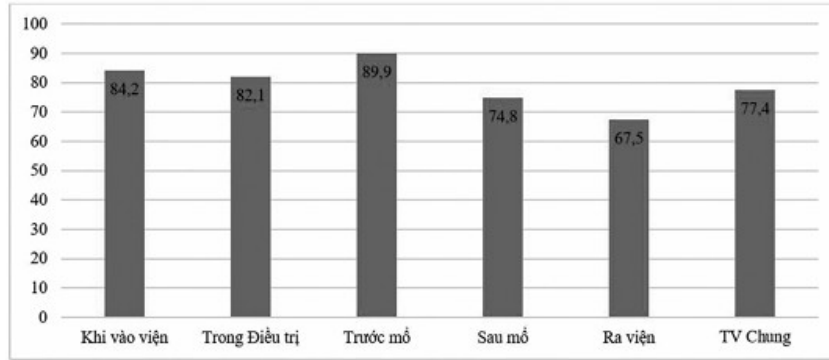
Nội dung tư vấn GDSK sau mổ	Số lượng (%)
Hướng dẫn theo dõi phát hiện các biến chứng liên quan đến sau mổ	341 (88,6)
Hướng dẫn tư thế NB sau mổ	328 (85,2)
Hướng dẫn tập thở, tập vận động sau mổ	305 (79,2)
Hướng dẫn vệ sinh phòng nhiễm khuẩn	325 (84,4)
Mục đích của ống dẫn lưu và thời gian rút (nếu có)	291 (75,6)
Giải thích về tình trạng liên vết thương	322 (83,6)
Kết quả TVGDSK sau mổ	288 (74,8)
Kết quả TVGDSK khi NB ra viện	260 (67,5)

Nhận xét: Sau mổ có 74,8% NB nhận được sự tư vấn đủ, trong đó hầu như tất cả các nội dung đều được hướng dẫn hướng dẫn tốt như phát hiện biến chứng, tư thế NB, vệ sinh. Nội dung tư vấn mục đích của ống dẫn lưu và thời gian rút là thấp nhất (75,6%).

Bảng 3.7. Nội dung TVGDSK khi NB ra viện (n=385)

Nội dung tư vấn khi NB ra viện	Số lượng (%)
Thông báo về kế hoạch ra viện	349 (90,6)
Hướng dẫn chuẩn bị giấy tờ và thủ tục thanh toán ra viện	345 (89,6)
Hướng dẫn tái khám theo hẹn hoặc bất thường	314(81,6)
Hướng dẫn cách phát hiện sớm các vấn đề bất thường	317(82,3)
Hướng dẫn tuân thủ và sử dụng thuốc tại nhà	300(77,9)
Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng	299 (77,7)
Hướng dẫn tập luyện, vận động sau ra viện	286 (74,3)
Kết quả TVGDSK khi NB ra viện	260 (67,5)

Nhận xét: 67,5% NB nhận được sự tư vấn đủ trước khi ra viện. Trong đó 90,6% NB được thông báo kế hoạch ra viện, hướng dẫn thủ tục đầy đủ 89,6%. Nội dung hướng dẫn chế độ tập luyện, vận động tỷ lệ đạt thấp 74,4%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố kết quả TVGDSK đầy đủ

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh nhận được TVGDSK của Điều dưỡng đủ tại 5 thời điểm: cao nhất giai đoạn trước mổ chiếm 89,9%, tiếp đến là khi vào viện 84,2%, trong quá trình chăm sóc là 82,1 % và thấp nhất khi NB ra viện 67,5%. GDSK chung cả 5 thời điểm là 77,4%

Bảng 3.8: Phản hồi cách điều dưỡng TVGDSK cho người bệnh (n=385)

Nội dung		Số lượng (%)
Khả năng truyền đạt thông tin tư vấn cho NB	Dễ hiểu	374 (97,1)
	Khó hiểu	0
	Bình thường	11 (2,9)
Cảm nhận chung về năng lực điều dưỡng tư vấn	Rất kém	9 (2,3)
	Kém	56 (14,5)
	Trung bình	36 (9,4)
	Tốt	220(57,1)
	Rất Tốt	64(16,6)

Nhận xét:

Có 97,1 % NB nhận xét khả năng truyền đạt thông tin tư vấn GDSK cho người bệnh là dễ hiểu. Đa số NB cảm nhận chung về năng lực điều dưỡng tư vấn từ tốt trở lên chiếm 73,3%

3.3. Một số yếu tố liên quan đến hoạt động TVGDSK

Bảng 3.9. Liên quan giữa kết quả TVGDSK cho NB với đặc điểm ĐTNC

Đặc điểm ĐTNC				OR (KTC 95%)	p
		Đủ	Chưa đủ		
Tuổi	≥ 40	233 (88,9)	29 (11,1)	7,17 (4,25 -12,1)	0,01
	< 40	65 (52,8)	58 (47,2)		
Giới	Nam	207 (79,9)	52(20,1)	1,53 (0,93-2,51)	0,09
	Nữ	91 (72,2)	35(27,8)		
Trình độ	Từ THPT trở lên	82(78,8)	22(21,2)	1,1 (0,65- 1,93)	0,68
	<THPT	216(76,9)	65(23,1)		
Nghề nghiệp	NV văn phòng	28(84,8)	5 (15,2)	1,7 (0,63-4,5)	0,29
	Khác	270 (76,7)	82 (23,3)		
Thu nhập	≤ 5 triệu	223 (79,6)	57(20,4)	1,56 (0,94-2,62)	0,08
	> 5 triệu	75(71,4)	30(28,6)		
Khu vực sống	Thành thị	121(82,9)	25(17,1)	1,65 (1,00-2,84)	0,046
	Nông thôn	177(74,1)	62(25,9)		

Nhận xét:

Bảng 3.9 cho thấy: Nhóm người bệnh từ 40 tuổi trở lên có khả năng nhận được TVGDSK đầy đủ cao hơn so với nhóm dưới 40 tuổi ($OR=7,17, p=0,01$); Khu vực sinh sống là yếu tố liên quan đáng kể, khi người bệnh sống ở thành thị có kết quả TVGDSK tốt hơn so với người sống ở nông thôn ($OR=1,65, p=0,046$). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa kết quả tư vấn GDSK với giới tính, trình độ, nghề nghiệp và thu nhập.

Bảng 3.10. Liên quan giữa kết quả TVGDSK cho NB với đặc điểm ĐTNC

Đặc điểm ĐTNC		Kết quả TVGDSK N (%)		OR (KTC 95%)	p
		Đủ	Chưa đủ		
Số lần điều trị	1 lần	191(77,6)	55(22,4)	1,04 (0,63- 1,71)	0,88
	≥ 2 lần	107 (77,0)	32(23,0)		
Bệnh kèm theo	Có	95(82,6)	20(17,4)	1,56 (0,89-2,73)	0,11
	Không	203 (75,2)	67(24,8)		
Hình thức phẫu thuật	Mổ phiên	234 (76,5)	72(23,5)	1,31 (0,75-2,44)	0,39
	Mổ cấp cứu	64(81,0)	15(19,0)		

Nhận xét:

Bảng 3.10 cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa kê giữa kết quả TVGDSK với số lần điều trị, bệnh kèm theo và hình thức phẫu thuật.

Bảng 3.11. Liên quan giữa khả năng truyền đạt với kết quả TVGDSK

Khả năng truyền đạt thông tin	Tư vấn GDSK N (%)		OR (KTC 95%)	p
	Đủ	Chưa đủ		
Dễ hiểu	283(78,3)	81(21,7)	4,24 (1,29-14,5)	0,018
Bình thường	5 (45,5)	6 (54,5)		

Nhận xét:

Bảng 3.11 cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa khả năng truyền đạt của điều dưỡng với kết quả TVGDSK đạt yêu cầu. Khả năng truyền đạt của điều dưỡng dễ hiểu giúp kết quả TVGDSK cao hơn so với khi khả năng truyền đạt chỉ ở bình thường với $OR = 4,24, p = 0,018$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng TVGDSK của điều dưỡng

Nội dung TVGDSK trước khi phẫu thuật đạt tỷ lệ cao nhất 89,9%, tiếp theo là khi vào viện 84,2%, trong quá trình điều trị 82,1 % và thấp nhất khi NB ra viện đạt 67,5%.

Khi nhập viện, 84,2% NB nhận được tư vấn đầy đủ, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Dung (2020) (89%) [4], nhưng cao hơn so với Nguyễn Thị Bích Nga (2020) (62,8%) [7] và Trần Thị Hà (2020) (64,5%) [5]. Tuy nhiên, một số nội dung tư vấn như hướng dẫn sử dụng dịch vụ tiện ích và xác nhận danh tính NB có tỷ lệ thực hiện thấp. Việc đo

thẻ định danh NB là yêu cầu quan trọng để phòng ngừa sự cố y khoa, song tỷ lệ thực hiện đạt thấp nhất là 71,9%. Nhằm hạn chế sai sót chuyên môn, bệnh viện đã ban hành quy định về định danh NB tại các điểm: vào khoa, trong quy trình kỹ thuật, sử dụng thuốc, và khi bàn giao NB.

Trong quá trình điều trị và chăm sóc, 82,1% NB nhận được tư vấn đạt yêu cầu, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Dung (2020) (92,6%) [4], có thể do BV Phụ sản Thiện An phục vụ chủ yếu là sản phụ, đặc biệt các trường hợp điều trị vô sinh, nên họ thường chủ động tìm hiểu kiến thức trước khi đến viện. Các nội dung tư vấn được

cung cấp đầy đủ, bao gồm chế độ ăn, sử dụng thuốc, nghỉ ngơi, và vận động. Tuy nhiên, tỷ lệ tư vấn về phòng ngừa té ngã, loét, và nhiễm khuẩn sau mổ còn thấp, chỉ đạt 78,4%. Việc này rất quan trọng nhằm trang bị cho NB kiến thức để bảo vệ sức khỏe, hiểu các nguy cơ và cách phòng ngừa biến chứng khi nằm viện.

TVGDSK trước phẫu thuật đạt 89,9%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hà (2020) (76%) [5]. Tư vấn trước mổ giúp phòng ngừa tai biến trong và sau mổ, nhưng vẫn còn 6,5% NB chưa được hướng dẫn nhịn ăn, điều này có thể gây hoãn mổ hoặc tai biến. Ngoài ra, 29,4% NB chưa được hướng dẫn tháo răng giả, dễ gây nguy cơ hít phải, tắc nghẽn đường thở, nhiễm trùng, và khó khăn cho bác sĩ khi đặt ống nội khí quản. Việc giải thích về các triệu chứng sau mổ giúp giảm lo lắng cho NB, và bệnh viện đã áp dụng nhiều kỹ thuật giảm đau để NB yên tâm hơn trong quá trình điều trị.

TVGDSK sau mổ đạt 74,8%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hà (2020) (83%) [5], có thể do tỷ lệ NB có thu nhập, trình độ, nghề nghiệp, và nơi sống khác biệt. Ngoài ra, 20,8% NB chưa được hướng dẫn tập vận động sau mổ, mặc dù hoạt động này giúp phòng ngừa viêm phổi, tắc ruột, teo cơ, cứng khớp, và huyết khối tĩnh mạch sâu, đồng thời giúp NB giảm căng thẳng, phục hồi nhanh, sớm xuất viện và trở lại sinh hoạt bình thường.

Tư vấn GDSK cho NB khi ra viện là cần thiết để duy trì việc chăm sóc và giúp NB, cũng như người nhà (NNNB), tự theo dõi, phát hiện sớm dấu hiệu bất thường, ngăn ngừa tái phát và nâng cao chất lượng cuộc sống, từ đó tăng sự hài lòng của người bệnh. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tư vấn đầy đủ trước khi ra viện đạt 67,5%, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hà (2020) (81%) [5] và Phan Thị Dung (2020) (85%) [4]. Cụ thể, 90,6% NB được thông báo kế hoạch ra viện, 89,6% nhận hướng dẫn về thủ tục, nhưng hướng dẫn về tuân thủ thuốc và chế độ tập luyện, vận động chưa đầy đủ, với 18,4% chưa được tư vấn về tái khám. Tư vấn khi tái khám đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng điều trị, giúp NB hiểu rõ tình trạng bệnh và tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị sau khi ra viện. Kết quả cũng cho thấy các nội dung hành chính khi xuất viện được đánh giá chưa cụ thể, trong khi hướng dẫn chuyên môn như phát hiện biến chứng và chế độ ăn sau mổ lại được

đánh giá cao. Điều dưỡng cần không chỉ tư vấn chuyên môn mà còn đảm bảo chất lượng tư vấn về các thủ tục, để NB có chất lượng điều trị hoàn thiện hơn.

Khả năng truyền đạt thông tin rõ ràng, dễ hiểu là kỹ năng quan trọng đối với điều dưỡng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ đạt được tiêu chí này là 97,1%. Khi người bệnh (NB) nhận được thông tin rõ ràng và dễ hiểu, sự hài lòng tăng lên, họ cảm thấy được quan tâm, tôn trọng và giảm thiểu sai sót trong điều trị. Hiểu rõ phác đồ điều trị giúp NB tránh sai lầm, nâng cao hiệu quả điều trị và tiết kiệm thời gian, công sức cho nhân viên y tế.

4.2. Yếu tố liên quan đến hoạt động TVGDSK của điều dưỡng

Nghiên cứu cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và kết quả TVGDSK ($p < 0,05$), với nhóm ≥ 40 tuổi đạt kết quả tư vấn cao hơn nhóm < 40 tuổi. Điều này có thể do người cao tuổi quan tâm hơn đến sức khỏe, đặc biệt là các bệnh mãn tính, và có kinh nghiệm trong chăm sóc bản thân. Ngoài ra, nơi sống cũng có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả TVGDSK, với người sống ở thành thị đạt kết quả cao hơn. Người dân thành thị có nhiều cơ hội tiếp cận phương tiện truyền thông và thông tin sức khỏe, cùng với hệ thống thư viện và trung tâm thông tin phát triển, giúp nâng cao khả năng tiếp thu và hiểu biết về sức khỏe.

Khả năng truyền đạt dễ hiểu của điều dưỡng cũng có liên quan đến kết quả TVGDSK ($p < 0,05$); kỹ năng này giúp người bệnh hiểu rõ tình trạng sức khỏe, cảm thấy yên tâm và tuân thủ phác đồ điều trị, từ đó nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian hồi phục. Việc sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu giúp NB nắm bắt thông tin chính xác và tránh hiểu lầm.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Trong tổng số 385 người bệnh được nghiên cứu, tỷ lệ NB nhận được tư vấn giáo dục sức khỏe (TVGDSK) đầy đủ tại 5 thời điểm là 77,4%. Trong đó: Trước mổ: Tỷ lệ TVGDSK đạt cao nhất với 89,9%; Khi nhập viện: 84,2% NB nhận được TVGDSK đầy đủ; Trong quá trình điều trị: Tỷ lệ đạt là 82,1%; Sau mổ: Tỷ lệ giảm xuống còn 74,8%; và Khi ra viện: Đạt mức thấp nhất với 67,5%.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả TVGDSK bao gồm: (i) Tuổi: NB từ 40 tuổi trở

lên có tỷ lệ TVGDSK đầy đủ cao hơn nhóm dưới 40 tuổi (OR= 7,17, p=0,01; (ii) Khu vực sống: NB sống ở thành thị có kết quả TVGDSK tốt hơn so với NB sống ở nông thôn (OR=1,65, p=0,046); (iii) Khả năng truyền đạt của điều dưỡng: Khả năng truyền đạt dễ hiểu của điều dưỡng có ảnh hưởng tích cực đến kết quả TVGDSK (OR = 4,24, p= 0,018).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị:

- Tăng cường đào tạo kỹ năng truyền đạt cho điều dưỡng: Để nâng cao hiệu quả TVGDSK, cần tổ chức các buổi tập huấn nhằm cải thiện kỹ năng giao tiếp và truyền đạt thông tin của điều dưỡng, đặc biệt là sử dụng ngôn ngữ đơn giản, dễ hiểu.

- Chú trọng đến nhóm NB ra viện: Với tỷ lệ TVGDSK trước khi ra viện đạt thấp nhất (67,5%), bệnh viện nên đặc biệt lưu ý đến việc cung cấp tư vấn đầy đủ cho NB ở giai đoạn này, bao gồm cả hướng dẫn về chế độ dùng thuốc, tái khám và chế độ sinh hoạt tại nhà.

- Tăng cường TVGDSK cho NB ở nông thôn: Phát triển các tài liệu hướng dẫn bằng hình ảnh hoặc video nhằm hỗ trợ điều dưỡng truyền đạt kiến thức hiệu quả hơn cho nhóm NB có trình độ dân trí thấp hoặc ít tiếp cận thông tin.

- Nâng cao chất lượng TVGDSK trước và sau phẫu thuật: Đối với những nội dung tư vấn trước và sau mổ, bệnh viện cần triển khai thêm các công cụ hỗ trợ như phiếu tư vấn và bảng kiểm để đảm bảo NB nhận được đầy đủ thông tin về phòng ngừa biến chứng và quy trình hồi phục.

- Theo dõi và đánh giá hiệu quả TVGDSK: Cần thực hiện đánh giá định kỳ để đo lường hiệu quả của các hoạt động TVGDSK và điều chỉnh các nội dung tư vấn dựa trên phản hồi của NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện đa khoa Hà Đông (2022). Quyết định 519/2022 quy định về hoạt động tư vấn GDSK.

2. Bộ Y tế (2016) Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 của Bộ Y tế ban hành Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0.

3. Bộ Y tế (2021), "Thông tư 31/2021/TT-BYT Quy định Hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện ngày 28 tháng 12 năm 2021".

4. Phan Thị Dung (2022) "Hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại bệnh viện phụ sản Thiện An năm 2022", Tạp chí y học thực hành và bông số 1-2023, tr 73-79.

5. Trần Thị Hà "Đánh giá thực trạng GDSK cho người bệnh của điều dưỡng bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2018" Tạp chí y học thực hành và bông số 5-2020, tr 54-63.

6. Nguyễn Thị Hằng và cộng sự "Thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và sự hài lòng của người bệnh tại Viện Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020", Tạp chí 108 Y học lâm sàng và Dược, tr 224-229

7. Nguyễn Thị Bích Nga (2020) "Thực trạng hoạt động GDSK cho NB của Điều dưỡng tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020" Tạp chí 108 Y học lâm sàng và Dược, tr 28-32

8. Trịnh Thị Tuyết (2022), "Thực trạng kiến thức và thực hành giáo dục sức khỏe của Điều dưỡng tại bệnh viện nội tiết Trung ương ", Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

9. Casey D (2007). Using action research to change health-promoting practice. Nurs Health Sci. 2007 Mar;9(1):5-13. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00297.x. PMID: 17300539.

THÁI ĐỘ VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CUỐI ĐỜI CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM CUỐI TẠI ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ATTITUDES TOWARD END-OF-LIFE CARE AMONG FINAL-YEAR NURSING STUDENTS
OF THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

✍ VŨ THU UYÊN*, TRẦN TRỊNH QUỐC VIỆT **, LÊ THỊ CẨM THU**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 160 sinh viên điều dưỡng đa khoa năm thứ tư từ tháng 1 đến tháng 4 năm 2024. Dữ liệu thu thập qua bảng câu hỏi tự điền, bao gồm thông tin đặc điểm đối tượng nghiên cứu và thái độ về chăm sóc cuối đời, được đánh giá qua thang đo Likert 5 điểm.

Kết quả: Sinh viên điều dưỡng có mức độ thái độ chung tốt với điểm $113,52 \pm 11,26$ (dao động từ 84 đến 149 điểm) trên tổng số 150 điểm. Tỷ lệ sinh viên điều dưỡng đạt mức thái độ tốt về chăm sóc người bệnh cuối đời đạt ở mức khá cao chiếm (52,5%). Tỷ lệ sinh viên điều dưỡng đạt mức thái độ trung bình về chăm sóc người bệnh cuối đời chiếm (47,5%). Không có sinh viên điều dưỡng đạt mức thái độ không thích hợp về chăm sóc người bệnh cuối đời. Có mối liên quan giữa đặc điểm đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng với thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời ($p = 0,007$), sinh viên điều dưỡng đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng có thái độ tích cực hơn khi chăm sóc những người bệnh giai đoạn cuối đời so với sinh viên chưa từng thực hiện chăm sóc. Có sự tương quan thuận tương đối yếu giữa thái độ về chăm sóc giảm nhẹ và kiến thức về chăm sóc người bệnh cuối đời.

Điểm thái độ trung bình là $113,52 \pm 11,26$ trên tổng 150 điểm (dao động từ 84 đến 149 điểm), cho thấy sinh viên có thái độ chung tích cực. Hơn một nửa (52,5%) có thái độ tích cực, 47,5% có thái độ trung bình, và không có sinh viên nào có thái độ tiêu cực. Sinh viên có kinh nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng thể hiện thái độ tích cực hơn đáng kể ($p = 0,007$). Có sự tương quan thuận yếu giữa thái độ và kiến thức về chăm sóc cuối đời của sinh viên ($p = 0,04$).

Kết luận: Thái độ chung về chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên điều dưỡng đạt ở mức độ tốt, tuy nhiên kết quả này là không cao, gần một nửa sinh viên điều dưỡng có thái độ trung bình đối với việc chăm sóc người bệnh cuối đời. Bên cạnh đó, sinh viên điều dưỡng vẫn có những thái độ tiêu cực ở một số khía cạnh chăm sóc người bệnh cuối đời. Trải nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời là yếu tố quan trọng đối với thái độ. Sinh viên điều dưỡng từng có trải nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời sẽ có thái độ tích cực hơn đối với việc chăm sóc người bệnh cuối đời. Sinh viên có thái độ tốt thì có kiến thức chăm sóc người bệnh cuối đời tốt hơn.

Sinh viên điều dưỡng có thái độ tích cực đối với chăm sóc người bệnh cuối đời, tuy nhiên gần một nửa trong số họ chỉ có thái độ ở mức trung bình và vẫn tồn tại một số mặt tiêu cực trong một vài khía cạnh. Kinh nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời là yếu tố quan trọng giúp hình thành thái độ tích cực. Khuyến nghị tăng cường đào tạo kỹ năng giao tiếp và hỗ trợ tâm lý trong các tình huống cuối đời nhằm nâng cao thái độ và năng lực của sinh viên trong lĩnh vực này.

Từ khóa: Thái độ, chăm sóc cuối đời, sinh viên điều dưỡng

*CNDD Vũ Thu Uyên, cựu sinh viên Điều dưỡng khóa 2020 – 2024, ĐHYD TP. HCM, TP. HCM, Việt Nam

**Bộ môn Điều dưỡng, Khoa Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, ĐHYD TP. HCM, TP. HCM, Việt Nam

ĐT:0372205038. Email: thuuyenvu2002@gmail.com

Ngày nhận bài phản biện: 29/10/2024

Ngày trả bài phản biện: 10/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 17/11/2024

ABSTRACT

Objective: To describe the attitudes of final-year nursing students at the University of Medicine and Pharmacy in Ho Chi Minh City toward end-of-life care.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted with 160 fourth-year general nursing students from January to April 2024. Data were collected using a self-administered questionnaire, including demographic information and attitudes toward end-of-life care, measured on a 5-point Likert scale.

Results: The average attitude score was 113.52 ± 11.26 out of a possible 150 points (ranging from 84 to 149), indicating an overall positive attitude among students. More than half (52.5%) showed a positive attitude, 47.5% had an average attitude, and none had a negative attitude. Students with clinical experience in end-of-life care exhibited significantly more positive attitudes ($p = 0.007$). A weak positive correlation was found between students' attitudes and their knowledge of end-of-life care ($p = 0.04$).

Conclusions: Nursing students generally have a positive attitude toward end-of-life care, though nearly half exhibit only an average attitude, and some negative views persist in certain aspects. Clinical experience in end-of-life care is an important factor in fostering a positive attitude. It is recommended to enhance training in communication skills and psychological support for end-of-life situations to improve students' attitudes and competencies in this field.

Keywords: Attitude, palliative, hospice, end of life care, nursing students

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên điều dưỡng được kỳ vọng là nguồn lực tương lai của lĩnh vực chăm sóc cuối đời. Thái độ của sinh viên ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc người bệnh cuối đời. Hầu hết các điều dưỡng mới ra trường đều chưa sẵn sàng để đối mặt với sự qua đời của người bệnh và thực hiện chăm sóc họ [2,13]. Chăm sóc người bệnh cuối đời có những ảnh hưởng mạnh mẽ đến sinh viên điều dưỡng vì họ có thể cảm thấy chưa đủ sẵn sàng, cảm thấy sợ hãi khi đối mặt với cái chết của người bệnh, cảm thấy bất lực khi không thể hỗ trợ được gì cho người bệnh. Những cảm xúc tiêu cực này ảnh hưởng đến chính bản thân sinh viên điều dưỡng và hiệu quả chăm sóc người bệnh [2]. Đối với Việt Nam, chăm sóc cuối đời vẫn là một chủ đề mới, tình trạng thiếu giáo dục về chủ đề này vẫn là một trong thách thức lớn cần vượt qua [1,11]. Bên cạnh đó, các nghiên cứu về thái độ chăm sóc người bệnh cuối đời trên đối tượng sinh viên điều dưỡng Việt Nam còn rất ít. Một nghiên cứu được thực hiện tại Đại học Y Hà Nội nhằm xác định thái độ của sinh viên điều dưỡng đối với việc chăm sóc người bệnh cuối đời. Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên có những mặt tiêu cực khi tiếp xúc với người bệnh cận tử [11]. Tuy nhiên nghiên cứu này không đề cập đến kiến thức chăm sóc giảm nhẹ của sinh viên Điều dưỡng và mối liên quan giữa kiến thức và thái độ

về chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời. Nhận thấy được tầm quan trọng của thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời đối với sinh viên điều dưỡng, đặc biệt là sinh viên năm cuối, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh" nhằm xác định mức độ thái độ về chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời và các yếu tố liên quan đến thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên cử nhân điều dưỡng niên khóa 2020-2024

* Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên đã hoàn thành học phần Chăm sóc giảm nhẹ.

* Tiêu chuẩn loại trừ: sinh viên vắng mặt trong thời gian nghiên cứu (ốm, bảo lưu, chuyển ngành...).

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

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả một quần thể hữu hạn của Slovin:

$$n \geq \frac{N}{1 + Nd^2}$$

N=160 là tổng số sinh viên năm 4, $d=0,01$ (Sai số ước tính)

Tính được $n=158 \rightarrow$ cỡ mẫu tối thiểu là 158 sinh viên.

Vậy nghiên cứu tiến hành lấy mẫu toàn bộ, tổng số sinh viên lớp cử nhân điều dưỡng chính quy năm 4 tại Khoa điều dưỡng – Kỹ Thuật Y Học thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu là 160 sinh viên.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu được thu thập qua bộ câu hỏi tự điền trực tiếp, thời gian từ tháng 1/ 2024 đến tháng 4/2024 tại Khoa ĐD - KTYH, ĐHYD TPHCM.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi khảo sát gồm 2 phần

- Phần A: Bộ câu hỏi gồm 5 câu hỏi về đặc điểm nhân khẩu học.

- Phần B: Bộ câu hỏi về thái độ chăm sóc người bệnh cuối đời với Cronbach's alpha là 0,716 gồm có 15 câu hỏi mang ý nghĩa tích cực và 15 câu hỏi mang ý nghĩa tiêu cực và được đánh giá qua thang đo Likert 5 điểm.

- Công cụ nghiên cứu là thang "Frommel Attitude Toward Care Of The Dying".

2.6. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0. Thống kê phân tích bằng phép kiểm T – Test, ANOVA, Pearson để kiểm định sự khác biệt thống kê, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ sinh viên có độ tuổi > 22 chiếm tỷ lệ thấp 8,75%. Xếp loại học tập tích lũy tính đến thời điểm thực hiện nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khá chiếm tỷ lệ cao nhất với 85%, giỏi chiếm 11,25%, trung bình chiếm 3,75% và không có sinh viên nào đạt loại xuất sắc. Ngoài ra, tỷ lệ sinh viên đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng chiếm tỷ lệ cao 96,88%, tỷ lệ sinh viên đã từng chăm sóc người thân/ người quen trong giai đoạn cuối đời chiếm 29,38%.

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 160)

Đặc tính mẫu	Tần số	Tỷ lệ (%)
1. Tuổi		
≤ 22	146	91,25
> 22	14	8,75
2. Giới tính		
Nữ	137	85,63
Nam	23	14,37
3. Xếp loại học tập tích lũy		
Xuất sắc	0	0
Giỏi	18	11,25
Khá	136	85,00
Trung bình	6	3,75
4. Đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng?		
Có	155	96,88
Không	5	3,12
5. Đã từng chăm sóc người nhà/ người thân giai đoạn cuối đời		
Có	47	29,38
Không	113	70,62

Bên cạnh đó, nghiên cứu xác định thêm kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời để tìm mối tương quan giữa kiến thức chăm sóc giảm nhẹ và thái độ chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên. Bộ câu hỏi về kiến thức chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời được dựa trên bộ câu hỏi được dịch bởi Hoàng Thị Mộng Huyền trên nghiên cứu tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM [2]. Kết quả cho thấy rằng sinh viên điều dưỡng năm cuối có kiến thức ở mức trung bình với $10,56 \pm 2,11$ (dao động từ 5 đến 15 điểm) trên tổng số 20 điểm. Chỉ có 1,88% sinh viên điều dưỡng năm cuối có kiến thức tốt, 65% sinh viên điều dưỡng năm cuối có kiến thức trung bình và 33,12% sinh viên điều dưỡng năm cuối có kiến thức kém.

Bảng 3.2. Mức độ kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời (n = 160)

Kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kiến thức tốt	3	1,88
Kiến thức trung bình	104	65
Kiến thức kém	53	33,12

3.2. Thái độ chung về chăm sóc người bệnh cuối đời

Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên điều dưỡng năm cuối có giá trị trung bình là

113,52 ± 11,26, dao động từ 84 đến 149 điểm trên tổng số 150 điểm cho thấy sinh viên điều dưỡng năm cuối có thái độ tốt đối việc chăm sóc người bệnh cuối đời. Trong đó 52,5% sinh viên có thái độ tốt, 47,5% sinh viên có thái độ trung bình và không có sinh viên nào có thái độ không thích hợp.

Bảng 3.3. Mức độ thái độ chung của sinh viên điều dưỡng (n= 160)

Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời	Tần số	Tỷ lệ (%)	TB (ĐLC)
Thái độ tốt	84	52,5	113,52 ± 1,26
Thái độ trung bình	76	47,5	
Thái độ không thích hợp	0	0	

3.3. Liên quan giữa đặc điểm đối tượng nghiên cứu với thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời và các đặc điểm như tuổi (p = 0,565), giới tính (p = 0,578), xếp loại học tập tích lũy (p = 0,349), hoặc kinh nghiệm chăm sóc người thân cuối đời (p = 0,107). Tuy nhiên, kinh nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng có mối liên hệ thống kê đáng kể với thái độ này (p = 0,007).

Bảng 3.4. Liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Đặc điểm	TB ± ĐLC	t/F	p
1. Tuổi			
≤ 22	113,68 ± 11,25	t = 0,577	0,565
> 22	111,86 ± 11,65		
2. Giới tính			
Nữ	113,72 ± 11,50	t = 0,558	0,578
Nam	112,30 ± 9,84		
3. Xếp loại học tập tích lũy			
Xuất sắc	107,33 ± 12,69	F = 1,06	0,349
Giỏi	113,92 ± 10,92		
Khá	112,56 ± 13,24		
Trung bình	0		
4. Đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng			
Có	113,94 ± 0,89	t = 2,699	0,007
Không	100,4 ± 3,36		
5. Đã từng chăm sóc người thân/ người quen trong giai đoạn cuối đời			
Có	115,74 ± 11,21	t = 1,621	0,107
Không	112,59 ± 11,20		

3.4 Tương quan giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Với hệ số tương quan r = 0,156 và có ý nghĩa thống kê với p = 0,04 cho thấy có sự tương quan thuận tương đối yếu giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời.

Bảng 3.5. Tương quan giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Biến số	Kiến thức chăm sóc giảm nhẹ	Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời
Kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ	r = 1,0000	
Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời	r = 0,156	r = 1,0000

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tỷ lệ sinh viên điều dưỡng đã từng chăm sóc người thân/ người quen trong giai đoạn cuối đời chiếm 29,38%, kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Abdallah Ahmad Alwawi và các cộng sự (50%) [6], Delgersuren Gelegjamts và các cộng sự (62,4%) [8].

Trong mẫu nghiên cứu, có 14 sinh viên điều dưỡng trên 22 tuổi, chiếm tỷ lệ 8,75%. Về giới tính, số sinh viên nữ chiếm ưu thế với 137 người (85,63%), tương đồng với kết quả của Maria Dimoula và cộng sự (84%) [7] cũng như nghiên cứu của Hoàng Thị Mộng Huyền và cộng sự trên nhóm điều dưỡng [2]. Về phân loại học tập, tỷ lệ sinh viên đạt loại khá chiếm 85%, giỏi chiếm 11,25%, trung bình chiếm 3,75%, và không có sinh viên nào đạt loại xuất sắc.

Tỷ lệ sinh viên đã từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng đạt 96,88%, cao hơn so với kết quả của Hồ Thị Mỹ Yến và Nguyễn Thị Thu Thảo (6,4%) [3], Abdallah Ahmad Alwawi và cộng sự (45,9%) [6], Mohammad Al Quadire và cộng sự (47,3%) [4], và Delgersuren Gelegjamts và cộng sự (73,8%) [8]. Trong khi đó, tỷ lệ sinh viên từng chăm sóc người thân hoặc người quen trong giai đoạn cuối đời là 29,38%, thấp hơn so với nghiên cứu của Abdallah Ahmad Alwawi và cộng sự (50%) [6] và Delgersuren Gelegjamts và cộng sự (62,4%) [8].

4.2. Thái độ chăm sóc người bệnh cuối đời

Thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời của sinh viên điều dưỡng năm cuối có giá trị trung bình $113,52 \pm 11,26$ trên thang điểm 150, cho thấy thái độ tích cực. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước [2,11] và quốc tế [6,7,13,14], phản ánh sự thống nhất về thái độ nhờ vào các giá trị nhân văn chung và tầm quan trọng của giáo dục về chăm sóc cuối đời trong chương trình đào tạo điều dưỡng. Các yếu tố như kinh nghiệm thực tế, ảnh hưởng của tổ chức y tế quốc tế, và nhu cầu chăm sóc người cao tuổi đã góp phần định hình thái độ tích cực này, giúp cải thiện chất lượng dịch vụ y tế toàn cầu.

Trong nghiên cứu, 52,5% sinh viên có thái độ tốt, 47,5% có thái độ trung bình, và không có sinh viên nào có thái độ không phù hợp. Điểm trung bình cao hơn so với các nghiên cứu tại Việt Nam, như Nguyễn Thúy Ly và Nguyễn Thị Hiền tại Đại học Y Hà Nội ($104,76 \pm 9,201$) [11], Hồ Thị Mỹ Yến và Nguyễn Thị Thu Thảo tại Đại học Y – Dược Huế ($103,7 \pm 8,32$) [3], và nghiên cứu của Nguyễn Thúy Ly tại các cơ sở ung thư ở Hà Nội ($103,5 \pm 7,46$) [10]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm đối tượng nghiên cứu và mức độ đào tạo về chăm sóc cuối đời. Trong nghiên cứu này, 100% sinh viên được đào tạo bài bản và thực tập tại các cơ sở chăm sóc giảm nhẹ lớn như Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, giúp họ tích lũy kinh nghiệm thực tiễn, từ đó hình thành thái độ tích cực hơn.

Tuy nhiên, một số thái độ tiêu cực vẫn được ghi nhận. Cụ thể, 55,01% sinh viên cảm thấy buồn khi người bệnh từ bỏ hy vọng, 53,13% cảm thấy không thoải mái khi nói về cái chết. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước [11] và quốc tế [4,5,6,8]. Điều tích cực là chỉ 10,63% sinh viên cho rằng điều dưỡng không nên trao đổi về cái chết, và 5,63% không muốn chăm sóc người bệnh cuối đời, thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác [6,11]. Ngoài ra, sinh viên thể hiện thái độ tích cực đối với vai trò của gia đình trong chăm sóc người bệnh cận tử. Trong văn hóa châu Á, đặc biệt tại Việt Nam, sự hiện diện của gia đình trong những giờ phút cuối đời là rất quan trọng, dù có thể gây kiệt sức về tâm lý và thể chất cho các thành viên gia đình [8].

4.3. Liên quan giữa các đặc điểm đối tượng nghiên cứu với thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời với các đặc điểm tuổi ($p = 0,565$), giới tính ($p = 0,578$), xếp loại học tập tích lũy ($p = 0,349$), và việc từng chăm sóc người thân/người quen trong giai đoạn cuối đời ($p = 0,107$). Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam [2,11] và quốc tế [4,5,6,8,14] cũng ghi nhận sự khác nhau về mối liên quan giữa nhân khẩu học và thái độ chăm sóc cuối đời. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm văn hóa và cách tổ chức chăm sóc giảm nhẹ ở các quốc gia khác nhau [8]. Do đó, việc hiểu rõ và tôn trọng các đặc điểm văn hóa sẽ giúp sinh viên điều dưỡng cung cấp dịch vụ chăm sóc cuối đời phù hợp, đáp ứng nhu cầu của người bệnh và gia đình trong nhiều bối cảnh văn hóa.

Có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa thái độ của sinh viên điều dưỡng với trải nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng ($p = 0,007$). Sinh viên từng chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng có điểm trung bình thái độ là $113,94 \pm 0,89$, cao hơn so với sinh viên chưa từng chăm sóc ($100,4 \pm 3,36$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho rằng trải nghiệm thực tế giúp sinh viên hình thành thái độ tích cực hơn trong chăm sóc cuối đời [5,11,14]. Ngược lại, các nghiên cứu của Hồ Thị Mỹ Yến và Nguyễn Thị Thu Thảo [3], cũng như Mohammad Al Quadire và cộng sự [4], cho thấy sinh viên từng tiếp xúc với người bệnh giai đoạn cuối có điểm trung bình thái độ thấp hơn so với những người chưa từng tiếp xúc. Sự khác biệt này được giải thích bởi việc thiếu kiến thức về chăm sóc cuối đời, dẫn đến lo lắng và sợ hãi khi đối mặt với cái chết. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sinh viên đối mặt với cái chết trong thực tập lâm sàng mà không được trang bị lý thuyết cần thiết có xu hướng phát triển thái độ tiêu cực khi chăm sóc người bệnh cận tử [4].

4.4. Tương quan giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ về chăm sóc người bệnh cuối đời

Trong nghiên cứu, đã phát hiện mối tương quan yếu nhưng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$) giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ đối với chăm sóc người bệnh cuối đời. Sinh viên có kiến thức tốt thường thể hiện thái độ tích cực hơn trong chăm sóc người bệnh cuối đời, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước của Nguyễn Thúy Ly và cộng sự [10,11], Maria Dimoula và

cộng sự [7], cũng như Robinson và cộng sự [12]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác không tìm thấy mối tương quan này, cho rằng kiến thức tốt không đảm bảo thái độ tích cực [8]. Mối quan hệ giữa hai biến này vẫn chưa nhất quán, với mối tương quan tích cực được báo cáo trong nghiên cứu này và một số nghiên cứu khác [7,10,11,12], nhưng lại có mối tương quan tiêu cực trong nghiên cứu của Karkata và cộng sự [9]. Do đó, cần thêm nhiều nghiên cứu để xác định rõ ràng mối quan hệ này. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan giữa trải nghiệm lâm sàng và thái độ, nhấn mạnh vai trò quan trọng của thực hành lâm sàng trong việc hình thành thái độ tích cực đối với chăm sóc cuối đời.

4.5. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đã được kiểm chứng độ tin cậy và áp dụng rộng rãi tại nhiều quốc gia, bao gồm Việt Nam, giúp đảm bảo tính chính xác. Phương pháp lấy mẫu trực tiếp được áp dụng nhằm giảm thiểu khả năng sinh viên tra cứu câu trả lời qua Internet, qua đó nâng cao độ tin cậy của kết quả. Tuy nhiên, đối tượng nghiên cứu giới hạn ở sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, khiến kết quả khó có thể khái quát cho toàn bộ sinh viên của trường cũng như sinh viên trên cả nước. Ngoài ra, thiết kế nghiên cứu cắt ngang hạn chế khả năng xác định mối quan hệ nhân quả giữa các biến.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Thái độ của sinh viên: Sinh viên điều dưỡng năm cuối tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh có thái độ chung tích cực đối với chăm sóc người bệnh cuối đời không cao, với điểm trung bình là $113,52 \pm 11,26$ trên tổng số 150 điểm. Điều này cho thấy sinh viên nhận thức và hiểu biết khá tốt về vai trò của chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh cuối đời. Tuy nhiên, gần một nửa số sinh viên vẫn chỉ đạt mức trung bình, điều này cho thấy vẫn có cơ hội cải thiện trong việc nâng cao thái độ của sinh viên.

Yếu tố liên quan: Sinh viên có kinh nghiệm chăm sóc người bệnh cuối đời trên lâm sàng có thái độ tích cực hơn đáng kể so với những sinh viên chưa có kinh nghiệm ($p = 0,007$). Có sự tương quan thuận yếu giữa kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và thái độ

về chăm sóc người bệnh cuối đời ($p = 0,04$). Sinh viên có kiến thức tốt hơn thường có thái độ tích cực hơn, dù mối quan hệ này không mạnh mẽ.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị

- Tăng cường đào tạo lâm sàng: Cần cung cấp cho sinh viên điều dưỡng nhiều cơ hội thực hành chăm sóc người bệnh cuối đời trong môi trường lâm sàng. Trải nghiệm thực tế có thể giúp sinh viên hình thành thái độ tích cực hơn và sẵn sàng hơn trong việc chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối.

- Đào tạo kỹ năng giao tiếp và hỗ trợ tâm lý: Đưa các kỹ năng giao tiếp và hỗ trợ tâm lý vào chương trình học là điều cần thiết để giúp sinh viên điều dưỡng có thể đối mặt và xử lý hiệu quả hơn các tình huống liên quan đến chăm sóc người bệnh cuối đời. Những kỹ năng này không chỉ trang bị cho sinh viên khả năng hỗ trợ tốt hơn người bệnh, mà còn giúp sinh viên tự điều chỉnh cảm xúc và giảm bớt căng thẳng trong quá trình học tập và làm việc. Việc phát triển những kỹ năng này sẽ tạo ra một môi trường chăm sóc nhân văn hơn, đồng thời nâng cao sức khỏe tâm lý cho chính những người chăm sóc.

- Tăng cường giáo dục về kiến thức chăm sóc giảm nhẹ: Cần cung cấp thêm kiến thức về chăm sóc giảm nhẹ và nâng cao hiểu biết của sinh viên về các vấn đề liên quan đến chăm sóc cuối đời. Điều này có thể giúp sinh viên hình thành thái độ tích cực hơn đối với việc chăm sóc người bệnh cuối đời, đồng thời cải thiện khả năng tự tin và chuyên nghiệp của họ trong thực hành.

- Xây dựng chương trình hỗ trợ tâm lý cho sinh viên: Đối mặt với cái chết và chăm sóc người bệnh trong giai đoạn cuối đời có thể là trải nghiệm cảm xúc mạnh mẽ đối với sinh viên. Vì vậy, cần xây dựng các chương trình hỗ trợ tâm lý, chẳng hạn như tư vấn hoặc thảo luận nhóm, các khóa học về kỹ năng giao tiếp, quản lý căng thẳng, tổ chức các buổi hội thảo chia sẻ kinh nghiệm và lời khuyên trên lâm sàng. Điều này có thể giúp sinh viên xử lý các cảm xúc tiêu cực và được trang bị tốt hơn để đối mặt với những thách thức trong nghề, từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh và phát triển sự vững vàng trong nghề.

Xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ nhóm nghiên cứu trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu và viết bài báo này!

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Ngọc Hoàng Mỹ Tiên, Lê Đại Dương, Nguyễn Đoàn Ngọc Mai, và cộng sự (2022). Yếu tố liên quan với nguyện vọng chăm sóc cuối đời của người cao tuổi bệnh ung thư giai đoạn IV tại Khoa Lão – Chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Lâm sàng*, 79: 83-91.
- Hoàng Thị Mộng Huyền, Đặng Huy Quốc Thịnh, Quách Thanh Khánh và cộng sự (2018). Kiến thức và thái độ của Điều dưỡng về chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư tại bệnh viện ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh tháng 3/2018 – 4/2018. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, 379-384.
- Hồ Thị Mỹ Yến, Nguyễn Thị Thu Thảo (2022). Thái độ của sinh viên điều dưỡng đối với chăm sóc bệnh nhân cuối đời và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, 12(6):99-104.
- Al Qadire M. (2022) Jordanian Student Nurses' Attitudes towards the Care of Dying Patients. *Omega (Westport)*, 86(2):382-394. doi:10.1177/0030222820971077.
- A'la, M. Z., Setioputro, B., Kurniawan, D.E (2018). Nursing students' attitudes towards caring for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing*, 8(1):25-34. doi: 10.14710/nmjn.v8i1.17270.
- Alwawi AA, Abu-Odah H, Bayuo J (2022). Palliative Care Knowledge and Attitudes towards End-of-Life Care among Undergraduate Nursing Students at Al-Quds University: Implications for Palestinian Education. *Int J Environ Res Public Health*, 19(15):9563. doi:10.3390/ijerph19159563.
- Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, et al (2019). Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Educ Today*, 74:7-14. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.025.
- Gelegjamts D, Yong Yoo J, Kim J, et al (2020). Undergraduate nursing students' palliative care knowledge and attitudes towards end-of-life care: a cross-sectional descriptive study. *Contemp Nurse*, 56(5-6):477-490. doi:10.1080/10376178.2021.1890165.
- Karkada S, Nayak BS, Malathi (2011). Awareness of palliative care among diploma nursing students. *Indian J Palliat Care*, 17(1):20-23. doi:10.4103/0973-1075.78445.
- Nguyen LT, Yates P, Osborne Y (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *Int J Palliat Nurs*, 20(9):448-456. doi:10.12968/ijpn.2014.20.9.448.
- Nguyễn Thúy Ly, Nguyễn Thị Hiền (2015). Attitudes towards caring for terminally-ill patients among in-serviced nursing students at Hanoi medical university, Vietnam. *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, 7(1):1-13
- Robinson E, Epps F (2017). Impact of a Palliative Care Elective Course on Nursing Students' Knowledge and Attitudes Toward End-of-Life Care. *Nurse Educ*, 42(3):155-158. doi:10.1097/NNE.0000000000000342.
- Wang W, Wu C, Bai D, et al (2022). A meta-analysis of nursing students' knowledge and attitudes about end-of-life care. *Nurse Educ Today*, 119:105570. doi:10.1016/j.nedt.2022.105570.
- Zahran Z, Hamdan KM, Hamdan-Mansour AM, et al (2022). Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients. *Nurs Open*, 9(1):614-623. doi:10.1002/nop2.1107.

SỰ GẮN KẾT CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ VỚI BỆNH VIỆN TÂM THẦN ĐÀ NẴNG NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

THE ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF HEALTHCARE WORKERS AT DANANG
PSYCHIATRIC HOSPITAL IN 2024 AND RELATED FACTORS

✍ PHAN THỊ TUYẾT, LÊ THỊ VUI², TRẦN THỊ PHƯƠNG HIẾU¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả mức độ gắn kết của nhân viên y tế (NVYT) với Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng (BVTTĐN) năm 2024. 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự gắn kết của NVYT với BVTTĐN năm 2024.

Phương pháp: Áp dụng thiết kế nghiên cứu hỗn hợp, bao gồm khảo sát định lượng 182 NVYT tại BVTTĐN và thu thập dữ liệu định tính qua 2 thảo luận nhóm và 3 phỏng vấn sâu với cán bộ quản lý.

Kết quả: Kết quả cho thấy tỷ lệ gắn kết của NVYT với BVTTĐN đạt 83,5%, với điểm trung bình (ĐTB) $4,27 \pm 0,527$. Trong đó, gắn kết vì nỗ lực (ĐTB = 4,29) và niềm tự hào (ĐTB = 4,31) cao hơn gắn kết vì lòng trung thành (ĐTB = 4,20). Các yếu tố như tình trạng hôn nhân và thu nhập hiện tại có mối liên quan thống kê đáng kể đến sự gắn kết. Ngoài ra, các yếu tố tổ chức như tính chất công việc, đào tạo, lãnh đạo, khen thưởng, đồng nghiệp, và môi trường làm việc cũng ảnh hưởng tích cực.

Kết luận: NVYT tại BVTTĐN có mức độ gắn kết cao, thể hiện tinh thần cống hiến và sự hài lòng với tổ chức. Cần tiếp tục cải thiện các yếu tố tổ chức để duy trì và nâng cao sự gắn kết trong tương lai.

Từ khóa: sự gắn kết, nhân viên y tế, yếu tố ảnh hưởng, bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng.

ABSTRACT

Objectives: 1) To describe the level of organizational commitment (OC) of healthcare workers (HWs) at Danang Psychiatric Hospital (DPH) in 2024; 2. To analyze factors related to the OC of HWs at DPH in 2024.

Methodology: A mixed-methods research design was applied, including a quantitative survey of 182 HWs at DPH and qualitative data collection through two focus group discussions and three in-depth interviews with management staff.

Results: The results showed that the overall OC rate of HWs with DPH reached 83.5%, with a mean score of 4.27 ± 0.527 . Among the dimensions, OC due to effort (mean = 4.29) and pride (mean = 4.31) were higher than OC due to loyalty (mean = 4.20). Factors such as marital status and current income were significantly associated with OC. Additionally, organizational factors such as job characteristics, training, leadership, rewards and recognition, colleagues, and the work environment had a positive impact.

Conclusions: HWs at DPH exhibited a high level of OC, reflecting their dedication and satisfaction with the organization. It is necessary to further improve organizational factors to sustain and enhance commitment in the future.

Keywords: organizational commitment, healthcare workers, influencing factors, Danang Psychiatric Hospital.

¹ Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng;

² Trường Đại học Y tế công cộng

Tác giả liên hệ: Phan Thị Tuyết. Điện thoại: 0972323937

Ngày nhận bài phản biện: 05/11/2024

Ngày trả bài phản biện: 8/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 25/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gắn kết với tổ chức là trạng thái tình cảm của nhân viên đối với tổ chức mà họ làm việc, bao gồm sự hài lòng về công việc, niềm tin và sự cam kết đối với hoạt động của tổ chức. Sự gắn kết cũng đề cập đến các nỗ lực của nhân viên để giữ cho mối quan hệ giữa họ và tổ chức được có lợi và bền vững [7]. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng sự gắn kết cũng là một yếu tố quan trọng trong giảm tỷ lệ nghỉ việc, giữ chân nhân tài giỏi và tăng cường hiệu quả của tổ chức [5,7].

Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân Ái Bình Phước năm 2021 cho thấy tỷ lệ gắn kết chung 78,7%. Gắn kết dưới góc độ: Lòng trung thành 82,6%; Sự nỗ lực 86,4%; Lòng tự hào yêu mến tổ chức 86,4% [2]. Theo kết quả nghiên cứu của Võ Ngọc Hường năm 2023 tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Long An cho thấy đánh giá chung có 78,9% NVYT có gắn kết với bệnh viện (điểm trung bình đạt 4,44) [3]. Các nghiên cứu này đều cho thấy NVYT có một sự gắn kết khá tốt ở các bệnh viện; các yếu tố như tiền lương, phúc lợi, đào tạo, môi trường làm việc, lãnh đạo,... đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy sự gắn kết của nhân viên y tế. Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng là bệnh viện hạng 2, với qui mô 200 giường bệnh với 205 nhân viên. Trong các năm gần đây, trung bình mỗi năm có từ 1 đến 2 nhân viên y tế nghỉ việc hoặc chuyển việc. Mặc dù tỷ lệ nghỉ việc không cao nhưng hiệu quả hoạt động của bệnh viện vẫn chưa rõ nét. Để có những thông tin đầy đủ về thực trạng gắn kết và những yếu tố tác động đến sự gắn kết của NVYT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Sự gắn kết của nhân viên y tế với Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng năm 2024 và một số yếu tố liên quan" nhằm giúp lãnh đạo Bệnh viện có giải pháp quản lý tốt nguồn nhân lực đảm bảo sự phát triển bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu định lượng: Cán bộ, nhân viên, người lao động đã công tác tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng (BVTTĐN) từ 1 năm trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu định tính: Cán bộ quản lý (đại diện Ban giám đốc, lãnh đạo phòng điều dưỡng, đại diện

công đoàn) và nhân viên tại các khoa/phòng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NVYT không có mặt tại bệnh viện trong thời gian thu thập số liệu (nghỉ ốm, nghỉ thai sản, đi học, đi công tác).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2024.

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng thiết kế hỗn hợp, kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Nghiên cứu định lượng: chọn mẫu toàn bộ, 182 NVYT đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn vào nghiên cứu (trong tổng số 205 NVYT).

- Nghiên cứu định tính: Phòng vấn sâu 3 cán bộ quản lý (giám đốc, chủ tịch công đoàn, trưởng phòng điều dưỡng) và thảo luận nhóm với 2 nhóm nhân viên (gồm 6 bác sĩ và 8 nhân viên y tế khác).

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Định lượng: Sử dụng bộ công cụ thang đo của Trần Kim Dung, điều chỉnh từ thang đo gắn kết tổ chức của Mowday và cộng sự (1979) [1]. Bộ công cụ đo lường các yếu tố:

- o Biến phụ thuộc: Sự gắn kết (trung thành, nỗ lực, niềm tự hào).

- o Biến độc lập: Yếu tố cá nhân (giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, thu nhập) và yếu tố tổ chức (tính chất công việc, đào tạo, lãnh đạo, khen thưởng, đồng nghiệp, môi trường làm việc).

- o Thang đo: Likert 5 mức độ. Gắn kết được đánh giá với điểm cắt 80% theo khuyến nghị của Trần Kim Dung [1] và nghiên cứu của Lê Văn Hạng [2].

- Định tính: Phòng vấn và thảo luận dựa trên hướng dẫn được thiết kế theo kết quả khảo sát định lượng, tập trung vào các yếu tố được đánh giá thấp.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Định lượng: Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả, kiểm định chi bình phương ($p < 0,05$) và tính OR (Odds Ratio) với CI95%.

- Định tính: Ghi âm phỏng vấn và thảo luận, sau đó phân tích theo chủ đề.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng tại Công văn số 316/2024/YTCC-HDD ngày 08/7/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=182)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	64	35,2
Nữ	118	64,8
Tuổi		
≤ 35 tuổi	59	32,4
> 35 tuổi	123	67,6
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	25	13,7
Đã có gia đình	157	86,3
Trình độ chuyên môn		
Cao đẳng trở xuống	57	31,3
Đại học trở lên	125	68,7
Chức vụ		
Là lãnh đạo quản lý	26	14,3
Nhân viên	156	85,7
Vị trí công tác		
Hành chính	39	21,4
Lâm sàng	125	68,7
Cận lâm sàng	18	9,9
Thu nhập hiện tại		
≤ 10 triệu	112	61,5
> 10 triệu	70	38,5

Nghiên cứu được thực hiện trên 182/202 nhân viên y tế (NVYT) thuộc 16 khoa, phòng của Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng. Kết quả Bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ nhân viên nữ chiếm 64,8%, cao hơn đáng kể so với nam giới (35,2%). Đa số NVYT đã lập gia đình (86,3%) và có trình độ chuyên môn từ đại học trở lên (68,7%). Nhân viên chiếm 85,7% tổng số lao động, và hơn 60% NVYT có thu nhập ở mức ≤10 triệu đồng.

3.2. Đánh giá của NVYT về môi trường bệnh viện

Bảng 3.2 Đánh giá của NVYT về đặc điểm công việc của bản thân (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
A1	Công việc phù hợp với chuyên môn	4,21	0,55
A2	Công việc nhiều thách thức	3,75	0,72
A3	Chủ động trong công việc	4,02	0,67
A4	Công việc thú vị	3,97	0,60
	ĐTB chung	3,99	0,64

Ở đặc điểm công việc, nhân viên y tế (NVYT) đạt mức độ hài lòng tương đối cao với điểm trung bình (ĐTB) chung là 3,99. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy đa số NVYT cảm thấy công việc phù hợp với chuyên môn được đào tạo, đồng thời việc phân công công việc tại bệnh viện được đánh giá là hợp lý và công bằng. Một số ý kiến điển hình bao gồm:

“Công việc cũng đúng với chuyên môn, được đi nhiều khoa nên em học được rất nhiều điều, mỗi khoa có một tính chất riêng em thấy cũng rất thú vị” (TLN2).

“Tôi làm việc ở đây cảm thấy vui vẻ, thoải mái, đúng với chuyên ngành tôi được đào tạo” (TLN2).

“Sự phân công công việc ở Bệnh viện đảm bảo sự cân bằng giữa công việc và thời gian nghỉ ngơi của nhân viên” (PVS1).

Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng vẫn tồn tại trường hợp phân công chưa phù hợp với chuyên môn:

“Hiện tại có một số điều dưỡng được phân công làm việc không đúng với chuyên môn như khu cận lâm sàng, đo điện não, các phòng chuyên môn” (PVS3).

Bảng 3.3 Đánh giá của NVYT về cơ hội đào tạo và phát triển (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
B1	Được đào tạo theo yêu cầu của công việc	4,01	0,69
B2	Được huấn luyện kỹ năng cần thiết	4,09	0,58
B3	Được biết các điều kiện cần thiết để thăng tiến	3,87	0,67
B4	Có nhiều cơ hội phát triển và được đề bạt	3,71	0,66
	ĐTB chung	3,92	0,65

Ở khía cạnh đào tạo và phát triển, nhân viên y tế (NVYT) hài lòng ở mức trung bình, với điểm trung bình đạt 3,92.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy đa số NVYT đánh giá cao công tác đào tạo tại bệnh viện, đặc biệt là các chương trình nâng cao kiến thức chuyên môn và kỹ năng thực hành. Một số ý kiến tiêu biểu bao gồm:

"Tôi hài lòng về công tác đào tạo nâng cao năng lực tại Bệnh viện" (TLN2).

"Bệnh viện luôn tăng cường các khóa đào tạo chuyên môn để phát triển năng lực" (PVS1).

"Bệnh viện có chế độ đào tạo và phát triển nhân viên rất tốt, rất công bằng. Chính điều này đã tạo được sự gắn kết rất lớn với tất cả nhân viên" (PVS3).

Tuy nhiên, vẫn có một số NVYT mong muốn được tham gia thêm các khóa học để phát huy khả năng chuyên môn tốt hơn:

"Em mong muốn được học thêm các khóa đào tạo nâng cao như điện cơ, CT... để được làm việc nhiều hơn nữa" (TLN2).

"Tôi chưa có điều kiện phát huy hết những gì tôi đã được đào tạo" (TLN2).

Bảng 3.4 Đánh giá của NVYT về Lãnh đạo (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
C1	Cấp trên rất gần gũi và hòa nhã với nhân viên	4,26	0,654
C2	Cấp trên khuyến khích đưa ra ý tưởng mới trong công việc	4,27	0,639
C3	Cấp trên đánh giá công việc rất công bằng	4,08	0,652
C4	Cấp trên cho nhân viên tự quyết.	3,85	0,79
	ĐTB chung	4,12	0,684

Bảng 3.4 cho thấy điểm trung bình (ĐTB) chung đạt 4,12, phản ánh mức độ hài lòng tương đối cao của nhân viên y tế (NVYT) về mối quan hệ với cấp trên.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy đa số NVYT đánh giá lãnh đạo bệnh viện là người quan tâm và công bằng. Một số ý kiến tiêu biểu bao gồm:

"Tôi thấy lãnh đạo ở bệnh viện mình rất tình cảm, thưởng phạt phân minh" (TLN2).

"Ở đây các bác lãnh đạo luôn quan tâm và khích lệ tui em làm việc" (TLN2).

"Tôi thấy lãnh đạo các cấp luôn lắng nghe chia sẻ và công bằng với tất cả nhân viên" (PVS3).

Bảng 3.5 Đánh giá của NVYT về thu nhập và công bằng (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
D1	Mức lương hiện tại tương xứng với công sức bỏ ra	3,76	0,726
D2	Việc trả lương, thưởng, thu nhập tăng thêm rất công bằng.	3,76	0,679
D3	Mức lương đang nhận cao hơn mặt bằng chung	3,07	0,854
D4	Mức lương này đủ đáp ứng nhu cầu cuộc sống.	3,23	0,779
	ĐTB chung	3,76	0,726

Bảng 3.5 cho thấy nhân viên y tế (NVYT) đánh giá mức thu nhập và sự công bằng ở mức trung bình, với điểm trung bình (ĐTB) chung là 3,76 và các câu hỏi dao động từ 3,07 đến 3,76. Đa số NVYT nhận định mức thu nhập hiện tại chỉ đủ đáp ứng các nhu cầu cơ bản:

"Hiện tại mình chưa có gia đình nên mức lương của mình thấy là tạm ổn, đủ để đáp ứng được các nhu cầu sống cơ bản và chi tiêu cá nhân" (TLN2).

Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng mức thu nhập chưa tương xứng với công sức bỏ ra, đặc biệt là thu nhập tăng thêm còn hạn chế:

"Mình làm việc đã hơn 20 năm, lương hiện nay hơn 10 triệu, mức lương này chưa xứng với công sức" (TLN2).

"Thu nhập ở bệnh viện thấp, các đơn vị bạn có nhiều nguồn thu nhập, bệnh viện tôi chỉ có 70% phụ cấp, thu nhập tăng thêm không đáng kể" (PVS3).

Bảng 3.6 Đánh giá của NVYT về khen thưởng và công nhận (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
E1	Được khen thưởng và công nhận từ đồng nghiệp, cấp trên	3,97	0,575
E2	Cấp trên quan tâm và trân trọng sự cống hiến của nhân viên	4,03	0,603
E3	Được tuyên dương, khen thưởng kịp thời	3,94	0,614
	ĐTB chung	3,98	0,597

Số liệu ở Bảng 3.6 cho thấy NVYT đánh giá tiêu chí khen thưởng và công nhận ở mức khá, với điểm trung bình (ĐTB) chung là 3,98. Trong đó, tiêu chí "Cấp trên quan tâm và trân trọng sự cống hiến của nhân viên" đạt điểm cao nhất (4,03).

Kết quả nghiên cứu định tính ghi nhận phần lớn NVYT hài lòng với việc lãnh đạo quan tâm, ghi nhận và tuyên dương kịp thời những đóng góp của nhân viên:

"Sau khi hoàn thành nhiệm vụ chống dịch COVID, mình đã được ưu tiên khen thưởng, tuyên dương" (TLN2).

"Bệnh viện khen thưởng kịp thời những đóng góp xuất sắc của nhân viên" (PVS1).

Bảng 3.7 Đánh giá của NVYT về Đồng nghiệp (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
F1	Hỗ trợ trong công việc khi cần thiết	4,16	0,568
F2	Hợp tác, cùng nhau phát triển	4,14	0,577
F3	Rất nhiệt tình và hăng hái	4,08	0,672
F4	Tinh thần đoàn kết và nhất trí cao trong khoa, phòng	4,13	0,652
	ĐTB chung	4,13	0,617

Bảng 3.7 cho thấy NVYT hài lòng cao về mối quan hệ với đồng nghiệp, với điểm trung bình (ĐTB) chung đạt 4,13, và các tiêu chí cụ thể dao động từ 4,08 đến 4,16.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy phần lớn NVYT hài lòng vì đồng nghiệp luôn hỗ trợ, đoàn kết và tạo môi trường làm việc tích cực:

"Em mới làm việc được 2 năm, em được các bác sĩ lớn hỗ trợ, hướng dẫn rất tận tình. Các anh chị em trong khoa rất vui vẻ, hòa đồng nên em thấy rất thoải mái về tâm lý trong công việc" (TLN2).

"Dù tính chất công việc rất căng thẳng nhưng mọi người vẫn động viên nhau vì công việc và vì bệnh nhân" (PVS3).

Tuy nhiên, vẫn có ý kiến cho rằng sự gắn kết giữa đồng nghiệp chưa thực sự rõ nét:

"Mình thấy tình cảm đồng nghiệp ở mức bình thường, xong việc mình về, mình không cảm nhận được sự thân thiết ở đồng nghiệp" (TLN2).

Bảng 3.8 Đánh giá của NVYT về Môi trường làm việc (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
G1	Thời gian làm việc hợp với hoàn cảnh gia đình	4,00	0,63
G2	Địa điểm làm việc thuận tiện	3,92	0,63
G3	Nơi làm việc thoải mái	3,90	0,69
G4	Bầu không khí nơi làm việc thân thiện	4,03	0,63
G5	Môi trường làm việc giúp nhân viên đạt hiệu quả cao	3,82	0,55
	ĐTB chung	3,96	0,65

Kết quả ở Bảng 3.8 cho thấy nhân viên y tế (NVYT) đánh giá môi trường làm việc ở mức trung bình khá, với điểm trung bình (ĐTB) đạt 3,96.

Kết quả nghiên cứu định tính ghi nhận rằng đa số NVYT hài lòng với thời gian làm việc ổn định, phù hợp với điều kiện sinh hoạt gia đình:

"Mình làm việc được hơn 1 năm, mức lương ở đây tương đối thấp so với công sức mình bỏ ra, nhưng đổi lại thời gian làm việc của mình ổn định hơn" (TLN2).

Tuy nhiên, phần lớn NVYT đánh giá cơ sở hạ tầng của bệnh viện đã xuống cấp, gây khó khăn và ảnh hưởng đến hiệu quả công việc:

"Bệnh viện mình cũ quá rồi nên công việc vệ sinh của chúng tôi cũng hạn chế, nhiều khi dọn mãi dọn kỹ lắm rồi mà vẫn không thấy sạch và hài lòng" (TLN2).

3.3. Thực trạng gắn kết của nhân viên y tế với Bệnh viện

Bảng 3.9 Gắn kết của NVYT ở Khía cạnh lòng trung thành (n=182)

Gắn kết vì trung thành được đo lường qua 3 câu hỏi với điểm trung bình (ĐTB) dao động từ 4,14 đến 4,26, cho thấy mức độ cam kết cao của nhân viên y tế (NVYT).

Kết quả nghiên cứu định tính củng cố điều này, khi đa số NVYT thể hiện sự gắn bó mạnh mẽ với bệnh viện:

"Mình làm việc tại khoa cấp tính mang tính đặc thù cao, tương đối nguy hiểm. Nhưng khi vào đây rồi, mình thấy thương người bệnh lắm, nên sẽ gắn kết tại đây lâu dài" (TLN2).

Tuy nhiên, một số ý kiến cho thấy yếu tố thu nhập vẫn ảnh hưởng đến sự gắn bó, với khả năng rời đi nếu có cơ hội tốt hơn:

"Nếu có một công ty trả lương cho mình cao hơn, thời gian làm việc hợp lý thì mình sẽ thay đổi" (TLN2).

Bảng 3.10 Gắn kết của NVYT ở Khía cạnh Sự nỗ lực và cố gắng (n=182)

Mã CH	Nội dung	ĐTB	ĐLC
L4	Cố gắng làm việc giúp đóng góp cho bệnh viện	4,27	0,584
L5	Nỗ lực hết mình để có thể cống hiến	4,31	0,589
L6	Cố gắng cao nhất để hoàn thành nhiệm vụ	4,31	0,579
	ĐTB chung	4,29	0,556

Gắn kết vì trung thành được đo lường qua 3 câu hỏi với điểm trung bình (ĐTB) dao động từ 4,14 đến 4,26, cho thấy mức độ cam kết cao của nhân viên y tế (NVYT).

Kết quả nghiên cứu định tính củng cố điều này, khi đa số NVYT thể hiện sự gắn bó mạnh mẽ với bệnh viện:

"Mình làm việc tại khoa cấp tính mang tính đặc thù cao, tương đối nguy hiểm. Nhưng khi vào đây rồi, mình thấy thương người bệnh lắm, nên sẽ gắn kết tại đây lâu dài" (TLN2).

Tuy nhiên, một số ý kiến cho thấy yếu tố thu nhập vẫn ảnh hưởng đến sự gắn bó, với khả năng rời đi nếu có cơ hội tốt hơn:

"Nếu có một công ty trả lương cho mình cao hơn, thời gian làm việc hợp lý thì mình sẽ thay đổi" (TLN2).

Bảng 3.11 Gắn kết của NVYT ở Khía cạnh Niềm tự hào (n=182)

Mã câu hỏi	Nội dung	ĐTB	ĐLC
M7	Tự hào về bệnh viện	4,32	0,611
M8	Tự hào được làm việc tại bệnh viện	4,32	0,621
M9	Quan trọng khi được là nhân viên của bệnh viện	4,28	0,642
	ĐTB chung	4,32	0,611

Ở khía cạnh sự nỗ lực và cố gắng, điểm trung bình (ĐTB) dao động từ 4,27 đến 4,31, phản ánh mức độ cam kết mạnh mẽ của nhân viên y tế (NVYT) đối với bệnh viện.

Kết quả khảo sát định tính cho thấy đa số NVYT sẵn sàng nỗ lực vì sự phát triển của bệnh viện:

"Nhân viên y tế có sự gắn kết cao với bệnh viện, họ coi bệnh viện như một môi trường tốt để phát triển bản thân" (PVS1).

"Mọi quyết định của lãnh đạo bệnh viện ban ra đều được các nhân viên nỗ lực và cố gắng hoàn thành với quyết tâm cao nhất" (PVS2).

Bảng 3.12 Sự gắn kết của NVYT ở cả 3 khía cạnh (n=182)

STT	Nội dung	Gắn kết (n,%)	Chưa gắn kết (n, %)	ĐTB	ĐLC
1	Lòng trung thành	150 (82,4)	32 (17,6)	4,20	0,632
2	Sự nỗ lực và cố gắng	167 (92,8)	15 (8,2)	4,29	0,556
3	Niềm tự hào	162 (89,0)	20 (11,0)	4,31	0,609
	Sự gắn kết chung	152 (83,5)	30 (16,5)	4,27	0,527

Với điểm trung bình (ĐTB) chung là 4,27, nghiên cứu cho thấy mức độ gắn kết cao của nhân viên y tế (NVYT) với bệnh viện. Ba thành phần cấu thành sự gắn kết có ĐTB dao động từ 4,20 đến 4,31, phản ánh sự đồng thuận đáng kể.

Kết quả nghiên cứu định tính cũng khẳng định phần lớn NVYT gắn bó với bệnh viện nhờ tình yêu nghề và sự tận tâm với công việc:

"Mình thấy các anh chị đồng nghiệp rất gắn bó với bệnh viện. Mình cũng nhận thấy bệnh viện có nhiều ưu điểm, nhiều điều hay để mình ở lại" (TLN2).

"Khi anh em đã chọn nghề y và chọn chuyên khoa Tâm thần thì bản thân họ đã có tình yêu và nhiệt huyết với ngành và công việc" (PVS3).

"Hiện nay, hầu hết nhân viên bệnh viện đều có sự gắn kết mật thiết với bệnh viện, coi bệnh viện là ngôi nhà thứ 2 của mình" (PVS2).

3.3. Yếu tố ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT với BVTT Đà Nẵng

3.3.1 Yếu tố cá nhân và sự gắn kết của NVYT

Bảng 3.13 *Mối liên quan giữa sự gắn kết và các yếu tố cá nhân (n=182)*

Các yếu tố cá nhân		Sự gắn kết		OR (95%CI)	p
		Không (N, %)	Có (N, %)		
Giới	Nam	7 (10,9)	57 (89,1)	0,5 (0,21-1,26)	0,138
	Nữ	23 (19,5)	95 (80,5)		
Tuổi	≤35	14 (23,7)	45 (76,3)	2,1 (0,94-4,62)	0,068
	Sau 35	16 (13,0)	107 (87,0)		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	12 (48,0)	13 (52,0)	2,1 (0,94-4,62)	<0,001
	Đã có gia đình	18 (11,5)	139 (88,5)		
Trình độ chuyên môn	CĐ trở xuống	8 (14)	49 (86)	0,8 (0,32-1,84)	0,548
	Đại học trở lên	22 (17,6)	103 (82,4)		
Chức vụ	Lãnh đạo, quản lý	3 (11,5)	23 (88,5)	0,6 (0,18-2,23)	0,548
	Nhân viên	27 (17,3)	129 (82,7)		
Vị trí công tác	Hành chính	5 (12,8)	34 (87,2)	0,7 (0,25-1,95)	0,487
	Lâm sàng, CLS	25 (17,5)	118 (82,5)		
Thu nhập/tháng	≤10 triệu	25 (22,3)	87 (77,7)	3,7 (1,36-10,28)	0,007
	> 10 triệu	5 (7,1)	65 (92,9)		

Số liệu Bảng 3.13 cho thấy giới, tuổi, trình độ chuyên môn, chức vụ và vị trí công tác không có sự khác biệt đáng kể trong mức độ gắn kết. Tuy nhiên, tình trạng hôn nhân và thu nhập là hai yếu tố liên quan rõ ràng nhất. Cụ thể, nhân viên y tế (NVYT) có gia đình gắn kết với bệnh viện cao hơn 7,13 lần so với NVYT độc thân, và NVYT có thu nhập cao (≥10 triệu) gắn kết cao hơn 3,74 lần so với những người có thu nhập thấp (<10 triệu).

3.3.2. Yếu tố tổ chức và sự gắn kết của NVYT

Bảng 3.14 *Mối liên quan giữa Yếu tố tổ chức và sự gắn kết của NVYT (n=182)*

TT	Các yếu tố cá nhân		Sự gắn kết		OR (95%CI)	p
			Không (N, %)	(N, %)		
1	Tính chất công việc	Không đồng ý	19 (30,2)	44 (69,8)	4,2 (1,87-9,64)	<0,001
		Đồng ý	11 (9,2)	108 (90,8)		
2	Đào tạo và phát triển	Không đồng ý	19 (26,8)	52 (73,2)	3,3 (1,47-7,50)	0,003
		Đồng ý	11 (9,9)	100 (90,1)		
3	Lãnh đạo	Không đồng ý	17 (32,7)	35 (67,3)	4,4 (1,94-9,88)	<0,001
		Đồng ý	13 (10,0)	117 (90,0)		
4	Thu nhập và công bằng	Không đồng ý	27 (19,4)	112 (80,6)	3,2 (0,92-11,18)	0,055
		Đồng ý	3 (7,0)	40 (93,0)		
5	Khen thưởng và công nhận	Không đồng ý	19 (41,3)	27 (58,7)	8 (3,41-18,73)	<0,001
		Đồng ý	11 (8,1)	125 (91,9)		
6	Đồng nghiệp	Không đồng ý	13 (37,1)	22 (62,9)	4,5 (1,93-10,59)	<0,001
		Đồng ý	17 (11,6)	130 (88,4)		
7	Môi trường làm việc	Không đồng ý	21 (34,4)	40 (65,6)	6,5 (2,76-15,44)	<0,001
		Đồng ý	9 (7,4)	112 (92,6)		

Phân tích cho thấy các yếu tố tổ chức, bao gồm tính chất công việc, đào tạo và phát triển, lãnh đạo, khen thưởng, quan hệ đồng nghiệp và môi trường làm việc, đều ảnh hưởng tích cực đến sự gắn kết của nhân viên y tế (NVYT) với giá trị $p < 0,05$. Tuy nhiên, yếu tố thu nhập và công bằng không đạt ý nghĩa thống kê rõ ràng ($p = 0,055 > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 182 nhân viên y tế tại 16 khoa phòng thuộc Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng. Đa số đối tượng là nữ (64,8%) so với nam (35,2%), phù hợp với xu hướng giới tính trong ngành y [1]. Chỉ 14,3% thuộc nhóm lãnh đạo, quản lý, trong khi 85,7% là nhân viên, phản ánh sự thiếu hụt nhân sự lãnh đạo tại bệnh viện [2]. Thu nhập ≤ 10 triệu đồng chiếm tỷ lệ cao (61,5%), cho thấy nhiều nhân viên có nguy cơ đối mặt với khó khăn tài chính [3]. Về trình độ chuyên môn, 68,7% có trình độ đại học trở lên, cho thấy bệnh viện sở hữu nguồn nhân lực đủ tiềm năng phát triển các kỹ thuật cao [4].

Thực trạng gắn kết của NVYT với BVTTĐN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế (NVYT) gắn kết với bệnh viện ở mức rất cao, với điểm trung bình (ĐTB) tổng thể đạt 4,27, bao gồm cả ba khía cạnh: "Lòng trung thành" (4,20), "Sự nỗ lực và cố gắng" (4,29), và "Niềm tự hào" (4,31). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Hạng tại Bệnh viện Nhân Ái – Bình Phước (2021), với ĐTB chung là 4,07, trong đó: "Lòng trung thành" đạt 4,03; "Sự nỗ lực và cố gắng" đạt 4,09; và "Niềm tự hào" đạt 4,10 [2].

Những số liệu trên phản ánh mức độ gắn kết tích cực của NVYT đối với bệnh viện, với tỷ lệ cao trong tất cả các yếu tố, cho thấy môi trường làm việc của bệnh viện lành mạnh và đầy động lực. Điều này có được nhờ các thay đổi tích cực từ lãnh đạo bệnh viện trong hơn một năm qua, bao gồm: phát huy dân chủ; công khai, minh bạch trong tài chính, công tác cán bộ và tuyển dụng; đảm bảo công bằng trong phân phối thu nhập tăng thêm; tạo cơ hội phát triển bản thân cho mọi cá nhân; và thực hiện tốt công tác khen thưởng, kỷ luật.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới sự gắn kết của NVYT với BVTTĐN

Nghiên cứu cho thấy tình trạng hôn nhân và thu nhập hiện tại là hai yếu tố ảnh hưởng đến sự gắn kết của nhân viên y tế (NVYT) với bệnh viện ($p < 0,05$). Điều này khác với nghiên cứu của Lê Văn Hạng, vốn chỉ xác định thâm niên công tác và chuyên môn là các yếu tố tác động [2]. Trong khi đó, nghiên cứu của Hoàng Quốc Việt chỉ ra rằng giới tính, tuổi, chức vụ, vị trí làm việc và hoàn cảnh gia đình đều có ảnh hưởng đến sự gắn kết của NVYT [4].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng xác định mối liên quan giữa sự gắn kết và sáu yếu tố môi trường bệnh viện, bao gồm: tính chất công việc, đào tạo và phát triển, lãnh đạo, khen thưởng và công nhận, đồng nghiệp, và môi trường làm việc ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Quốc Việt, trong đó tất cả 7 yếu tố (môi trường làm việc, đặc điểm công việc, lãnh đạo, khen thưởng và công nhận, thu nhập và sự công bằng, đồng nghiệp, cơ hội đào tạo và phát triển) đều có tác động [4]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu và tính chất hoạt động đặc thù của từng đơn vị.

5. KẾT LUẬN

Nhân viên y tế tại Bệnh viện Tâm thần Đà Nẵng có mức độ gắn kết cao với tổ chức, với tỷ lệ gắn kết đạt 83,5% và điểm trung bình chung là $4,27 \pm 0,527$. Trong đó, gắn kết vì nỗ lực và cống hiến đạt điểm trung bình cao nhất (4,29), tiếp theo là niềm tự hào (4,31) và lòng trung thành (4,20). Các yếu tố cá nhân như tình trạng hôn nhân và thu nhập hiện tại có mối liên quan đáng kể, trong khi các yếu tố tổ chức như tính chất công việc, lãnh đạo và môi trường làm việc góp phần quan trọng vào việc nâng cao sự gắn kết. Việc tiếp tục cải thiện các yếu tố tổ chức là cần thiết để duy trì và phát triển sự gắn kết này trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Kim Dung (2006). Thang đo ý thức gắn kết đối với tổ chức. Tạp Chí Phát Triển Kinh Tế. 184:50–2.
2. Lê Văn Hạng (2021). Sự gắn kết với tổ chức của nhân viên y tế và các yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Nhân Ái – Bình Phước năm 2021 [Luận văn thạc sĩ].

3.Võ Ngọc Hương (2023). Sự gắn kết của nhân viên y tế tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Long An và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2023 [Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành Tổ chức quản lý y tế, Đại học y tế công cộng].

4.Hoàng Quốc Việt (2019). Sự gắn kết với bệnh viện của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 [Luận văn thạc sĩ, Đại học y tế công cộng].

5.Franco M, Franco S (2017). Organizational commitment in family SMEs and its influence

on contextual performance. Team Perform Management Int J. 2017 Jan 1;23(7/8):364–84.

6.Meyer J, Allen N (1997). Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application. Thousand Oaks, California. Available at: <https://sk.sagepub.com/books/commitment-in-the-workplace>.

7.Meyer JP, Allen NJ (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. Hum Resour Manag Rev. Mar 1;1(1):61–89.

KẾT QUẢ TUÂN THỦ BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2022

COMPLIANCE RESULTS WITH THE SURGICAL SAFETY CHECKLIST AT CHO RAY HOSPITAL IN 2022

✍ NGUYỄN THỊ KIM HIỆP¹, LÊ THANH THỦY TIÊN², ĐẶNG HOÀNG VŨ², TRƯƠNG VĂN CÔNG¹,
ĐỖ MAI THỊ THÚY NGÂN¹, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG¹, TÔN THỊ KIM LOAN¹, NGUYỄN THỊ
GIANG HƯƠNG¹, NGUYỄN VĂN THANH¹, TÔN THANH TRÀ², NGUYỄN THỊ KIM LIÊN²,
PHẠM THỊ THUẬN², NGUYỄN THỊ THƯ HƯƠNG³, NGUYỄN THỊ TUYẾT HẰNG⁴,
DIỆP THỊ MỘNG TUYỀN⁵, TRƯƠNG MINH GIẢNG⁶, PHAN THỊ NGỌC XUYẾN⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả thực hiện tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật trong các ca mổ chương trình tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 236 ca mổ chương trình tại Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức, sử dụng bảng kiểm của WHO kết hợp bộ tiêu chí đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật (Quyết định 7482/QĐ-BYT). Dữ liệu được thu thập qua quan sát trực tiếp và phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ 21 nội dung của bảng kiểm đạt 49,15%. Tỷ lệ tuân thủ theo từng giai đoạn là 81,78% trước khởi mê, 78,81% trước rạch da, và 66,1% trước khi người bệnh rời phòng mổ. Các bước có tỷ lệ tuân thủ thấp gồm đánh giá vấn đề hậu phẫu (51,69%) và thông báo vấn đề đặc biệt của người bệnh (84,32%).

Kết luận: Kết quả cho thấy việc tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật chưa được thực hiện đồng bộ và xuyên suốt trong các ca phẫu thuật. Nhân viên y tế cần được đào tạo liên tục và cải thiện thái độ tuân thủ để nâng cao an toàn phẫu thuật.

Từ khóa: An toàn phẫu thuật, bảng kiểm WHO, tuân thủ, bệnh viện Chợ Rẫy.

ABSTRACT

Objective: To describe the compliance with the surgical safety checklist in elective surgeries at Cho Ray Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 236 elective surgeries in the Department of Anesthesiology and Surgery, using the WHO surgical safety checklist combined with the criteria for assessing surgical safety levels (Decision 7482/QĐ-BYT). Data were collected through direct observation and analyzed using descriptive statistical methods.

Results: The compliance rate for all 21 items in the checklist was 49.15%. Compliance rates for each stage were 81.78% before induction, 78.81% before incision, and 66.1% before the patient left the operating room. Steps with lower compliance rates included postoperative issue evaluation (51.69%) and notification of specific patient issues (84.32%).

Conclusion: The results indicate that compliance with the surgical safety checklist was not consistently or comprehensively implemented during surgeries. Healthcare workers require continuous training and attitude improvement to enhance surgical safety.

Keywords: Surgical safety, WHO checklist, compliance, Cho Ray Hospital.

¹ Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức; ² Phòng Quản lý chất lượng; ³ Khoa Chấn thương sọ não; ⁴ Phòng Kế hoạch tổng hợp; ⁵ Khoa Nội tiêu hóa. ⁶ Khoa Điều trị theo yêu cầu 10B3

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Kim Hiệp, ĐT: 0908883341, email: kimhiepcr@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài phản biện: 06/11/2024

Ngày trả bài phản biện: 10/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 25/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn phẫu thuật là một trong những yếu tố quan trọng nhất trong chăm sóc y tế hiện đại. Bảng kiểm an toàn phẫu thuật (PT) là một công cụ được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phát triển nhằm tăng cường an toàn cho người bệnh, đặc biệt ở ba giai đoạn chính của phẫu thuật: trước khởi mê, trước rạch da, và trước khi người bệnh rời phòng mổ [1,7]. Việc tuân thủ bảng kiểm đã được chứng minh có liên quan đến kết quả phẫu thuật tốt hơn, giảm các biến chứng như nhiễm trùng, sai sót phẫu thuật, và giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật [4,5]. Tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm không đạt 100% trong thực tế đã được báo cáo qua nhiều nghiên cứu. Các lý do chính gồm áp lực về thời gian, sự chủ quan, và thái độ của nhân viên y tế, trong đó yếu tố như số năm kinh nghiệm cao đôi khi lại làm giảm mức độ tuân thủ [3]. Điều này cho thấy sự cần thiết phải đánh giá liên tục và cải thiện việc thực hiện bảng kiểm để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 7482/QĐ-BYT, quy định các tiêu chí đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật nhằm chuẩn hóa quy trình thực hành tại các cơ sở y tế [1]. Là một bệnh viện hạng đặc biệt với quy mô trên 3.000 giường bệnh và thực hiện hơn 25.000 ca phẫu thuật mỗi năm, Bệnh viện Chợ Rẫy đã áp dụng bảng kiểm an toàn phẫu thuật của WHO từ năm 2017 trong thực hành lâm sàng tại Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức. Tuy nhiên, các báo cáo thực tế cho thấy tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm tại đây còn chưa đồng đều, đặc biệt ở các bước phức tạp, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy và đề xuất các biện pháp cải thiện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn vào: Các ca phẫu thuật chương trình tại Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức, từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2022.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các ca phẫu thuật cấp cứu hoặc có dữ liệu không đầy đủ.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022 tại Khoa Phẫu thuật gây mê hồi sức – Bệnh viện Chợ Rẫy.

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

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

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính bằng công thức:

Trong đó:

- n: Số ca phẫu thuật cần quan sát.
- p: Tỷ lệ dự đoán các ca phẫu thuật tuân thủ thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật (ATPT). Theo nghiên cứu của Phạm Thanh Thúy (2020), tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm tại Bệnh viện Chợ Rẫy là p=81,4 [3].
- Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì Z=1,96 (ứng với mức ý nghĩa $\alpha=0,05$).
- d: Sai số ước lượng giữa kết quả nghiên cứu của mẫu và quần thể, được ước tính là d=0,05.

Thay vào công thức ta có n=233. Vậy số mẫu cần quan sát là 233 ca phẫu thuật chương trình.

2.4. Thu thập và phân tích số liệu

Quan sát trực tiếp quá trình thực hiện bảng kiểm và ghi nhận kết quả tuân thủ ở từng bước. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

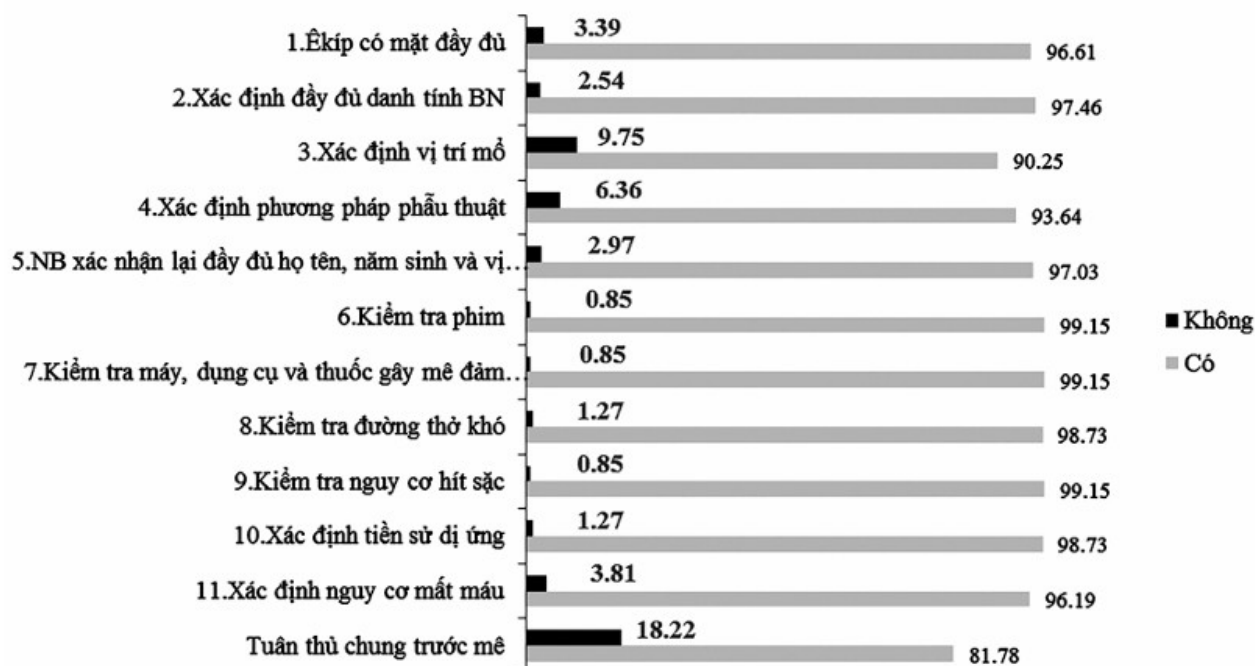
2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng khoa học của bệnh viện. Quá trình nghiên cứu luôn tuân thủ các quy định của nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã khảo sát 236 ca PT chương trình, trong đó 3 loại phẫu thuật thường được thực hiện nhất là ngoại thần kinh, chỉnh hình và ngoại tiêu hóa. Ca phẫu thuật loại đặc biệt có tỷ lệ nhiều nhất với 47,46%, tiếp theo là ca PT loại I với 38,14%.

3.1. Tuân thủ ở giai đoạn trước khởi mê



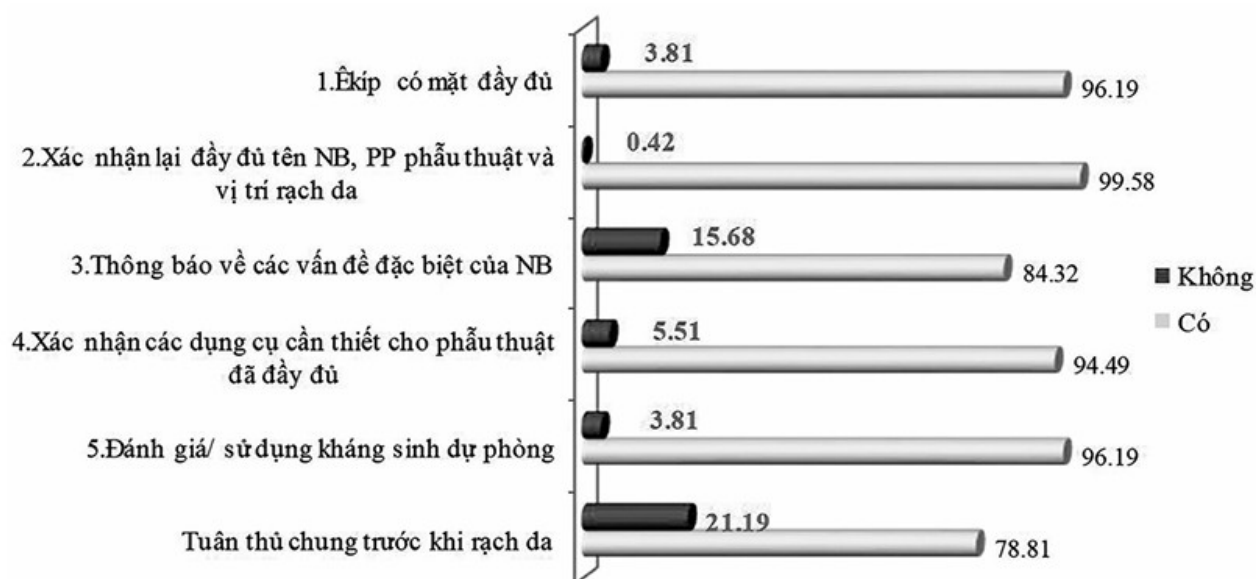
Biểu đồ 3.1: Mức độ tuân thủ an toàn phẫu thuật trước khởi mê

Biểu đồ 3.1 cho thấy mức độ tuân thủ các bước trong bảng kiểm an toàn phẫu thuật trước khởi mê trong đó: các bước đạt tỷ lệ tuân thủ cao bao gồm: Xác nhận đầy đủ danh tính người bệnh đạt tỷ lệ 97,46%, cho thấy đây là bước được thực hiện gần như đồng nhất trong tất cả các ca phẫu thuật; Kiểm tra phim chẩn đoán và máy móc, dụng cụ phẫu thuật đều đạt 99,15%, phản ánh sự chú trọng vào việc chuẩn bị kỹ thuật trước khi tiến hành

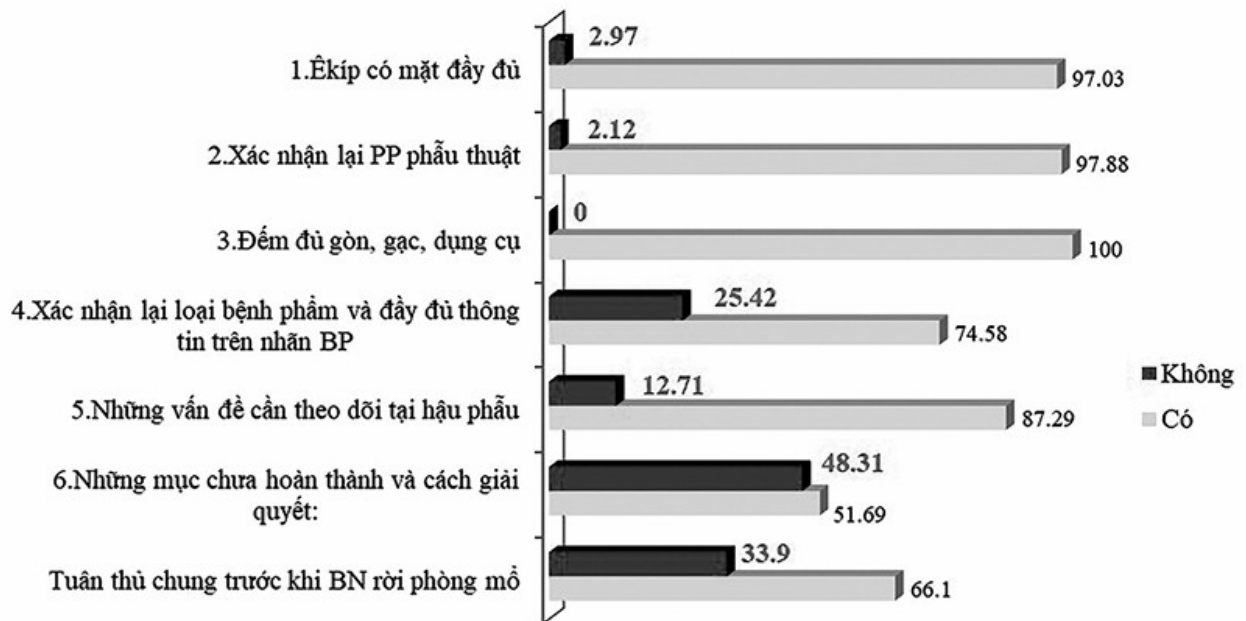
phẫu thuật. Các bước có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn bao gồm: Xác định nguy cơ mất máu đạt 96,19%; Đánh giá tiền sử dị ứng và nguy cơ sặc đạt lần lượt 98,73% và 99,15%, cho thấy một số ít trường hợp vẫn bị bỏ qua.

Tỷ lệ tuân thủ chung trước khởi mê: Tổng hợp các bước, tỷ lệ tuân thủ chung trước khởi mê đạt 81,78%.

3.2.Tuân thủ ở giai đoạn trước khi rạch da



Biểu đồ 3.2: Mức độ tuân thủ an toàn phẫu thuật trước rạch da.



Biểu đồ 3.2 cho thấy mức độ tuân thủ các bước trước rạch da theo bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại có kết quả đáng chú ý sau: Các bước đạt tỷ lệ tuân thủ cao bao gồm: Xác nhận đầy đủ tên người bệnh, phương pháp phẫu thuật và vị trí rạch da đạt tỷ lệ 99,58%, thể hiện sự nghiêm túc trong việc xác nhận các yếu tố cốt lõi trước khi tiến hành phẫu thuật; Kiểm tra dụng cụ phẫu thuật cần thiết và kháng sinh dự phòng đạt 94,49% và 96,19%, cho thấy ê-kíp phẫu thuật đã chú trọng đến việc đảm bảo đầy đủ trang thiết bị và phòng ngừa nhiễm trùng. Các bước có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn bao gồm: Thông báo về các vấn đề đặc biệt của người bệnh chỉ đạt 84,32%, là một trong những bước có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất, phản ánh sự chủ quan hoặc thiếu sự phối hợp trong ê-kíp phẫu thuật. Tỷ lệ tuân thủ chung trước rạch da đạt 78,81%, thấp hơn so với giai đoạn trước khởi mê.

Với 21 nội dung của bảng kiểm an toàn phẫu thuật thì tỷ lệ tuân thủ đủ chỉ là 49,15%; số ca phẫu thuật thực hiện 20/21 nội dung và 19/21 nội dung đạt tỷ lệ lần lượt là: 75,84% và có 88,13%.

Tỷ lệ thực hiện tuân thủ chung các nội dung ATPT trước khi BN rời khỏi phòng phẫu thuật là 66,1%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra các mức độ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật (ATPT) tại Bệnh viện Chợ Rẫy có sự khác biệt giữa các giai đoạn và từng bước thực hiện.

4.1. Giai đoạn trước khởi mê

Tỷ lệ tuân thủ chung trước khởi mê đạt 81,78%, cao nhất trong ba giai đoạn. Các bước quan trọng như xác định danh tính người bệnh (97,46%) và kiểm tra dụng cụ, thiết bị (99,15%) được thực hiện khá tốt. Tuy nhiên, một số bước có tỷ lệ tuân thủ thấp hơn như xác định phương pháp phẫu thuật (93,64%), tương đương 6,36% ca không tuân thủ, kết quả này thấp hơn mức 8% được ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp [2]. Đánh giá nguy cơ mất máu và tiền sử dị ứng đạt tỷ lệ lần lượt là 96,19% và 98,73%), mặc dù đạt mức cao, nhưng cần cải thiện để đảm bảo an toàn tuyệt đối. Những nội dung này đạt tỷ lệ chưa cao có thể do áp lực thời gian hoặc sự chủ quan của nhân viên y tế khi thực hiện các bước mà họ cho rằng "hiển nhiên" hoặc ít nguy cơ [3].

4.2. Giai đoạn trước rạch da

Tỷ lệ tuân thủ chung trước rạch da là 78,81%, thấp hơn so với giai đoạn trước khởi mê. Một số bước có mức độ tuân thủ nổi bật như: Xác nhận đầy đủ tên người bệnh, phương pháp phẫu thuật và vị trí rạch da (99,58%), phản ánh sự chú trọng vào yếu tố cốt lõi. Kiểm tra dụng cụ cần thiết (94,49%) và kháng sinh dự phòng (96,19%) cũng đạt tỷ lệ cao, nhưng thấp hơn kết quả 98,2% của Phạm Thanh Thúy (2020) [3]. Tuy nhiên, nội dung "Thông báo về các vấn đề đặc biệt của người bệnh" chỉ đạt 84,32%, thấp hơn mức 92% của nghiên cứu trước tại Bệnh viện Chợ Rẫy [3]. Nguyên nhân chính có thể là tâm lý ngại thủ tục

hành chính và sự chủ quan khi thực hiện các bước được xem là "không bắt buộc" [3].

4.3. Giai đoạn trước khi người bệnh rời phòng mổ

Giai đoạn này có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất, chỉ đạt 66,1%, đặc biệt, các bước như: Đánh giá vấn đề hậu phẫu chỉ đạt 51,69%, thấp hơn đáng kể so với 95,6% được ghi nhận bởi Phạm Thanh Thúy [3] và Đánh giá các mục chưa hoàn thành và cách giải quyết đạt 87,29%, vẫn thấp hơn kỳ vọng.

Những hạn chế này có thể xuất phát từ áp lực hoàn thành công việc sau phẫu thuật, khi nhân viên y tế ưu tiên các nhiệm vụ khác hơn là hoàn thành bảng kiểm [3]. Nghiên cứu tại Ethiopia của Tadesse B. Melekie (2015) cũng ghi nhận vấn đề tương tự, khi giai đoạn này dễ bị bỏ qua [6].

Tóm lại: Dù tỷ lệ tuân thủ chung đạt mức khá, kết quả cho thấy cần cải thiện đáng kể ở các bước trong giai đoạn trước khi người bệnh rời phòng mổ và các nội dung liên quan đến thông báo vấn đề đặc biệt của người bệnh. Điều này đòi hỏi sự phối hợp tốt hơn giữa các thành viên ê-kíp, cũng như áp dụng các giải pháp thực tiễn để nâng cao chất lượng thực hiện bảng kiểm.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đánh giá tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật (ATPT) tại Bệnh viện Chợ Rẫy, cho kết quả chính như sau: Tỷ lệ tuân thủ chung chưa cao (72,56%), trong đó tỷ lệ tuân thủ các nội dung của giai đoạn trước khởi mê, trước rạch da và trước khi rời phòng mổ có tỷ lệ đạt lần lượt là 81,78%, 78,81% và 66,1%, đặc biệt là bước đánh giá vấn đề hậu phẫu chỉ đạt 51,69%. Các kết quả này cho thấy mức độ thực hiện bảng kiểm còn chưa đồng đều và chưa đạt mức tối ưu. Nhân viên y tế cần cải thiện việc tuân thủ bảng kiểm ATPT một cách toàn diện, đặc biệt trong giai đoạn cuối của quy trình phẫu thuật.

Để thực hiện sự cải thiện tuân thủ ATPT chúng tôi

khuyến nghị: (i) Đào tạo nhân viên y tế: Tăng cường các buổi huấn luyện định kỳ, nhấn mạnh vai trò của từng bước trong bảng kiểm, đặc biệt là các bước có tỷ lệ tuân thủ thấp như đánh giá vấn đề hậu phẫu và thông báo vấn đề đặc biệt của người bệnh; (ii) Ứng dụng công nghệ: Áp dụng bảng kiểm điện tử hoặc tích hợp vào hệ thống quản lý bệnh viện để giám sát và nhắc nhở các bước quan trọng; (iii) tăng cường giám sát: Phân công rõ trách nhiệm cho từng thành viên ê-kíp, đảm bảo mọi bước trong bảng kiểm đều được thực hiện và xác nhận đầy đủ trước khi kết thúc phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2016). Công văn 847/KCB-QLCL về việc tăng cường các biện pháp bảo đảm an toàn phẫu thuật. Hà Nội: Bộ Y tế.
2. Phan Thị Dung và cộng sự (2021). Đánh giá kết quả thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Tạp chí Y học Thực hành, 3(2021), 45-50.
3. Phạm Thanh Thúy (2020). Tuân thủ bảng kiểm an toàn phẫu thuật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Chợ Rẫy và một số yếu tố ảnh hưởng. Tạp chí Điều dưỡng, 4(2020), 36-42.
4. Haynes AB, et al. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine, 360(5), 491-499.
5. Lingard L, et al. (2008). Communication Failures in the Operating Room: An Observational Classification of Recurrent Types and Effects. Quality and Safety in Health Care, 13(5), 330-334.
6. Tadesse B. Melekie, et al. (2015). Compliance with Surgical Safety Checklist Completion in the Operating Room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes, 8(361), 1-6.
7. World Health Organization (2011). Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Geneva: WHO Press.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ QUẢN LÝ ĐAU SAU PHẪU THUẬT TAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

SATISFACTION WITH POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH EAR SURGERY IN OTOLARYNGOLOGY HOSPITAL HO CHI MINH CITY

✍ HUỲNH THỊ DIỆU HƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của người bệnh về quản lý đau sau phẫu thuật tai tại bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang được thực hiện trên 321 người bệnh đang điều trị tại khoa Tai – Tai Thần Kinh, dùng bộ câu hỏi kết quả NB của Hiệp hội Đau Hoa Kỳ (APS-POQ) để thu thập số liệu. Thống kê mô tả của dữ liệu cơ bản bao gồm phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Chi bình phương được sử dụng để phân tích mối quan hệ giữa đặc điểm người bệnh và hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật. Giá trị p là 0,05 được sử dụng làm mức thống kê.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,55 (SD=13,50), trong đó nhóm 36 đến 55 chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,5%; nữ chiếm 69,8%. Trình độ học vấn cao nhất là trung học phổ thông với tỷ lệ 27,7%; nghề nghiệp viên chức phổ biến nhất (33%); người bệnh có tình trạng sức khỏe ASA1 chiếm 55,1%; nhóm phẫu thuật có khoan xương chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,2% và gây mê toàn thân được thực hiện trong 100% trường hợp. 91% người bệnh hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật; các yếu tố như nghề nghiệp, phương pháp phẫu thuật, mức độ đau sau phẫu thuật, thời gian chờ đợi thuốc giảm đau, đau ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày, đau ảnh hưởng đến chức năng cảm xúc, tác dụng phụ và các phương pháp không dùng thuốc có liên quan đến sự hài lòng của người bệnh về quản lý đau sau phẫu thuật ($p<0,05$).

Kết luận: Hầu hết người bệnh (91%) đều hài lòng về quản lý đau sau phẫu thuật. Tuy nhiên, điều dưỡng cần lên kế hoạch cung cấp thuốc giảm đau nhanh chóng, đúng thời gian để giúp người bệnh bớt đau và hài lòng hơn.

Từ khóa: hài lòng, phẫu thuật tai, quản lý đau, bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh.

ABSTRACT

Objectives: To describe patient satisfaction with post-operative pain management following ear surgery at the Otolaryngology Hospital and its related factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 321 patients receiving treatment at the Otology - Neurotology Department. Data were collected using the APS-POQ (American Pain Society Patient Outcome Questionnaire). Descriptive statistics of baseline data included percentages, means, and standard deviations. The Chi-square test was used to analyze relationships between patient characteristics and satisfaction with post-operative pain management. A p-value of 0.05 was considered statistically significant.

Điện thoại: 0909309735, Email: huynhdieuhuong85@yahoo.com

Ngày nhận bài phản biện: 05/11/2024

Ngày trả bài phản biện: 08/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 30/11/2024

Results: Among the 321 patients, the mean age was 45.55 (SD = 13.50), with the age group 36–55 accounting for the highest proportion (50.5%). Females comprised 69.8% of the sample. The highest educational attainment was high school (27.7%), and the most common occupation was office workers (33%). Patients classified as ASA1 constituted 55.1%. The group undergoing surgeries involving bone drilling had the highest proportion (63.2%), and general anesthesia was used in 100% of cases. Overall, 91% of patients were satisfied with post-operative pain management. Factors such as occupation, surgical methods, post-operative pain levels, waiting time for pain relief medication, pain's impact on daily activities and emotional functioning, side effects, and non-pharmacological methods were significantly associated with patient satisfaction regarding post-operative pain management ($p < 0.05$).

Conclusions: The majority of patients (91%) were satisfied with post-operative pain management. However, nurses should plan to provide timely and prompt pain relief to reduce pain and further enhance patient satisfaction.

Key word: satisfaction, ear surgery, pain management, Otolaryngology Hospital Ho Chi Minh City.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật (PT) là một trong những vấn đề quan trọng trong chăm sóc sức khỏe và là mối quan tâm hàng đầu của người bệnh (NB) khi được lên lịch PT [3]. Vì đau gây cảm giác khó chịu, gây lo lắng cho NB và gia đình, ảnh hưởng nhiều đến tâm lý và đời sống [2]

Theo một nghiên cứu của Buli và cộng sự (2022) ở Ethiopia, 76,4% những người tham gia NC đã trải qua ít nhất cơn đau từ nhẹ đến nặng sau PT [7]. Tại Việt Nam, theo NC của tác giả Đào Tiến Thịnh và cộng sự (2019), 64,4% NB trải qua cơn đau từ mức độ vừa đến nặng. Như vậy, giảm đau nói chung cho NB, đặc biệt giảm đau sau PT là nhiệm vụ quan trọng trong thực hành chăm sóc NB [3]. Từ đó giúp NB sớm phục hồi chức năng các cơ quan, tránh biến chứng, tạo tinh thần thoải mái, yên tâm cho NB khi nằm viện [10].

Đánh giá sự hài lòng của NB là một chỉ số quan trọng để đo lường chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Sự hài lòng của NB với việc kiểm soát cơn đau sau PT là kết quả của sự hài lòng với quá trình chăm sóc và kết quả chăm sóc, bao gồm thời gian chờ đợi, cung cấp thông tin, khả năng tiếp cận và chăm sóc [6], [8].

Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM là bệnh viện chuyên khoa cấp 1, điều trị cho hơn 12000 ca mỗi năm [1]. Từ trước đến nay, BV đã có những NC về các yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý NB trước mổ nhưng chưa có NC nào về sự hài lòng của NB về chăm sóc giảm đau sau PT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát một số đặc điểm xã hội, nhân khẩu học và lâm sàng của NB PT tại tại BV Tai Mũi Họng TP.HCM năm 2024

2. Khảo sát mức độ đau của NB sau PT tại

3. Khảo sát mức độ hài lòng của NB về quản lý đau sau PT

4. Xác định mối liên quan giữa sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT và các yếu tố: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng ASA (Phân loại nguy cơ phẫu thuật), phương pháp PT, phương pháp vô cảm, mức độ đau sau PT.

Kết quả NC sẽ giúp nhân viên y tế nhận diện những vấn đề còn thiếu sót mà NB chưa hài lòng, từ đó xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc, đem lại hiệu quả chăm sóc tốt nhất cho NB và giúp NB hài lòng hơn, an tâm hợp tác điều trị.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng NC là NB đã PT tại khoa Tai – Tai Thần Kinh NC từ 01/7/2023 đến 01/07/2024, BV Tai Mũi Họng TP.HCM. Tiêu chuẩn chọn vào là NB từ 18 tuổi trở lên, khả năng nhận thức bình thường, đồng ý tham gia NC. Những NB không biết chữ, NB bị đau mãn tính, không thể giao tiếp bình thường và không hoàn thành bảng câu hỏi được loại khỏi NC.

2.2 Địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Tai – Tai Thần, BV Tai Mũi Họng TP.HCM

2.3 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

p: Tỷ lệ NB hài lòng về chăm sóc giảm đau sau PT, dựa vào kết quả nghiên cứu của Buli và cộng sự[7], chọn $p = 0,745$

Kích thước mẫu tính được là 292. Thêm 10% tỷ lệ không phản hồi, tổng kích thước mẫu là 321 NB.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

Sự hài lòng của NB được chia thành hai nhóm: không hài lòng và hài lòng dựa trên công thức ngưỡng phân định: $(\text{tổng điểm cao nhất} - \text{tổng điểm thấp nhất})/2 + \text{tổng điểm thấp nhất}$ [9]. Theo đó, NB đạt 9 điểm trở lên (3 câu hỏi) được đánh giá là hài lòng, dưới 9 điểm là không hài lòng.

Chúng tôi sử dụng "Bảng câu hỏi kết quả NB của Hiệp hội Đau Hoa Kỳ (APS-POQ)" (Độ tin cậy Cronbach alpha là 0,89) và được sửa đổi để phù hợp với mục tiêu NC [9]. Bảng câu hỏi bao gồm hai phần: phần thứ nhất có 7 câu hỏi liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người tham gia, bao gồm tuổi tác, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng ASA, phương pháp PT, phương pháp vô cảm; phần thứ hai sử dụng khảo sát APS-POQ-R đã sửa đổi bao gồm 11 câu hỏi về trải nghiệm đau của bệnh nhân. Cường độ đau nằm trong khoảng từ 0 đến 10 và được đo dựa trên thang đánh giá cường độ đau dạng số (Numerical rating scale-NRS), trong đó 0 phản ánh không đau, 1–3 nhẹ, 4–6 vừa phải và 7–10 đau dữ dội [14].

2.6 Phân tích dữ liệu: Phân tích dữ kiện bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả của dữ liệu cơ bản bao gồm phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Chi bình phương được sử dụng để phân tích mối quan hệ giữa đặc điểm người bệnh và hài lòng về quản lý đau sau PT. Giá trị $p < 0,05$ được sử dụng làm mức thống kê.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Đề cương NC được thông qua hội đồng khoa học công nghệ của bệnh viện. Đảm bảo an toàn và bảo mật thông tin cho người tham gia. Người tham gia NC được giải thích kỹ về mục tiêu NC, hiểu rõ, đồng ý tự nguyện tham gia NC và ký vào phiếu tham gia NC.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=321)

		Mean±SD	N	(%)
		45,55±13,50		
Tuổi	18 - 35		77	(24,0)
	36 - 55		162	(50,5)
	>55		82	(25,5)
Giới tính	Nam		97	(30,2)
	Nữ		224	(69,8)
Nghề nghiệp	Nông dân		31	(9,7)
	Kinh Doanh		33	(10,3)
	Công nhân		54	(16,8)
	Công nhân viên chức		106	(33,0)
	Khác		97	(30,2)
Trình độ văn hóa	Tiểu học		8	(2,5)
	THCS		45	(14,0)
	THPT		89	(27,7)
	Trung cấp		49	(15,3)
	Cao đẳng		41	(12,8)
	Đại học trở lên		89	(27,7)
Tình trạng ASA (Phân loại nguy cơ phẫu thuật)	ASA 1 (NB khoẻ mạnh)		177	(55,1)
	ASA 2 (NB có bệnh toàn thân nhẹ)		144	(44,9)
Loại phẫu thuật	PT không có khoan xương		118	(36,8)
	PT có khoan xương		203	(63,2)
Phương pháp vô cảm	Gây mê		321	(100)
	Gây tê		0	(0)

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của NB là 45,55 (SD=13,50), trong đó nhóm tuổi từ 36 đến 55 chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,5%. Nữ chiếm 69,8%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Bizuneh và cộng sự năm 2020 (nữ chiếm 66,7%) [5]. Trình độ học vấn cao nhất là trung học phổ thông và từ đại học trở lên với tỷ lệ 27,7%. Nghề nghiệp viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất 33%. Ngoài ra, những người có tình trạng sức khỏe ASA1 chiếm 55,1% mẫu. Về phương pháp PT, nhóm PT có khoan xương chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,2% và gây mê toàn thân được

thực hiện trong 100% trường hợp. Trong khi đó, kết quả khảo sát của Tano và cộng sự có 97,1% NB được gây mê toàn thân [13].

3.2 Mức độ đau của người bệnh sau phẫu thuật tai

Bảng 3.2 Mức độ đau của người bệnh sau phẫu thuật tai (n=321)

Các biến (0-10)	Mean (SD)	Mức độ đau	N(%)
Mức độ đau ít nhất trong 24 giờ đầu	0,85±0,64	Nhẹ	
Mức độ đau nhiều nhất trong 24 giờ đầu	5,90±1,25	Trung bình	
Mức độ đau trung bình trong 24 giờ đầu	3,01±0,89	Trung bình	
Tỉ lệ phần trăm thời gian đau dữ dội trong 24 giờ đầu	10,84 ±10,50		
Đau ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày (0-10)	1,95±2,67	Nhẹ	
Thực hiện các hoạt động trên giường như xoay người, ngồi dậy, đổi tư thế	0,13±0,41		
Thực hiện các hoạt động ngoài giường như đi bộ, ngồi trên ghế, đứng ở bồn rửa tay	0,38±0,77		
Đi vào giấc ngủ	0,91±1,15		
Đang ngủ	0,53±0,87		
Đau ảnh hưởng đến cảm xúc (0-10)	1,19±2,41	Nhẹ	
Lo lắng	0,92±1,05		
Chán nản	0,07±0,58		
Sợ hãi	0,14±0,69		
Bất lực	0,05±0,45		
Tác dụng phụ của điều trị (0-10)	1,25±1,79	Nhẹ	
Buồn nôn	0,2±0,52		
Buồn ngủ	0,02±0,18		
Ngứa	0,09±0,28		
Chóng mặt	0,94±1,21		
Thời gian chờ đợi thuốc giảm đau			
Ít hơn 30 phút			245 (76,3)
30 phút trở lên			76 (23,7)
Sử dụng các phương pháp giảm đau không dùng thuốc			
Có			46 (14,3)
Không			275 (85,7)

Kết quả cho thấy trong 24 giờ đầu tiên sau PT, mức độ đau ít nhất mà NB trải qua có giá trị trung bình là 0,85 ($\pm 0,64$) và mức độ đau tối thiểu có giá trị trung bình là 5,90 ($\pm 1,25$). Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Subramanian và cộng sự năm 2016 với cơn đau tối thiểu nhất được báo cáo là 9,41 $\pm 0,64$ và cơn đau nhẹ nhất là 5,54 $\pm 0,89$ [12]. Bên cạnh đó, trong 24 giờ đầu, NB có mức độ đau trung bình trung bình là 3,01 ($\pm 0,89$). Kết quả này cũng thấp hơn kết quả của Siu và cộng sự năm 2019, với giá trị trung bình là 3,8 $\pm 1,9$ [11]. Nhóm PT có khoan xương chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,2 %. Điều này có thể được giải thích là do đặc điểm NB khác nhau, tiêu chuẩn lấy mẫu khác nhau và phương pháp PT khác nhau sẽ có mức độ đau khác nhau. NB trải qua PT tai có khoan xương trong quá trình PT thường bị đau tai nhiều sau PT.

3.3 Các phương pháp giảm đau không dùng thuốc

Bảng 3.3 Các phương pháp giảm đau không dùng thuốc (n=46)

Hoạt động	N	(%)	Hoạt động	N	(%)
Chườm lạnh	0	(0,0)	Dùng nhiệt	0	(0,0)
Thiền	0	(0,0)	Thư giãn	6	(13,0)
Hít thở sâu	1	(2,1)	Xoa bóp	17	(37,0)
Nghe nhạc	14	(30,4)	Đi bộ	1	(2,1)
Các hoạt động làm quên cảm giác đau (như xem tivi, đọc sách)	41	(89,1)	Hình ảnh hoặc hình ảnh trực quan hóa	29	(63,0)
Cầu nguyện	1	(2,1)	Khác	2	(4,3)

Bảng 3.3 chỉ ra rằng trong số các phương pháp không dùng thuốc, các hoạt động làm quên cảm giác đau (như xem tivi, đọc sách) được NB sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 89,1%, tiếp theo là Hình ảnh hoặc hình ảnh trực quan hóa 63,0%, xoa bóp 37% và nghe nhạc 30,4%.

3.4 Mức độ hài lòng của người bệnh

Bảng 3.4 Mức độ hài lòng của người bệnh (n = 321)

	N	(%)
Hài lòng	292	91,0
Không hài lòng	29	9,0

Kết quả có 91% (292 NB) người tham gia hài lòng với việc kiểm soát cơn đau sau PT. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu do Buli và cộng sự thực hiện năm 2022 với tỷ lệ hài lòng là 74,5% [7]. Kết quả này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của Belay và cộng sự năm 2020 (72,2%) [5], Tawil và cộng sự năm 2018 (85%) [13] nhưng

thấp hơn kết quả nghiên cứu của Tano và cộng sự năm 2022 (97,1%) [14]. Điều này có thể do các đặc điểm NB khác nhau và tiêu chuẩn lấy mẫu khác nhau, do đó sự hài lòng về quản lý đau sau PT cũng khác nhau.

3.5 Liên quan giữa sự hài lòng của NB với các biến định tính

Bảng 3.5 Liên quan giữa sự hài lòng của NB với các biến định tính

		Không hài lòng (N=29)	Hài lòng (N=292)	p
Tuổi	18-35	8 (10,4)	69 (89,6)	0,157
	36-55	10 (6,2)	152 (93,8)	
	>55	11 (13,4)	71 (86,6)	
Giới tính	Nam	8 (8,2)	89 (91,8)	0,746
	Nữ	21 (9,4)	203 (90,6)	
Trình độ văn hóa	Tiểu học	1 (12,5)	7 (87,5)	0,464
	THCS	7 (15,6)	38 (84,4)	
	THPT	7 (7,9)	82 (92,1)	
	Trung cấp	4 (8,2)	45 (91,8)	
	Cao đẳng	5 (12,2)	36 (87,8)	
	Đại học trở lên	5 (5,6)	84 (94,4)	
Nghề nghiệp	Nông dân	6 (19,4)	25 (80,6)	0,043*
	Kinh Doanh	0 (0)	33 (100)	
	Công nhân	4 (7,4)	50 (93,4)	
	Công nhân viên chức	7 (6,6)	99 (93,4)	
	Khác	12 (12,4)	85 (87,6)	
Tình trạng ASA	ASA 1	12 (6,8)	165 (93,2)	0,118
	ASA 2	17 (11,8)	127 (88,2)	
Loại phẫu thuật	PT không có khoan xương	6 (5,1)	112 (94,9)	0.026*
	PT có khoan xương	23 (11,3)	180 (88,7)	
Thời gian chờ đợi thuốc giảm đau	Ít hơn 30 phút	3 (1,2)	242 (98,8)	<0,001*
	30 phút trở lên	26 (34,2)	50 (65,8)	
Sử dụng phương pháp giảm đau không dùng thuốc	Có	16 (34,8)	30 (65,2)	<0,001*
		13 (4,7)	262 (95,3)	

Trong bảng 3.5, Chi bình phương được sử dụng và kết quả phân tích cho thấy nghề nghiệp, phương pháp PT và phương pháp giảm đau không dùng thuốc có liên quan với sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở Việt Nam của Lan và cộng sự năm 2019. Nhưng kết quả này lại không tương xứng với phát hiện của Tano và cộng sự, trong đó giá trị $p > 0,05$ [13]. Mặc dù tất cả NB đều được PT tại giống nhau nhưng các phương pháp PT khác nhau sẽ dẫn đến mức độ hồi phục và sự hài lòng khác nhau ở mỗi NB.

Sự hài lòng NB về quản lý đau sau PT có liên quan đến thời gian chờ đợi dùng thuốc giảm đau ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở Lebanon của Tawil và cộng sự [14], tương đồng với nghiên cứu ở Ethiopia của Buli và cộng sự [7]. Khi thuốc giảm đau được cung cấp đầy đủ và kịp thời, cơn đau dữ dội của NB sẽ nhanh chóng giảm

bớt và sự hài lòng của NB sẽ tăng lên.

Các yếu tố như tuổi, giới tính, trình độ học vấn không liên quan đến sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT ($p > 0,05$). Kết quả tương tự trong các nghiên cứu do Buli và cộng sự [7], Tano và cộng sự [13] thực hiện. Tuy nhiên, một nghiên cứu được thực hiện bởi Tawil và cộng sự (2018) đã chứng minh rằng các nhóm tuổi có liên quan đến sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT. Những người lớn tuổi có mức độ hài lòng cao hơn so với những người ở nhóm trung niên [14]. Ngoài ra, kết quả NC của Subramanian và cộng sự cho thấy những người tham gia là nữ hài lòng hơn so với nam và những cá nhân có trình độ học vấn thấp hơn có mức độ hài lòng cao hơn [12]. Theo như trên, tùy theo đặc điểm của NB mà tiêu chuẩn chọn mẫu và phương pháp PT khác nhau sẽ có mức độ đau khác nhau.

3.6 Mối quan hệ giữa sự hài lòng của NB với các biến định lượng

Bảng 3.6 Mối quan hệ giữa sự hài lòng của NB với các biến định lượng

	Không hài lòng (N=29)	Hài lòng (N=292)	F	p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
Mức độ đau ít nhất trong 24 giờ đầu	1,59 $\pm$ 0,87	0,77 $\pm$ 0,57	47,81	<0,001*
Mức độ đau nhiều nhất trong 24 giờ đầu	7,14 $\pm$ 1,30	5,77 $\pm$ 1,18	34,59	<0,001*
Mức độ đau trung bình trong 24 giờ đầu	4,03 $\pm$ 1,12	2,91 $\pm$ 0,80	48,14	<0,001*
Tỉ lệ phần trăm thời gian đau dữ dội trong 24 giờ đầu	23,10 $\pm$ 13,65	9,62 $\pm$ 9,32	50,17	<0,001*
Đau ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày (0-10)	4,66 $\pm$ 4,05	1,68 $\pm$ 2,33	36,66	<0,001*
Đau ảnh hưởng đến cảm xúc (0-10)	2,66 $\pm$ 4,87	1,05 $\pm$ 1,96	12,17	0,001*
Tác dụng phụ của điều trị (0-10)	2,79 $\pm$ 2,43	1,10 $\pm$ 1,64	25,67	<0,001*

Trong bảng 3.6, Chi bình phương được sử dụng và kết quả phân tích cho thấy sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT có liên quan đến mức độ đau ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở Ethiopia của Belay và cộng sự [5], Buli và cộng sự [7]. Mỗi người đều có mức độ hài lòng khác nhau, nên việc bộc lộ nỗi đau của mỗi người sẽ ảnh hưởng đến sự hài lòng. Đó là lý do tại sao cần quản lý cơn đau để giúp NB bớt đau và hài lòng hơn.

Kết quả nghiên cứu phát hiện mối liên quan giữa sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT và sự ảnh hưởng của cơn đau trong các hoạt động hàng ngày (trên giường, ra khỏi giường, chìm vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ), sự ảnh hưởng của cơn đau đối với chức năng cảm xúc (lo lắng, chán nản, sợ hãi, bất lực), tác

dụng phụ (buồn nôn, ngứa, chóng mặt) ($p < 0,05$). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu tại Ghana của Tano và cộng sự với $p > 0,05$ [13]. Có thể giải thích rằng các tiêu chuẩn mẫu và phương pháp PT khác nhau sẽ gây ra sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT khác nhau dựa trên đặc điểm của NB.

4. KẾT LUẬN

Sau khi khảo sát 321 NB, 91% người tham gia hài lòng về quản lý đau sau PT. Mặc dù NB bị đau từ nhẹ đến trung bình sau PT (cơn đau nặng nhất với trung bình 5,90 (SD $\pm$ 1,25)) nhưng hầu hết NB đều hài lòng về quản lý đau sau PT.

Trong nghiên cứu này, nghề nghiệp, phương

pháp PT, mức độ đau sau PT, thời gian chờ đợi thuốc giảm đau, mức độ đau ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày (trên giường, ra khỏi giường, ngủ, duy trì giấc ngủ), mức độ đau đối với chức năng cảm xúc (lo lắng, trầm cảm, sợ hãi, bất lực), tác dụng phụ (buồn nôn, ngứa, chóng mặt) và các phương pháp không dùng thuốc có liên quan đến sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT ($p < 0,05$). Và tuổi tác, giới tính, trình độ học vấn và tình trạng ASA không liên quan đến sự hài lòng của NB về quản lý đau sau PT ($p > 0,05$).

Đau là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của NB. Khi cơn đau tăng lên, sự hài lòng của NB sẽ giảm đi. Và nếu thời gian chờ thuốc giảm đau quá 30 phút thì sự hài lòng sẽ giảm đi. Vì vậy, điều dưỡng cần lên kế hoạch cung cấp thuốc giảm đau nhanh chóng, đúng thời gian để giúp NB bớt đau và hài lòng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh (2015), "Báo cáo 5 năm thực hiện 2011-2015", trang 10 – 14.
2. Bộ Y Tế (2017), "Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới", Nhà xuất bản Lao động, trang 24 - 33
3. Đào Tiến Thịnh, Đoàn Thị Nga, Phùng Văn Lợi, "Đánh giá đau và các yếu tố ảnh hưởng đến đau của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại khoa Ngoại Tổng Hợp, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2017", Tạp chí Điều dưỡng số 28, trang 112-117
4. Lê Thị Cẩm Lan, Đỗ Ngọc Thúy An, Trần Thị Kim Ngọc (2019), " Sự hài lòng NB về chăm sóc đau sau phẫu thuật của điều dưỡng khoa Ngoại, bệnh viện đa khoa Sài Gòn năm 2019", Tạp chí Điều dưỡng số 29, trang 55-61
5. Belay Bizuneh, Y., Fitiwi Lema, G., Yilkal Fentie, D., Woldegerima Berhe, Y., & Enyew Ashagrie, H. (2020). Assessment of Patient's Satisfaction and Associated Factors regarding Postoperative Pain Management at the University of Gondar Compressive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain Res Manag*, 2020, 8834807. <https://doi.org/10.1155/2020/8834807>
6. Bozimowski, G. (2012). Patient perceptions of pain management therapy: a comparison of real-time assessment of patient education and satisfaction and registered nurse perceptions.

Pain Manag Nurs, 13(4), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.04.004>

7. Buli, B., Gashaw, A., Gebeyehu, G., Abrar, M., & Gerbessa, B. (2022). Patient satisfaction with post-operative pain management and associated factors among surgical patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital: Cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*, 79, 104087. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104087>

8. Glenn, C., McMichael, A., & Feldman, S. R. (2012). Measuring Patient Satisfaction Changes Patient Satisfaction. *J Dermatolog Treat*. <https://doi.org/10.3109/09546634.2011.666883>

9. Gordon, D. B., Polomano, R. C., Pellino, T. A., Turk, D. C., McCracken, L. M., Sherwood, G., Paice, J. A., Wallace, M. S., Strassels, S. A., & Farrar, J. T. (2010). Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults: preliminary psychometric evaluation. *J Pain*, 11(11), 1172-1186. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.02.012>

10. Pediatric Anesthesia. (2012). Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management. In

11. Siu, E., Quick, J. S., Xu, X., Correll, D. J. J. A., & Analgesia. (2019). Evaluation of the determinants of satisfaction with postoperative pain control after thoracoscopic surgery: a single-center, survey-based study. 128(3), 555-562

12. Subramanian, P., Ramasamy, S., Ng, K. H., Chinna, K., & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International journal of nursing practice*, 22(3), 232–238. <https://doi.org/10.1111/ijn.12363>

13. Tano, P. F., Apiribu, F., Tano, E. K., Boamah Mensah, A. B., Dzomeku, V. M., & Boateng, I. (2021). Predicting factors that determine patients' satisfaction with post-operative pain management following abdominal surgeries at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *PloS one*, 16(5), e0251979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251979>

14. Tawil, S., Iskandar, K., & Salameh, P. J. P. P. (2018). Pain management in hospitals: patients' satisfaction and related barriers. 16(3)

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT BƠM XI MĂNG TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC, THẮT LUNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER VERTEBROPLASTY FOR
THORACIC AND LUMBAR VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES AT VIET DUC
UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ THANH HẰNG¹, NGUYỄN PHƯƠNG HỒNG², LÊ XUÂN ĐẠI², ĐỖ QUANG TUYẾN³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh trước khi bơm, trước khi ra viện và một tháng sau phẫu thuật bơm Xi măng tạo hình thân đốt sống tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024; Phân tích một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh sau 1 tháng phẫu thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống.

Phương pháp: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả tiến cứu. Số liệu được thu thập thông qua 4 bộ câu hỏi gồm bộ câu hỏi về đặc điểm người bệnh, điểm VAS, mức độ lo âu tại bệnh viện, và CLCS tại 3 thời điểm khác nhau: trước khi bơm, trước khi ra viện và sau ra viện 1 tháng trên 286 người bệnh tại khoa Phẫu thuật cột sống- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 02 đến tháng 08/2024.

Kết quả: Điểm CLCS trước khi bơm là 0,535 (0,11), trước khi ra viện là 0,684 (0,09), và sau ra viện 1 tháng là 0,709 (0,09). Kết quả phân tích đa biến chỉ ra tuổi, thu nhập, số người sống cùng, vị trí đốt sống bị tổn thương, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước khi ra viện, và điểm đau trước khi bơm đã tiên lượng 25,7% chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong đó nghề nghiệp, thu nhập, số người sống cùng, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước phẫu thuật, và điểm đau trước khi bơm là những biến tiên lượng độc lập đến CLCS của người bệnh ($p < 0,005$).

Kết luận: Điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật được cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật (điểm EQ-5D trung bình trước phẫu thuật là 0,535, tăng lên 0,684 trước khi xuất viện và đạt 0,709 sau xuất viện một tháng ($\pm 0,09$). Để nâng cao hơn nữa CLCS của NB cần: cải tiến các quy trình kỹ thuật để rút ngắn thời gian phẫu thuật; áp dụng phương pháp giảm đau hiệu quả hơn; tăng cường hỗ trợ tâm lý và xã hội như xây dựng các chương trình hỗ trợ cho bệnh nhân, đặc biệt với những người có thu nhập thấp hoặc ít người sống cùng.

Từ khóa: Bơm xi măng tạo hình đốt sống, Chất lượng cuộc sống, điểm VAS, lo âu, bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

ABSTRACT

Objectives: To describe the quality of life (QoL) of patients before vertebroplasty, before discharge, and one month after undergoing vertebral body cement augmentation surgery at Viet Duc University Hospital in 2024; and to analyze factors associated with patients' QoL one month post-surgery.

Methods: A descriptive prospective design was applied. Data were collected using four questionnaires: demographic data, Visual Analog Scale (VAS) for pain, the hospital anxiety scale, and the EQ-5D for quality of

¹ Bệnh viện Việt Đức, ² Bệnh viện Vinmec Times City, ³ Trường Đại Học Thăng Long.

Ngày nhận bài phản biện: 17/11/2024

Ngày trả bài phản biện: 20/11/2024

Ngày chấp thuận đăng bài: 31/11/2024

life at three different time points: before vertebroplasty, before discharge, and one month after discharge. A total of 286 patients from the Spinal Surgery Department of Viet Duc University Hospital participated in the study, conducted from February to August 2024.

Results: The mean QoL score before vertebroplasty was 0.535 (± 0.11), increasing to 0.684 (± 0.09) before discharge, and further improving to 0.709 (± 0.09) one month after discharge. Multivariate analysis revealed that factors such as age, income, the number of cohabiting individuals, the location of the affected vertebrae, surgery duration, pain management methods before discharge, and pre-procedure pain scores accounted for 25.7% of the variance in patients' QoL. Among these, occupation, income, the number of cohabiting individuals, surgery duration, pre-surgery pain management methods, and pre-procedure pain scores were identified as independent predictors of QoL ($p < 0.005$).

Conclusions: Patients' QoL significantly improved after surgery compared to before the procedure. The mean EQ-5D score rose from 0.535 before surgery to 0.684 before discharge and 0.709 one-month post-surgery. To further enhance patients' QoL, it is recommended to improve surgical techniques to reduce operation time; implement more effective pain management strategies; and strengthen psychological and social support programs, particularly for patients with low income or limited social support networks.

Keywords: Vertebroplasty, quality of life, VAS score, anxiety, Viet Duc University Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp đốt sống hay lún đốt sống là tình trạng thân đốt sống không giữ được chiều cao vốn có, gây tổn thương vùng cột sống và những cơn đau dữ dội cho người bệnh [5]. Loãng xương là nguyên nhân chính gây xẹp đốt sống, và là 1 bệnh phổ biến về xương khớp gây ảnh hưởng đến 33% phụ nữ và 20% nam giới trên 50 tuổi trên toàn thế giới [6]. Với sự già hóa nhanh chóng của dân số trên toàn thế giới và những thay đổi trong thói quen sinh hoạt, tỷ lệ mắc bệnh loãng xương đã tăng lên đáng kể, và loãng xương được coi là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng [2]. Cho đến nay, điều trị bảo tồn cho những người bệnh lún xẹp đốt sống có loãng xương là bất động tại chỗ, dùng thuốc giảm đau, mặc áo nẹp và điều trị loãng xương. Tuy nhiên người cao tuổi nằm bất động lâu sẽ lại dẫn đến các biến chứng như loét vùng tỳ đè, viêm phổi, viêm đường tiết niệu, viêm tắc tĩnh mạch, loãng xương gia tăng... và tỷ lệ liền xương rất thấp. Bơm xi măng cột sống là phương pháp được chỉ định trong điều trị tình trạng lún xẹp đốt sống, giúp giảm đau nhanh chóng, tăng chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh (NB) [1].

CLCS là nhận thức của mỗi cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống trong bối cảnh văn hóa, xã hội và môi trường cụ thể. Đặc biệt là chất lượng cuộc sống của người bệnh sau bơm xi-măng thường rất ít được chú ý tại Việt Nam, cũng như là bệnh viện Việt Đức. Thêm vào đó, hiện tại trên

lâm sàng đang sử dụng 1 số bộ công cụ để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh như SF-36, EuroQOL-5 (EQ-5D). Tuy nhiên bộ công cụ SF36 hiện nay đang sử dụng tại Việt Nam thường dùng chung cho tất cả người bệnh ở các bệnh khác nhau. Đây cũng là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam cũng như tại bệnh viện Việt Đức sử dụng bộ công cụ EQ-5D phiên bản tiếng việt trên người bệnh sau bơm xi măng hình thân đốt sống. Do vậy chúng tôi làm đề tài "Chất lượng cuộc sống của người bệnh trước và sau phẫu thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống ngực, thắt lưng tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2024" với hai mục tiêu: (1) Mô tả CLCS của người bệnh trước và hai thời điểm trước khi ra viện và một tháng sau phẫu thuật bơm Xi măng tạo hình thân đốt sống tại Khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2024; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến CLCS của NB sau 1 tháng phẫu thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB phẫu thuật bơm xi măng tạo hình đốt sống, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn: có chỉ định phẫu thuật bơm xi măng tạo hình đốt sống ngực, thắt lưng; NB trên 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: xảy ra biến chứng nặng trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Địa điểm.

Tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu được áp dụng trong nghiên cứu này

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ 286 NB theo phương pháp thuận tiện

2.5. Bộ công cụ sử dụng trong nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng 04 bộ câu hỏi, bao gồm: (1) bộ câu hỏi về thông tin NB, được xây dựng bởi nhóm tác giả, bao gồm 15 câu hỏi như tuổi, giới tính, số ngày nằm viện, nơi cư trú, ...; (2) bộ câu hỏi đánh giá điểm đau VAS được xây dựng bởi Hayes và Patterson (1921), điểm đau từ mức 0 (không đau) đến 10 (rất đau); (3) bộ câu hỏi đánh giá mức độ lo âu tại bệnh viện, được xây dựng bởi Bộ câu hỏi về lo âu tại bệnh viện được xây dựng bởi Zigmond và Snaith năm 1983 [10] gồm 7 câu hỏi, mỗi câu hỏi theo thang điểm likert từ mức 0 đến mức 3. Do vậy thang điểm range từ 0 đến 21 điểm. Điểm càng cao thì mức độ lo âu. Chia ra làm 3 mức độ từ 0-7 điểm (bình thường), từ 8-10 điểm (có thể có triệu chứng lo âu), từ 11-21 điểm (bị lo âu); (4) bộ câu hỏi về CLCS (EQ-5D) được xây dựng bởi do Hiệp hội khoa học Châu Âu, gồm 5 câu hỏi về các lĩnh vực đi lại, tự chăm sóc, hoạt động hàng ngày, đau đớn/khó chịu, lo lắng/buồn phiền. Mỗi khía cạnh có 5 mức độ ảnh hưởng do tình trạng bệnh gây ra từ mức 1 (Không ảnh hưởng); đến mức 5 (Ảnh hưởng rất nhiều/không thể làm được). Điểm CLCS từ -0.5115 tới 1 [7].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 25.0. Thống kê mô tả, Pearson correlation, ANOVA, hồi quy đa biến sẽ được dùng trong nghiên cứu này dùng để phân tích mối quan hệ giữa CLCS với 1 số yếu tố liên quan.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng 286 NB đã tham gia vào nghiên cứu, đa số NB là nữ giới (80,8%), có độ tuổi trung bình là 70,4 (9,9) tuổi, 45,8% NB có nghề nghiệp là

nông dân/công nhân. 99,3% số người bệnh được sự hỗ trợ trong thời gian nằm viện. Với mức thu nhập trung bình là 8,1 triệu VND/tháng (chi tiết bảng 1).

Bảng 3.1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=286).

Biến	Tần suất	Tỷ lệ %
Tuổi Min: 40 Max: 95 Giá trị trung bình (SD): 70,4 (9,9)		
Giới tính		
Nam	55	19,2
Nữ	231	80,8
Nơi cư trú		
Thành phố/thị xã	92	32,2
Nông thôn/miền núi	194	67,7
Nghề nghiệp		
Nông dân/công nhân	131	45,8
Công chức/Viên chức	10	3,5
Tự do	33	11,5
Khác	112	39,2
Tình trạng hôn nhân		
Đã kết hôn	286	100
Ly hôn	0	0
Chưa kết hôn	0	0
Hỗ trợ khi nằm viện		
Có	284	99,3
Không	2	0,7
Thu nhập (triệu VND) Min: 2 Max: 20 Giá trị trung bình (SD): 8,1 (3,6)		
Số người sống cùng Min: 1 Max: 7 Giá trị trung bình (SD): 3,6 (1,2)		

3.2. Sự thay đổi điểm đau VAS, mức độ lo âu, và chất lượng cuộc sống.

Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh trước khi bơm thấp nhất là 0,112 điểm, cao nhất là 0,855 điểm, điểm trung bình là 0,564 (0,09). Có sự thay đổi về điểm CLCS có ý nghĩa thống kê giữa trước khi bơm xi măng với trước khi ra viện, và sau khi ra viện 1 tháng ($p < 0,0001$). Tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê giữa trước khi ra viện và sau khi ra viện 1 tháng (0.99) (chi tiết bảng 2).

Bảng 3.2. Sự thay đổi điểm VAS, mức độ lo âu, và chất lượng cuộc sống, của người bệnh phẫu thuật bơm xi măng tạo hình đốt sống (n=286).

Biến	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Điểm TB (SD)	Điểm chênh lệch TB (SD)	Giá trị p
Điểm đau trước khi bơm (1)	7	9	7,4 (0,6)	(1)-(2) 3,3 (0,7)	<0,0001
Điểm đau trước khi ra viện (2)	1	7	4,2 (0,9)	(2)-(3) 2,8 (0,9)	<0,0001
Điểm đau trước khi ra viện (3)	0	5	1,3 (0,5)	(1)-(3) 6,2 (0,6)	<0,0001
Điểm lo âu trước khi bơm (1)	4	16	6,1 (1,9)	(1)-(2) 1,5 (2,3)	<0,0001
Điểm lo âu trước ra viện (2)	2	11	4,5 (1,5)	(2)-(3) 3,1 (1,5)	<0,0001
Điểm lo âu sau ra viện 1 tháng (3)	2	6	3,0 (0,8)	(1)-(3) 1,5 (1,5)	<0,0001
Điểm QoL trước khi bơm (1)	0,112	0,855	0,535 (0,11)	(1)-(2) - 0,149 (0,07)	<0,0001
Điểm QoL trước ra viện (2)	0,232	0,975	0,684 (0,09)	(2)-(3) - 0,025 (0,03)	<0,0001
Điểm QoL sau ra viện 1 tháng (3)	0,257	1	0,709 (0,09)	(1)-(3) - 0,174 (0,07)	0.99

Ghi chú: QoL, chất lượng cuộc sống; SD, độ lệch chuẩn; TB, trung bình.

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau 1 tháng ra viện

Kết quả phân tích đa biến chỉ ra các biến độc lập gồm tuổi, thu nhập, số người sống cùng, vị trí đốt sống bị tổn thương, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước khi ra viện, và điểm đau trước khi bơm đã tiên lượng 25,7% chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong đó, nghề

nghiệp, thu nhập, số người sống cùng, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước phẫu thuật, và điểm đau trước khi bơm là những biến tiên lượng độc lập đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ($p < 0,005$). Trong khi đó, không có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, vị trí đốt sống bị tổn thương trong mô hình phân tích hồi quy đa biến (chi tiết tại bảng 3).

Bảng 3.3. Phân tích đa biến giữa chất lượng cuộc sống của người bệnh sau 1 tháng phẫu thuật bơm xi măng tạo hình đốt sống và một số yếu tố liên quan (n=286)

Biến	Hệ số tuyến tính tiêu chuẩn (Beta)	SE	Giá trị t	Giá trị p
Hằng số	-	0,1	10,61	<0,001
Tuổi	-0.013	0,001	-0,23	0,81
Nghề nghiệp	-0,125	0,003	-2,34	0,02
Thu nhập	0,158	0,001	2,88	0,004
Số người sống cùng	-0,11	0,004	-2,03	0,043
Vị trí đốt sống bị tổn thương	-0,03	0,009	-0,54	0,593
Thời gian phẫu thuật	-0,12	0,011	-2,08	0,038
Phương pháp giảm đau trước khi ra viện	0,13	0,012	1,99	0,047
Điểm đau trước khi bơm	-0,28	0,01	-4,31	<0,001

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về tình trạng đau của NB, mức độ lo âu, và CLCS của NB tại các thời điểm trước khi bơm xi măng, trước khi ra viện, và sau khi ra viện 1 tháng. Thêm vào đó, phân tích đa biến chỉ ra các yếu tố gồm tuổi, nghề nghiệp, thu nhập, số người sống cùng, vị trí đốt sống bị tổn thương, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước khi ra viện và điểm đau trước khi bơm đã tiên lượng 25,7% CLCS của NB. Điều này có thể giải thích bằng một số nghiên cứu trước đã chỉ ra nghề nghiệp đóng một vai trò quan trọng như sử dụng quá nhiều lực ở lưng để nâng hay di chuyển các vật nặng, thiếu vận động, lặp đi lặp lại các chuyển động (đặc biệt là vận, xoay cột sống). Nhiều ngành nghề đòi hỏi mức độ lao động nặng như lái xe, nhân viên văn phòng, công nhân xây dựng, công nhân nhà máy... rất dễ bị bệnh về cột sống [9]. Trong nghiên cứu này có đến 45,8% NB làm công nhân/nông nhân, đây là những ngành nghề đòi hỏi dùng nhiều sức lực, hoặc đứng, ngồi lâu tại các công xưởng cũng dễ gây nên bệnh. Do vậy, các nhà sử dụng lao động cần có những chính sách, chế độ giúp cho người lao động không phải ngồi lâu, phân bổ sức lao động cho phù hợp. Nghiên cứu trước của Teoli (2023) cũng chỉ ra, thu nhập liên quan mạnh tới CLCS và có thể ảnh hưởng nhiều khía cạnh của cuộc sống, bao gồm: (1) sức khỏe, mọi người cần một mức thu nhập nhất định để đủ khả năng mua thực phẩm, nhà ở chất lượng và các nhu cầu cơ bản khác cho một cuộc sống khỏe mạnh. Sự ổn định kinh tế cũng có thể dẫn đến sức

khỏe tốt hơn; (2) Sự hài lòng trong công việc, sự hài lòng trong công việc là một thành phần quan trọng của chất lượng cuộc sống và có thể ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh khác của cuộc sống; (3) Không còn lo lắng, nhiều tiền hơn thường có nghĩa là thoải mái hơn và không còn nhiều lo lắng; (4) Sự lạc quan: Nhiều tiền hơn thường có thể dẫn đến triển vọng lạc quan cho tương lai [8].

Nghiên cứu này chỉ ra số người sống cùng là một yếu tố tiên lượng độc lập đến CLCS, điều này cũng tương tự với nghiên cứu của Brown và Brown (2014) đã chỉ ra, Quy mô gia đình có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của các thành viên theo nhiều cách, như giáo dục (các gia đình nhỏ hơn có thể tiếp cận giáo dục tốt hơn), thu nhập (các gia đình nhỏ hơn có thể có thu nhập cao hơn), sức khỏe (các gia đình nhỏ hơn có thể có sức khỏe tốt hơn); tình trạng kinh tế (các gia đình nhỏ hơn có thể có tình trạng kinh tế tốt hơn) [4]. Hơn thế nữa, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau, và điểm đau cũng là những yếu tố tiên lượng độc lập đến CLCS của NB. Tác giả Azizabadi và Assari (2010) đã chỉ ra kiểm soát đau rất quan trọng và ảnh hưởng lớn tới CLCS của NB. Đau dai dẳng và không kiểm soát được có thể có tác động bất lợi và xấu đi đến cuộc sống của bệnh nhân. Nó gây ra lo lắng và tiêu cực về mặt cảm xúc; làm suy yếu sức khỏe; cản trở khả năng hoạt động; và cản trở khả năng hoàn thành các vai trò gia đình, xã hội và nghề nghiệp [3]. Do vậy các bệnh viện cần có những bộ công cụ đánh giá điểm đau, quy định điều trị và chăm sóc đau phù hợp cho từng đối tượng, từ đó sẽ nâng cao CLCS hơn cho NB.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống: điểm EQ-5D trung bình trước phẫu thuật là 0,535, tăng lên 0,684 trước khi xuất viện và đạt 0,709 sau khi xuất viện một tháng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Các yếu tố như nghề nghiệp, thu nhập, số người sống cùng, thời gian phẫu thuật, phương pháp giảm đau trước phẫu thuật và mức độ đau trước phẫu thuật là các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến CLCS, trong đó các yếu tố này giải thích 25,7% sự biến thiên trong CLCS của bệnh nhân.

Để nâng cao hơn nữa CLCS của NB cần: (i) Cải tiến quy trình phẫu thuật để rút ngắn thời gian phẫu thuật thông qua việc áp dụng các kỹ thuật tiên tiến và nâng cao kỹ năng của đội ngũ y tế; (ii) Quản lý đau hiệu quả hơn; (iii) Tăng cường hỗ trợ tâm lý và xã hội như xây dựng các chương trình hỗ trợ cho bệnh nhân, đặc biệt với những người có thu nhập thấp hoặc ít người sống cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Như Hiền, T., et al. (2021). Đánh giá kết sớm bơm cement sinh học có bóng tạo hình thân đốt sống ngực, thắt lưng bị xẹp do loãng xương tại bệnh viện đa khoa tỉnh hòa bình năm 2020. *Y Học Thực Hành*, 12(3).
2. Nguyễn Thanh Sơn. (2017), Chất lượng cuộc sống và hiệu quả giải pháp quản lý, chăm sóc người bệnh đái tháo đường typ 2 tại nhà tỉnh Thái Bình, Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình.
3. Azizabadi F.M, Assari, S. (2010). Relationship Between Pain and Quality of Life. In: Preedy V.R, Watson, R.R. (eds) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_229
4. Brown R.I, Brown I(2014). Family Quality of Life. In: Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1006.
5. Chandran M et al (2023). Prevalence of osteoporosis and incidence of related fractures in developed economies in the Asia Pacific region: a systematic review. *Osteoporos Int*, 34(6): p. 1037-1053.
6. Kpelao E et al (2022). Spinal Cord Compression in Togo: Etiologies and Management. *World Neurosurg*. 162: p. e542-e545.
7. Mai, Vu Quynh et al. (2020). "An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam." *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation* vol. 29,7: 1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7
8. Teoli, D & Bhardwaj, A. (2024). Quality of Life. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>.
9. Zhao, L et al. (2024). Injectable double-crosslinked bone cement with enhanced bone adhesion and improved osteoporotic pathophysiological microenvironment for osteoregeneration in osteoporosis. *Bioact Mater*; 43:441-459. doi: 10.1016/j.bioactmat.2024.09.032. PMID: 39399835; PMCID: PMC11471141.
10. Zigmond, A.S. & Snaith, R.P.(1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67(6): p. 361-70.

TỰ NHẬN THỨC VỀ STRESS VÀ NHU CẦU HỖ TRỢ TÂM LÝ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2024

SELF-AWARENESS OF STRESS AND PSYCHOLOGICAL NEEDS AMONG CANCER
INPATIENTS AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ TRẦN THỊ BÍCH THUẦN, HUỖNH THỊ HỒNG THU

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ tự nhận thức về stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2024 và xác định một số yếu tố liên quan đến tự nhận thức stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 241 người bệnh, sử dụng thang đo Perceived Stress Scale (PSS-10) và Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34). Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có mức độ stress nặng, vừa, và nhẹ lần lượt là 37,8%, 35,7%, và 26,5%. Ba nhu cầu hỗ trợ tâm lý phổ biến nhất là cảm giác chán nản (89,2%), giữ tinh thần tích cực (81,3%), và những lo âu của người thân (80,5%). 88% người bệnh có trên 8 nhu cầu hỗ trợ tâm lý. Các yếu tố liên quan đến mức độ stress bao gồm người chăm sóc chính ($p = 0,027$), phương pháp điều trị hóa trị ($p = 0,024$), và thời gian mắc bệnh từ 1-3 năm ($p = 0,021$). Nhu cầu hỗ trợ tâm lý ở nhóm có mức độ stress vừa và nặng cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ ($PR = 1,76-1,78, p < 0,05$).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý ở người bệnh ung thư rất cao (mức độ stress nặng, vừa, và nhẹ lần lượt là 37,8%, 35,7% và 26,5%). Cần thiết lập các dịch vụ hỗ trợ tâm lý toàn diện trong chăm sóc y tế để giúp người bệnh đối phó hiệu quả với stress và cải thiện chất lượng cuộc sống. Các cơ sở y tế nên tích hợp chương trình hỗ trợ tâm lý vào chăm sóc thường quy, chú trọng đào tạo nhân viên y tế về nhận diện stress và nhu cầu tâm lý, đồng thời triển khai nhóm hỗ trợ tinh thần và liệu pháp can thiệp tâm lý phù hợp.

Từ khóa: Ung thư, tự nhận thức stress, nhu cầu hỗ trợ tâm lý, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence of self-awareness of stress and psychological needs among inpatient cancer patients at Tra Vinh Provincial General Hospital in 2024 and to identify factors associated with self-awareness of stress and psychological needs in the study population.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted on 241 patients using the Perceived Stress Scale (PSS-10) and Supportive Care Needs Survey Short Form (SCNS-SF34). Data were analyzed using SPSS version 20.0.

Results: The proportions of patients with severe, moderate, and mild stress were 37.8%, 35.7%, and 26.5%, respectively. The three most common psychological needs were support for feeling depressed (89.2%),

Trường Đại học Trà Vinh
Điện thoại: 0939069933; Email: hongthu2013@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài phản biện: 30/10/2024
Ngày trả bài phản biện: 04/11/24
Ngày chấp thuận đăng bài: 31/11/2024

maintaining a positive spirit (81.3%), and concerns about family members (80.5%). 88% of patients had more than eight psychological needs. Factors associated with stress levels included primary caregiver ($p = 0.027$), chemotherapy treatment ($p = 0.024$), and disease duration of 1–3 years ($p = 0.021$). Psychological needs were significantly higher in patients with moderate and severe stress compared to those with mild stress ($PR = 1.76–1.78$, $p < 0.05$).

Conclusions: The study reveals a high prevalence of stress and psychological needs among cancer patients (severe and moderate stress levels accounted for 37.8%, 35.7% and 26.5%, respectively). Comprehensive psychological support services should be established in healthcare settings to help patients effectively manage stress and improve their quality of life. Healthcare facilities should integrate psychological support programs into routine care, prioritize staff training in stress recognition and psychological needs, and implement peer-support groups and tailored psychological interventions.

Keywords: Cancer, self-awareness of stress, psychological needs, Tra Vinh Provincial General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai toàn cầu, với hàng triệu ca mắc mới và tử vong mỗi năm [13]. Tại Việt Nam, ung thư là một thách thức y tế lớn, với 180.480 ca mắc trong năm 2022 [14]. Ước tính mỗi năm có 182.563 ca mắc mới và 122.690 ca tử vong, tương ứng với tỷ lệ 159 người mắc và 106 người tử vong trên 100.000 dân [11].

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng ung thư không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn gây rối loạn tâm lý đáng kể, bao gồm căng thẳng, lo âu và trầm cảm [4], [12]. Người bệnh thường gặp khó khăn trong việc chấp nhận chẩn đoán, dẫn đến trạng thái căng thẳng kéo dài với các triệu chứng như nhịp tim tăng, đổ mồ hôi và khó ngủ [2], [6]. Tác động tâm lý này làm giảm chất lượng cuộc sống và cản trở quá trình điều trị, tạo nên nhu cầu hỗ trợ tâm lý ngày càng cao [5], [9].

Tại Việt Nam, đặc biệt ở các tỉnh nhỏ, nhu cầu hỗ trợ tâm lý cho người bệnh ung thư vẫn chưa được chú trọng đúng mức. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc nghiên cứu về tự nhận thức stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý nhằm xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả, cải thiện chất lượng chăm sóc người bệnh. Nghiên cứu này tập trung vào bệnh nhân ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2024 với mục tiêu sau:

1. Mô tả tỷ lệ tự nhận thức về stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2024.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến tự nhận thức stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ung thư điều trị tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh trong năm 2024.

Tiêu chí chọn vào: Người bệnh ung thư điều trị nội trú tại khoa Ung bướu, đồng ý tham gia nghiên cứu. Có khả năng nghe nói tiếng Việt.

Tiêu chí loại ra: Người bệnh đang trong tình trạng hôn mê hoặc cấp cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 5/2024 đến tháng 7/2024, Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu được tính trên công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể, với sai số cho phép là 6%. Tỷ lệ người bệnh ung thư có nhu cầu hỗ trợ tâm lý được ước tính là 34,2% từ nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Ánh [1]. Cỡ mẫu là 241 người bệnh.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập qua bộ câu hỏi tự điền gồm:
* Thông tin đặc điểm đối tượng: 14 câu hỏi cơ bản về đặc điểm nghiên cứu.

* Thang đo căng thẳng cảm nhận (PSS-10): Gồm 10 câu hỏi đánh giá mức độ stress trong các tình huống hàng ngày, sử dụng thang Likert 4 mức độ (0 = Không bao giờ, 4 = Rất thường xuyên). Thang đo được chuẩn hóa tại Việt Nam với Cronbach's alpha = 0,8. Điểm stress được phân loại thành nhẹ

(14-19 điểm), vừa (20-25 điểm), và nặng (26-40 điểm) [10], [12].

* Thang đo nhu cầu hỗ trợ tâm lý (SCNS-SF34): Gồm 34 câu hỏi, trong đó 10 câu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý, sử dụng thang Likert 5 mức độ (1 = Không có nhu cầu, 5 = Nhu cầu cao). Nhu cầu tâm lý được tính bằng Cronbach's alpha = 0,883, chia làm 2 mức: có từ 8 nhu cầu trở lên và dưới 8 nhu cầu. Nếu người bệnh chọn đáp án từ 3 trở lên, được coi là có nhu cầu hỗ trợ tâm lý [7].

* Quy trình thu thập số liệu:

- Liên hệ với khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh để lấy mẫu dựa trên tiêu chí chọn vào/loại ra đã xác định.
- Điều tra viên (ĐTV) chào hỏi, giới thiệu bản thân và giải thích mục đích nghiên cứu.
- Phỏng vấn đối tượng bằng bộ câu hỏi trong không gian thoải mái, khuyến khích trả lời chính xác.
- Kiểm tra lại phiếu khảo sát sau khi hoàn thành.
- Cảm ơn đối tượng đã tham gia nghiên cứu.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các phương pháp thống kê mô tả (tần suất, phần trăm, trung bình) được sử dụng để mô tả các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và kết quả chính. Các kiểm định Chi bình phương được áp dụng để kiểm tra mối liên quan giữa các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tự nhận thức stress, nhu cầu hỗ trợ tâm lý.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Trà Vinh theo QĐ số 206 ngày 29 tháng 04 năm 2024. Nghiên cứu cũng được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 241 người bệnh, với độ tuổi trung bình $58,94 \pm 14,32$; nhóm trên 60 tuổi chiếm 56,0%. Nữ giới chiếm 53,5%, phần lớn sống ở nông thôn (79,7%) và làm nghề nông (44,4%). Về học vấn, 49,4% người bệnh có trình độ từ lớp 1-5, và đa số đã kết hôn (85,9%). Người chăm sóc chính chủ yếu là con cái (56,8%).

Các loại ung thư phổ biến gồm ung thư khác (41,9%), ung thư đường tiêu hóa (24,9%), và thấp nhất là ung thư vú (3,7%). Phần lớn bệnh nhân sử dụng bảo hiểm y tế (95,4%) và điều trị bằng thuốc (95,0%). Bệnh lý nền thường gặp gồm tăng huyết áp (43,2%), đái tháo đường (34,0%), trào ngược dạ dày (19,5%), và các bệnh khác (22,8%). Người bệnh mắc bệnh từ 1-3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (44,0%), với 90,0% có sự thay đổi về cơ thể.

3.2. Tỷ lệ tự nhận thức về stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý

Bảng 1. Mức độ Stress của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Mức độ stress	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	64	26,5
Vừa	86	35,7
Nặng	91	37,8
Điểm trung bình	21,85 ± 7,66	

Sự tự nhận thức về stress của người bệnh ở mức độ nặng 37,8% đang chiếm tỷ lệ cao hơn không nhiều so với mức độ vừa 35,7% và cao hơn khá nhiều so với mức độ nhẹ là 26,5%. Điểm trung bình là $21,85 \pm 7,66$.

Bảng 2. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Nhu cầu hỗ trợ tâm lý	Tần số (%)				
	Không có nhu cầu	Thỏa mãn	Nhu cầu thấp	Nhu cầu vừa phải	Nhu cầu cao
Lo âu rằng kết quả của điều trị là ngoài tầm kiểm soát	38 (15,8)	35 (14,5)	60 (24,9)	64 (26,5)	44 (18,3)
Lo ngại bệnh trầm trọng hơn	27 (11,2)	30 (12,4)	54 (22,4)	93 (38,6)	37 (15,4)
Lo âu về nhiều vấn đề	15 (6,2)	38 (15,8)	31 (12,8)	127 (52,7)	30 (13,5)
Những lo âu của người thân	9 (3,7)	38 (15,8)	54 (22,4)	104 (43,2)	36 (14,9)
Cảm thấy xuống tinh thần hay chán nản	12 (5,0)	14 (5,8)	49 (20,3)	80 (33,2)	86 (35,7)
Giữ một tinh thần tích cực lạc quan	11 (4,6)	34 (14,1)	57 (23,6)	98 (40,7)	41 (17,0)
Cảm thấy buồn	35 (14,5)	24 (10,0)	102 (42,3)	43 (17,8)	37 (15,4)
Không tin tưởng vào tương lai	26 (10,8)	39 (16,2)	75 (31,1)	68 (28,2)	33 (13,7)
Học cách kiểm soát vấn đề của bản thân	28 (11,6)	53 (22,0)	51 (21,2)	74 (30,7)	35 (14,5)
Cảm giác về cái chết và hấp hối	88 (36,5)	61 (25,3)	34 (14,1)	44 (18,3)	14 (5,8)

*** Điểm trung bình: 32,64 ± 8,41**

Trong 10 nhu cầu có 3 nhu cầu hỗ trợ tâm lý mà nhiều người bệnh cần nhất là nhu cầu hỗ trợ vì cảm thấy chán nản, xuống tinh thần, nhu cầu hỗ trợ giữ tinh thần tích cực, lạc quan và nhu cầu hỗ trợ vì những lo âu của người thân với tỉ lệ lần lượt là 89,2%, 81,3% và 80,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ nhu cầu hỗ trợ tâm lý của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Nhu cầu hỗ trợ tâm lý	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Từ 8 nhu cầu trở lên	212	88,0
Dưới 8 nhu cầu	29	12,0

Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có từ 8 nhu cầu hỗ trợ lên với 88,0% người bệnh có nhu cầu, tỷ lệ này là 12,0% ở người bệnh có dưới 8 nhu cầu.

3.3. Một số yếu tố liên quan với tự nhận thức stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng stress với các yếu tố đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Đặc điểm	Tình trạng stress		PR* (CI 95%)	p-value
	Vừa và nặng N (%)	Nhẹ N (%)		
Người chăm sóc chính				
Cha/ Mẹ	12 (100,0)	0 (0,0)	1	1
Vợ/Chồng	51 (70,8)	21 (29,2)	0,71 (0,38 – 1,33)	0,282
Con cái	108 (78,8)	29 (21,2)	0,79 (0,43 – 1,43)	0,434
Anh/ Chị/ Em	1 (10,0)	9 (90,0)	0,10 (0,01 – 0,77)	0,027
Khác	5 (50,0)	5 (50,0)	0,5 (0,18 – 1,42)	0,193
Điều trị hóa trị				
Không	144 (80,9)	34 (19,1)	0,65 (0,44 – 0,95)	0,024
Có	33 (52,4)	30 (47,6)		
Thời gian mắc bệnh				
< 1 năm	49 (55,7)	39 (44,3)	1	1
1-3 năm	89 (84,0)	17 (16,0)	1,51 (1,06 – 2,14)	0,021
3-5 năm	22 (78,6)	6 (21,4)	1,41 (0,85 – 2,33)	0,180
> 5 năm	17 (89,5)	2 (10,5)	1,61 (0,93 – 2,79)	0,092

* Chỉ số hiện mắc

Người chăm sóc chính của đối tượng nghiên cứu là cha/mẹ có tỷ lệ tự nhận thức stress ở mức vừa và nặng là 100,0% tỷ lệ này ở nhóm người bệnh có người chăm sóc chính là anh/chị/em chiếm 10%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,027 < 0,05$. Tỷ lệ tự nhận thức stress ở mức độ vừa và nặng ở người bệnh không tiếp nhận phương pháp

hóa trị là 80,9%, tỷ lệ này là 52,4% ở những người bệnh hóa trị, thấp hơn 0,65 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,024 < 0,05$. Nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm có 55,7% tự nhận thức stress, ở nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1-3 năm tỷ lệ này là 84,0%, cao hơn 1,51 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,021 < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng stress với các nhu cầu hỗ trợ tâm lý của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Nhu cầu hỗ trợ tâm lý	Tình trạng stress		PR* (CI 95%)	p-value
	Vừa và nặng N (%)	Nhẹ N (%)		
Lo âu rằng kết quả của điều trị là ngoài tầm kiểm soát				
Không	1 (2,6)	37 (97,4)	32,95	<0,001
Có	176 (86,7)	27 (13,3)	(4,62 – 23,19)	
Lo ngại bệnh trầm trọng hơn				0,002
Không	1 (3,7)	26 (96,3)	22,21	(3,11 – 158,52)
Có	176 (82,2)	38 (17,8)		
Lo âu về nhiều vấn đề				0,980
Không	0 (0,0)	15 (100,0)	#	(#-#)
Có	177 (78,3)	49 (21,7)		
Những lo âu của người thân				0,055
Không	1 (11,1)	8 (88,9)	6,83	(0,96 – 48,74)
Có	176 (75,9)	56 (24,1)		
Cảm thấy, xuống tinh thần hay chán nản				0,056
Không	3 (25,0)	9 (75,0)	3,04	(0,97 – 9,52)
Có	174 (76,0)	55 (24,0)		
Giữ một tinh, thần tích cực lạc quan				0,034
Không	1 (9,1)	19 (90,9)	8,42	(1,18 – 60,09)
Có	176 (76,5)	54 (23,5)		
Cảm thấy buồn				<0,001
Không	2 (5,7)	33 (94,3)	14,87	(3,69 – 59,91)
Có	175 (85,0)	31 (15,0)		
Không tin tưởng vào tương lai				0,002
Không	1 (3,8)	25 (96,2)	21,28	(2,98 – 151,94)
Có	176 (81,9)	39 (18,1)		
Học cách, kiểm soát vấn đề của bản thân				0,001
Không	5 (18,9)	23 (82,1)	4,51	(1,86 – 11,00)
Có	172 (80,8)	31 (19,2)		
Cảm giác, về cái chết và hấp				0,134
Không	55 (62,5)	33 (37,5)	1,28	(0,93 – 1,75)
Có	122 (79,7)	31 (20,3)		
Nhu cầu hỗ trợ tâm lý chung				0,002
Dưới 8 nhu cầu	1 (3,5)	28 (96,5)	24,08	(3,37 – 181,87)
Từ 8 nhu cầu trở lên	176 (83,0)	36 (17,0)		

* Chỉ số hiện mắc

Người bệnh có các nhu cầu hỗ trợ về lo âu rằng kết quả điều trị ngoài tầm kiểm soát; hỗ trợ về lo ngại bệnh trầm trọng hơn; giữ tinh thần tích cực, lạc quan; cảm thấy buồn; hỗ trợ về không tin tưởng vào tương lai; hỗ trợ học cách kiểm soát vấn đề của bản thân có tỷ lệ tự nhận thức về stress ở mức vừa và nặng cao hơn nhóm không có nhu cầu từ 1,28 – 32,95 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tự nhận thức stress ở mức độ vừa và nặng ở người bệnh có dưới 8 nhu cầu hỗ trợ tâm lý là 3,5%, tỷ lệ này là 83,0% ở những người bệnh có trên 8 nhu cầu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002 < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nhu cầu hỗ trợ tâm lý với các yếu tố đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu (n=241)

Đặc điểm	Nhu cầu hỗ trợ tâm lý		PR* (CI 95%)	p-value
	Từ 8 nhu cầu trở lên n (%)	Dưới 8 nhu cầu n (%)		
Mức độ tự nhận thức stress				
Nhẹ	36 (56,3)	28 (43,7)	1	0,005
Vừa	85 (98,8)	1 (1,2)	1,76 (1,19 – 2,59)	
Nặng	91 (100,0)	0 (0,0)	1,78 (1,21 – 2,62)	0,003

* Chỉ số hiện mắc

Tìm thấy mối liên quan giữa mức độ tự nhận thức stress với nhu cầu hỗ trợ tâm lý. Với 98,8%

người bệnh mức độ nhận thức stress nhẹ vừa có nhu cầu, cao gấp 1,76 lần nhóm mức độ nhẹ, với $p = 0,005$. Tỷ lệ này ở nhóm đối tượng nghiên cứu có mức độ nặng là 100,0% với $p=0,003$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tự nhận thức về stress của người bệnh ung thư

Người bệnh ung thư tham gia nghiên cứu có tỷ lệ tự nhận thức về stress ở mức độ nặng 37,8%, vừa 35,7% và nhẹ là 26,5%, điểm trung bình $21,84 \pm 7,66$. So sánh với nghiên cứu của Lưu Thị Trang Ngân [8] với các mức độ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng của stress với tỷ lệ tương ứng là 9,1%, 6,0%, 2,5%, 0,9%, được

đánh giá bằng bộ câu hỏi DASS-21. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa Huyền [4] với điểm trung bình $14,37 \pm 5,16$ được đánh giá bằng PSS-10. Kết quả sự khác biệt này có thể do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm khác biệt như giới tính, độ tuổi, loại ung thư, điều này có thể ảnh hưởng đến tình trạng tâm lý, mức độ tự nhận thức. Công cụ đánh giá stress có thể khác nhau, dẫn đến sự khác biệt trong kết quả. Các yếu tố trình độ, khu vực sinh sống có thể ảnh hưởng đến cách mà người bệnh nhận thức và báo cáo về stress. Một số nơi khái niệm stress và sự chấp nhận stress vẫn còn khá mới mẻ. Vì vậy cần có các chương trình can thiệp tâm lý, giúp người bệnh nhận diện và quản lý stress hiệu quả hơn, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Người bệnh ung thư trong nghiên cứu này có tỷ lệ tự nhận thức về stress ở mức nặng, vừa và nhẹ lần lượt là 37,8%, 35,7% và 26,5%, với điểm trung bình $21,84 \pm 7,66$. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Lưu Thị Trang Ngân [8], sử dụng bộ câu hỏi DASS-21, với tỷ lệ stress nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 9,1%, 6,0%, 2,5% và 0,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa Huyền [4] cũng cho thấy điểm trung bình thấp hơn ($14,37 \pm 5,16$) khi sử dụng thang PSS-10. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về giới tính, độ tuổi, loại ung thư của đối tượng nghiên cứu, cũng như các công cụ đo lường khác nhau. Các yếu tố như trình độ học vấn, khu vực sinh sống, và mức độ quen thuộc với khái niệm stress cũng ảnh hưởng đến cách người bệnh nhận thức và báo cáo về stress. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình can thiệp tâm lý để hỗ trợ người bệnh nhận diện và quản lý stress, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2. Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư

Trong số 10 nhu cầu hỗ trợ tâm lý, 3 nhu cầu phổ biến nhất là hỗ trợ vì cảm thấy chán nản, xuống tinh thần (89,2%), giữ tinh thần tích cực, lạc quan (81,3%), và lo âu của người thân (80,5%). Đa số người bệnh (88,0%) có từ 8 nhu cầu hỗ trợ trở lên, với điểm trung bình $32,64 \pm 8,41$. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Bingshuang Wang [9], trong đó điểm trung bình là $23,62 \pm 8,53$.

Sự khác biệt có thể xuất phát từ phương pháp thu thập dữ liệu: nghiên cứu của Bingshuang Wang [9] sử dụng phỏng vấn, trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp phát vấn. Ngoài ra, cỡ mẫu, đặc điểm đối tượng (tuổi, giới tính, tình trạng

bệnh), và bối cảnh địa lý (Việt Nam và Trung Quốc) cũng có thể góp phần tạo ra sự khác biệt. Thời điểm nghiên cứu khác nhau còn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như đại dịch, chính sách y tế, hoặc sự phát triển dịch vụ hỗ trợ tâm lý.

Tại Việt Nam, các hoạt động tư vấn tâm lý vẫn còn hạn chế và chưa được phổ biến rộng rãi, dẫn đến việc nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh chưa được đáp ứng đầy đủ.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến stress và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư

4.3.1. Yếu tố liên quan đến tự nhận thức về stress của người bệnh ung thư

Nghiên cứu ghi nhận các yếu tố liên quan đến tự nhận thức stress ở người bệnh ung thư bao gồm người chăm sóc chính, phương pháp điều trị, thời gian mắc bệnh, và một số nhu cầu hỗ trợ tâm lý như lo lắng về kết quả điều trị ngoài tầm kiểm soát, lo ngại bệnh trầm trọng hơn, giữ tinh thần lạc quan, cảm thấy buồn, không tin tưởng vào tương lai, và học cách kiểm soát vấn đề của bản thân. Hiện chưa có nghiên cứu công bố trước đó về các yếu tố này ở người bệnh ung thư để so sánh.

Người bệnh có anh/chị/em làm người chăm sóc chính ít có mức độ stress vừa và nặng hơn so với người được chăm sóc bởi cha/mẹ. Điều này có thể do anh/chị/em có độ tuổi gần gũi hơn, dễ đồng cảm và chia sẻ lối sống, tạo môi trường hỗ trợ thoải mái hơn.

Nhóm bệnh nhân được hóa trị có tỷ lệ stress thấp hơn nhóm không hóa trị. Hóa trị có thể mang lại hy vọng hồi phục, nhận được sự chăm sóc thường xuyên từ nhân viên y tế và gia đình, giúp giảm lo âu so với nhóm không được hóa trị, những người thường đối mặt với căng thẳng và lo ngại không khỏi bệnh.

Thời gian mắc bệnh cũng ảnh hưởng đến stress: 55,7% người mắc bệnh dưới 1 năm tự nhận thức stress, trong khi con số này ở nhóm mắc bệnh 1-3 năm là 84,0% (cao hơn 1,51 lần). Thời gian mắc bệnh lâu hơn có thể làm tăng lo âu và căng thẳng do tình trạng bệnh nặng hơn và trải nghiệm bệnh tật kéo dài.

Người bệnh có nhiều nhu cầu hỗ trợ tâm lý (trên 8 nhu cầu) có tỷ lệ stress vừa và nặng cao hơn đáng kể (83,0%) so với nhóm có dưới 8 nhu cầu (3,5%), chênh lệch 24,08 lần ($p < 0,05$). Các nhu cầu chưa được đáp ứng góp phần làm tăng stress và cảm giác bất an, đặc biệt khi phải đối mặt với nhiều vấn đề

đồng thời. Những bệnh nhân này có thể cảm thấy thiếu sự hỗ trợ và nguồn lực để đối phó với bệnh tật, dẫn đến mức độ lo âu cao hơn.

4.3.2. Yếu tố liên quan đến nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người bệnh ung thư

Tỷ lệ người bệnh tự nhận thức stress ở mức nhẹ và có trên 8 nhu cầu hỗ trợ tâm lý thấp hơn 1,76 lần so với nhóm stress mức độ vừa và thấp hơn 1,78 lần so với nhóm stress mức độ nặng. Điều này có thể do người bệnh mức độ stress nhẹ cảm thấy ít áp lực, lo lắng hơn, dẫn đến giảm nhu cầu hỗ trợ tâm lý. Họ có thể tự đánh giá rằng bản thân có khả năng quản lý stress mà không cần sự hỗ trợ thêm.

Ngược lại, nhóm bệnh nhân có mức độ stress cao hơn thường trải qua lo âu và căng thẳng lớn, khiến họ có nhu cầu hỗ trợ tâm lý cao hơn để kiểm soát stress. Họ nhận thức rõ ràng hơn về tác động tiêu cực của stress lên cuộc sống và sức khỏe tâm lý, từ đó đòi hỏi nhiều hỗ trợ hơn để đối phó hiệu quả.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tự nhận thức về stress của người bệnh ung thư rất cao (mức độ stress nặng, vừa, và nhẹ lần lượt là 37,8%, 35,7% và 26,5%). Tất cả đều có nhu cầu hỗ trợ tâm lý trong đó 88% có nhu cầu hỗ trợ từ 8 nhu cầu trở lên). Nghiên cứu phát hiện một số đặc điểm có liên quan có ý nghĩa thống kê như người chăm sóc chính, phương pháp điều trị hóa trị, thời gian mắc bệnh và mức độ stress. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc cung cấp dịch vụ hỗ trợ tâm lý toàn diện tại các cơ sở y tế để nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh ung thư. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: Tích hợp dịch vụ hỗ trợ tâm lý vào quy trình chăm sóc y tế; Đào tạo nhân viên y tế về tầm quan trọng của sức khỏe tâm lý và kỹ năng hỗ trợ người bệnh; Cung cấp dịch vụ hỗ trợ tâm lý chuyên nghiệp tại bệnh viện; Thành lập các nhóm hỗ trợ để người bệnh chia sẻ kinh nghiệm và cảm xúc; Phát triển và áp dụng liệu pháp giải tỏa căng thẳng, như liệu pháp tinh thần và nghệ thuật. Đối với người bệnh và gia đình cần hỗ trợ người bệnh nâng cao nhận thức và kỹ năng kiểm soát stress và phát huy vai trò của gia đình và người chăm sóc chính trong việc đồng hành và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ngọc Ánh (2021) “Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại trung tâm ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan”, *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*, 5(02), 31–40.
2. Bộ Y tế (2019) Kiểm soát chứng trầm cảm ở người bệnh ung thư, https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/asset_publisher/kiem-soat-chung-tram-cam-o-nguoi-benh-ung-thu
3. Bộ Y tế (2021) Tình hình ung thư tại Việt Nam, https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-diaphuong//asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/tinh-hinh-ung-thu-tai-viet-nam
4. Nguyễn Thị Hoa Huyền, “Mức độ căng thẳng và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mắc ung thư điều trị ở một số Bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hà Nội”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(2), 328-333.
5. Phạm Minh Hạc, NXB Chính trị, Hà Nội (2004), Một số vấn đề nghiên cứu về nhân cách.
6. Trần Hiệp, NXB Khoa học xã hội (1997), Tâm lý học xã hội, những vấn đề lý luận.
7. Lê Văn Mẫn (2021) “Nhu cầu hỗ trợ tâm lý của bệnh nhân phong và khả năng đáp ứng của khu điều trị bệnh phong, Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2021”, *Tạp Chí Y học Dự phòng*, 31(9), 126–133.
8. Lưu Thị Trang Ngân (2023) “Tâm lý và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư dạ dày sau truyền hóa chất tại Viện Ung thư Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108”, *Tạp Chí Sinh Lý học Việt Nam*, 27(2)
9. Bingshuang Wang, Xinyan Hu, Wanzhen Ding et al. Supportive Care Needs and Quality of Life among Cancer Patients in China: A Cross-sectional Study, 12 May 2024, PREPRINT (Version 1) available at Research Square, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4369003/v1>
10. Dao-Tran, T. H., Anderson, D., & Seib, C. (2017). The Vietnamese version of the Perceived Stress Scale (PSS-10): Translation equivalence and psychometric properties among older women. *BMC psychiatry*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1221-6>
11. Globocan (2022), Viet Nam, <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
12. Soria-Reyes, L. M., Cerezo, M. V., Alarcón, R., & Blanca, M. J. (2023). Psychometric properties of the perceived stress scale (pss-10) with breast cancer patients. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 39(1), 115–124. <https://doi.org/10.1002/smi.3170>
13. World Health Organization (2018), Cancer, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
14. World Health Organization (2023), Fact sheet pollution countries, <https://gco.iarc.fr/today/en/fact-sheets-populations#countries>

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘNG CƠ HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN KHỐI KHOA HỌC SỨC KHỎE, TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH NĂM 2024

FACTORS RELATED TO LEARNING MOTIVATION OF HEALTH SCIENCE STUDENTS
AT TRA VINH UNIVERSITY IN 2024

✍ BÙI THỊ KIM NGUYỄN, HUỖNH THỊ HỒNG THU

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả động cơ học tập của sinh viên ngành Khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2024 và xác định một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả với 382 sinh viên tham gia. Dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi Academic Motivation Scale: AMS (Vallerand và cộng sự, 1992), và được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 với các thống kê mô tả và kiểm định chi-square.

Kết quả: Tỷ lệ sinh viên có động cơ học tập tốt là 66,2%. Sinh viên ngành Y Đa khoa có động cơ học tập tốt cao hơn 2,08 lần (CI 95%: 1,32 – 3,29) so với sinh viên ngành Điều dưỡng ($p = 0,002$). Sinh viên có mẹ là công chức/viên chức hoặc nông dân có động cơ học tập tốt cao hơn so với sinh viên có mẹ là công nhân, với OR lần lượt là 2,40 ($p = 0,018$) và 2,70 ($p = 0,011$). Sinh viên có cha là công chức/viên chức hoặc nông dân có động cơ học tập tốt cao hơn so với sinh viên có cha là công nhân, với OR lần lượt là 2,51 ($p = 0,017$) và 3,46 ($p = 0,001$). Phương pháp giảng dạy tích cực và sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè có liên quan có ý nghĩa thống kê đến động cơ học tập, với OR lần lượt là 1,73 ($p = 0,038$) và 1,86 ($p = 0,009$).

Kết luận: Động cơ học tập của sinh viên khối khoa học sức khỏe cần được nâng cao thông qua việc cải tiến phương pháp giảng dạy, tăng cường hỗ trợ từ gia đình và môi trường học tập tích cực. Việc phát triển các chương trình khuyến khích động lực nội tại và bên ngoài sẽ góp phần nâng cao chất lượng đào tạo.

Từ khóa: Động cơ học tập, yếu tố liên quan, sinh viên khoa học sức khỏe, Trường Đại học Trà Vinh, AMS-C28.

ABSTRACT

Objective: To describe the learning motivation of health science students at Tra Vinh University in 2024 and identify related factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 382 students. Data were collected using the Academic Motivation Scale (AMS) questionnaire by Vallerand et al. (1992) and analyzed using SPSS 22.0 software with descriptive statistics and chi-square tests.

Results: The proportion of students with good learning motivation was 66.2%. Medical students had 2.08 times higher odds of good learning motivation (95% CI: 1.32 – 3.29) compared to nursing students ($p = 0.002$). Students whose mothers were civil servants or farmers had higher odds of good learning motivation compared to those whose mothers were workers, with ORs of 2.40 ($p = 0.018$) and 2.70 ($p = 0.011$), respectively. Students whose fathers were civil servants or farmers had higher odds of good learning motivation compared to those whose fathers were workers, with ORs of 2.51 ($p = 0.017$) and 3.46 ($p = 0.001$), respectively. Teaching methods and support from family and peers were significantly associated with learning motivation, with ORs of 1.73 ($p = 0.038$) and 1.86 ($p = 0.009$), respectively.

Conclusions: Learning motivation among health science students needs to be improved through innovative teaching methods, enhanced family support, and a positive learning environment. Developing programs that foster intrinsic and extrinsic motivation can contribute to better educational outcomes.

Keywords: Learning motivation, related factors, health science students, Tra Vinh University, AMS-C28.v

Trường Đại học Trà Vinh
Tác giả liên hệ: Huỳnh Thi Hồng Thu, Tel: 0939.06.99.33;
Email: hongthu2013@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài phản biện: 01/11/2024
Ngày trả bài phản biện: 04/11/2024
Ngày chấp thuận đăng bài: 31/11/2024

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động cơ được định nghĩa là quá trình khởi động và duy trì các hoạt động hướng tới mục tiêu. Trong môi trường đại học, động cơ học tập đóng vai trò then chốt trong việc nâng cao sự hài lòng và tiến bộ của sinh viên. Đây là một cấu trúc phức hợp, không chỉ gói gọn trong yếu tố phi nhận thức, mà còn gắn liền với kỹ năng tư duy sáng tạo, kỹ năng học tập, sự hài lòng với trường học và lý do học tập của sinh viên [11]. Các nghiên cứu quốc tế gần đây đã khẳng định động cơ học tập là một yếu tố cốt lõi, góp phần vào thành công học tập, đặc biệt ở sinh viên ngành khoa học sức khỏe. Ví dụ, nghiên cứu của Hongbin Wu và cộng sự (2020) trên 1.930 sinh viên y khoa tại Trung Quốc cho thấy sinh viên ở các trường trọng điểm có động cơ học tập bên trong cao hơn và đạt thành tích học tập tốt hơn, trong khi sinh viên nam tuy có động cơ bên trong cao nhưng thành tích học tập lại thấp hơn so với sinh viên nữ [12].

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về động cơ học tập của sinh viên các ngành. Đinh Thị Thu Huyền và cộng sự (2020) cho thấy 52,2% sinh viên Đại học Điều dưỡng có kết quả học tập trung bình và bị ảnh hưởng bởi động cơ học tập, phương pháp học và vai trò cố vấn [4]. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc My và cộng sự (2022) cũng chỉ ra rằng 60,7% sinh viên điều dưỡng tại Đại học Y Dược Cần Thơ có động cơ học tập tốt [5].

Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay chủ yếu dừng ở việc thống kê mô tả và thường tập trung vào một nhóm đối tượng thuộc chương trình đào tạo cụ thể. Điều này tạo ra khoảng trống nghiên cứu về động cơ học tập của sinh viên ngành khoa học sức khỏe nói chung, đặc biệt là trong bối cảnh Việt Nam. Để hiểu rõ hơn và thúc đẩy động cơ học tập, góp phần nâng cao thành tích của sinh viên khối ngành này, nghiên cứu “Động cơ học tập và các yếu tố liên quan của sinh viên ngành Khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2024” được thực hiện với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả động cơ học tập của sinh viên ngành Khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2024.
2. Xác định một số yếu tố liên quan đến động cơ học tập của sinh viên ngành Khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2024.

Nghiên cứu này nhằm cung cấp cái nhìn sâu sắc và cơ sở khoa học để phát triển các giải pháp nâng cao động cơ học tập cho sinh viên trong khối ngành quan trọng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên Y Đa khoa và Điều dưỡng thuộc Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh khóa 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên đang học tại trường và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên bảo lưu hoặc bị đình chỉ học tập, hoặc vắng mặt tại thời điểm khảo sát quá 3 lần.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Trường Đại học Trà Vinh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với $p=0,607$, $d=0,05$, cho cỡ mẫu là 382. Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ: Bộ câu hỏi nghiên cứu động cơ học tập (do Huỳnh Thị Ngọc My dịch từ bản gốc Tiếng Anh với Chronbach alpha là 0,77) [5]. Bộ câu hỏi gồm 62 câu:

- Phần A: Thông tin chung (11 câu).
- Phần B: Động cơ học tập (28 câu).
- Phần C: Các yếu tố ảnh hưởng (23 câu), trong đó: môi trường học tập (17 câu); gia đình và bạn bè (6 câu).

Phương pháp: Phát vấn (phát phiếu khảo sát để ĐTNC tự điền).

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập và phân tích bằng SPSS 22.0.

• Thống kê mô tả: Tính trung bình và độ lệch chuẩn cho thang đo động cơ học tập, tần suất và tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính.

• Phân tích mối liên quan: Áp dụng phép kiểm chi bình phương và tỷ số chênh (OR) để đánh giá liên quan giữa động cơ học tập với các yếu tố nhân khẩu học, gia đình, bạn bè, môi trường học tập. Mức ý nghĩa thống kê: $p<0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học, Đại học Trà Vinh, phê duyệt theo Quyết định số 206 ngày 29/04/2024. Quá trình nghiên cứu, tuân thủ đúng các quy định của nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Động cơ học tập của sinh viên khối khoa học sức khỏe (n=382)

Động cơ học tập			ĐTB ± DLC
ĐCHT bên trong	Động lực hướng đến sự hiểu biết	6,0 ± 1,0	5,9 ± 1,0
	Động lực hướng đến cảm giác thành tựu	6,0 ± 1,0	
	Động lực hướng đến các trải nghiệm kích thích	5,7 ± 1,2	
ĐCHT bên ngoài	Động lực từ việc thể hiện sự quan trọng và giá trị bản thân	6,0 ± 0,9	6,0 ± 1,0
	Động lực từ sự áp lực và trách phạt ở bên ngoài	6,1 ± 1,6	
	Động lực từ việc tránh các hậu quả tiêu cực hoặc đạt được những phần thưởng	5,9 ± 1,1	
Những trải nghiệm thiếu hụt động cơ		5,1 ± 1,9	

Nhận xét:

Động cơ học tập nội tại, gồm động cơ hướng đến sự hiểu biết và cảm giác thành tựu, đạt điểm trung bình cao nhất (6,0 ± 1,0). Trong nhóm động cơ học tập ngoại tại, động cơ từ áp lực và trách phạt bên ngoài có điểm cao nhất (6,1 ± 1,6). Điểm trung bình và độ lệch chuẩn của động cơ nội tại, ngoại tại và tiêu cực lần lượt là 5,0 ± 1,0; 6,0 ± 1,0; 5,1 ± 1,9.

Bảng 3.2. Phân bố mức độ và chất lượng động cơ học tập (n=382)

Động cơ học tập	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mức độ		
Thấp	6	1,6
Trung bình	123	32,2
Cao	198	51,8
Rất cao	55	14,4
Chất lượng		
Động cơ học tập tốt	253	66,2
Động cơ học tập chưa tốt	129	33,8

Nhận xét:

Tỷ lệ sinh viên có động cơ học tập tốt là 66,2%, còn lại 33,8% sinh viên có động cơ học tập chưa tốt.

Bảng 3.3. Liên quan giữa đặc điểm cá nhân với động cơ học tập (n=382)

Yếu tố	Động cơ học tập		OR (CI 95%)	p-value
	Tốt (%)	Chưa tốt (%)		
Ngành học				
Y đa khoa	194 (71,1)	79 (28,9)	2,08	0,002
Điều dưỡng	59 (54,1)	50 (45,9)	(1,32 – 3,29)	
Nghề nghiệp của mẹ				
Công chức, viên chức	83 (71,6)	33 (28,4)	2,40 (1,15-4,99)	0,020
Nông dân	68 (73,9)	24 (26,1)	2,70 (1,25-5,82)	0,11
Khác (Tự do, thất nghiệp...)	81 (60,9)	52 (39,1)	1,48 (0,73-3,00)	0,273
Công nhân	21 (51,2)	20 (48,8)	1	1
Nghề nghiệp của ba				
Công chức, viên chức	71 (68,3)	33 (31,7)	2,51 (1,18-5,33)	0,017
Nông dân	86 (74,8)	29 (25,2)	3,46 (1,62-7,38)	0,001
Khác (Tự do, thất nghiệp...)	78 (62,9)	46 (37,1)	1,98 (0,96-4,09)	0,066
Công nhân	18 (46,1)	21 (53,9)	1	1

Nhận xét: Sinh viên Y Đa khoa có động cơ học tập tốt cao hơn với OR=2,08 (p=0,002). Sinh viên có mẹ làm công chức/viên chức có động cơ học tập tốt cao hơn so với mẹ làm công nhân (OR: 2,40; p=0,018). Tương tự, sinh viên có cha làm công chức/viên chức có động cơ học tập tốt cao hơn so với cha làm công nhân (OR: 2,51; p=0,015).

Bảng 3.4. Liên quan giữa yếu tố gia đình – bạn bè và môi trường học tập với động cơ học tập (n=382)

Yếu tố	Động cơ học tập		OR (CI 95%)	p-value
	Tốt (%)	Chưa tốt (%)		
Chất lượng giảng viên				
Đồng ý	235 (66,6)	118 (33,4)	1,22 (0,56 – 2,66)	0,623
Không đồng ý	18 (62,1)	11 (37,9)		
Phương pháp giảng dạy				
Đồng ý	211 (68,7)	96 (31,3)	1,73 (1,03 – 2,89)	0,038
Không đồng ý	42 (56,0)	44 (44,0)		
Điều kiện cơ sở vật chất				
Đồng ý	207 (66,1)	106 (33,9)	0,98 (0,56 – 1,70)	0,933
Không đồng ý	46 (66,7)	23 (33,3)		
Gia đình và bạn bè				
Đồng ý	195 (70,1)	83 (29,9)	1,86 (1,17 – 2,96)	0,009
Không đồng ý	58 (55,8)	46 (44,2)		

Nhận xét:

Bảng 3.4 cho thấy phương pháp giảng dạy và yếu tố gia đình, bạn bè có mối liên quan ý nghĩa thống kê với động cơ học tập của sinh viên. Cụ thể, sinh viên đồng ý với phương pháp giảng dạy hiện tại có động cơ học tập tốt cao hơn 1,73 lần so với nhóm không đồng ý (CI 95%: 1,03–2,89). Tương tự, sinh viên cho rằng gia đình và bạn bè ảnh hưởng đến động cơ học tập có khả năng đạt động cơ học tập tốt cao hơn 1,86 lần so với nhóm không đồng ý (CI 95%: 1,17–2,96). Chất lượng giảng viên và cơ sở vật chất cũng tác động đến động cơ học tập, nhưng khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Động cơ học tập của sinh viên ngành khoa học sức khỏe

Nghiên cứu của chúng tôi trên 382 sinh viên cho thấy 66,2% sinh viên có động cơ học tập tốt. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của nghiên cứu do Huỳnh Thị Ngọc My và Trần Thùy Dương thực hiện, trong đó tỷ lệ sinh viên có động cơ học tập tốt lần lượt là 60,7% và 60,1%. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu; cụ thể, nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc My và Trần Thùy Dương tập trung vào sinh viên điều dưỡng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả sinh viên Y Đa khoa và sinh viên Điều dưỡng [2],[5].

Điểm trung bình của nhóm ĐCHT bên trong, ĐCHT bên ngoài và những trải nghiệm thiếu hụt động cơ trong nghiên cứu lần lượt là $5,9 \pm 1,0$; $6,0 \pm 1,0$ và $5,1 \pm 1,9$. Kết quả điểm trung bình ĐCHT bên trong và ĐCHT bên ngoài của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc My và cộng sự [5], trong đó điểm trung bình ĐCHT bên trong và ĐCHT bên ngoài lần lượt là $5,5 \pm 1,08$ và $5,56 \pm 0,84$. Ngoài ra, điểm trung bình những trải nghiệm thiếu hụt động cơ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu trước đây, điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu; các tác giả trước đó chỉ thực hiện trên nhóm sinh viên điều dưỡng chính quy học 4 năm [2],[5].

Khi phân tích từng yếu tố trong nhóm ĐCHT bên trong và ĐCHT bên ngoài tổng thể, chúng tôi nhận thấy điểm số từ các yếu tố này không có sự chênh lệch lớn. Điều này cho thấy sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi chịu tác động tương đối đồng đều từ các loại ĐCHT bên trong và bên

ngoài. Cụ thể, các loại ĐCHT bên trong xuất phát từ sự hiểu biết, cảm giác thành tựu và những trải nghiệm kích thích trong học tập. Trong khi đó, các loại ĐCHT bên ngoài xuất phát từ mong muốn thể hiện giá trị bản thân, áp lực từ bên ngoài, tránh các hậu quả tiêu cực hoặc mong muốn đạt được những phần thưởng cá nhân.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến động cơ học tập

4.2.1. Liên quan giữa động cơ học tập với ngành học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đã tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa động cơ học tập và ngành học ($p < 0,05$). Cụ thể, sinh viên ngành Y đa khoa có động cơ học tập tốt cao hơn so với sinh viên ngành Điều dưỡng (với OR = 2,08). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ladan Naseh và cộng sự, trong đó cũng ghi nhận liên quan giữa mức độ động cơ học tập và ngành học [10]. Sự tương đồng này có thể được giải thích bởi mức độ khó khăn và tính chi tiết của chương trình học. Chương trình đào tạo Y đa khoa thường rất chi tiết và đòi hỏi sinh viên phải nắm vững kiến thức từ nhiều lĩnh vực khác nhau trong y học. Điều này tạo ra những thách thức lớn, yêu cầu sinh viên phải có động cơ học tập cao hơn so với chương trình đào tạo Điều dưỡng. Bên cạnh đó, các yếu tố như cơ hội nghề nghiệp rộng mở, mức thu nhập cao và vị trí xã hội tốt cũng thường là các lý do quan trọng thúc đẩy động cơ học tập ở sinh viên Y đa khoa so với sinh viên Điều dưỡng. Tuy nhiên, để hiểu rõ hơn về các nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này, cần thực hiện thêm các nghiên cứu định tính chuyên sâu trong tương lai.

4.2.2. Liên quan giữa động cơ học tập với nghề nghiệp của cha, mẹ

Nghiên cứu đã xác định mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa động cơ học tập của sinh viên và nghề nghiệp của cha mẹ là công chức/viên chức. Nghề nghiệp của cha mẹ có tác động đáng kể đến động cơ học tập của sinh viên thông qua các yếu tố như trình độ học vấn, thu nhập và môi trường gia đình. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng nghề nghiệp và học vấn của cha mẹ có mối quan hệ chặt chẽ với thành tích học tập của con cái. Cụ thể, nghề nghiệp của cha mẹ ảnh hưởng đến động cơ học tập của sinh viên thông qua việc định hướng nghề nghiệp rõ ràng, tạo môi trường học tập thuận lợi và cung cấp các nguồn lực hỗ trợ cần thiết [9].

4.2.2. Liên quan giữa động cơ học tập và môi trường học tập

Phương pháp giảng dạy

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp giảng dạy và động cơ học tập của sinh viên. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Nhật Phương [6], trong đó không tìm thấy mối liên quan giữa động cơ học tập của sinh viên và phương pháp giảng dạy. Tương tự, nghiên cứu của Đỗ Hữu Tài cũng không ghi nhận mối liên quan này [7].

Việc đổi mới phương pháp giảng dạy theo hướng khuyến khích tính tích cực, chủ động và sáng tạo của sinh viên là rất cần thiết. Điều này không chỉ làm cho các giờ học trở nên sinh động và sôi nổi hơn mà còn giúp phát huy vai trò tự chủ và sự hăng say của sinh viên trong học tập [8]. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu có thể xuất phát từ đặc điểm khác nhau về đối tượng khảo sát, khu vực, cũng như ngành nghề, và do đó phù hợp với điều kiện cụ thể của từng nghiên cứu.

Gia đình và bạn bè

Kết quả nghiên cứu cho thấy yếu tố gia đình và bạn bè có mối liên quan đáng kể đến động cơ học tập của sinh viên ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Hữu Tài, khi tác giả tìm thấy mối quan hệ giữa gia đình, bạn bè và động cơ học tập [7]. Tuy nhiên, kết quả lại khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Nhật Phương, trong đó không ghi nhận mối liên quan này [6]. Gia đình được ví như chiếc nôi đầu đời, đóng vai trò quan trọng trong việc nuôi dưỡng tinh thần và định hình động cơ học tập của sinh viên. Hoàn cảnh gia đình, đặc biệt là sự gương mẫu của cha mẹ, có ảnh hưởng lớn đến quá trình giáo dục con cái và kết quả học tập của họ [3]. Bên cạnh đó, bạn bè cũng là một yếu tố quan trọng, không thể thiếu trong cuộc sống, đặc biệt là ở lứa tuổi học sinh, sinh viên. Mối quan hệ với bạn bè có thể ảnh hưởng tích cực hoặc tiêu cực đến động cơ học tập của sinh viên. Một mối quan hệ bạn bè tốt có thể khuyến khích sự nỗ lực học tập thông qua tinh thần thi đua, cạnh tranh lành mạnh. Ngược lại, nếu chịu ảnh hưởng tiêu cực từ bạn bè, sinh viên có thể mất đi động lực học tập, dẫn đến kết quả học tập sa sút [3]. Vì vậy, câu nói "chọn bạn mà chơi" của người xưa vẫn giữ nguyên giá trị trong việc định hướng lối sống và học tập.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy động cơ học tập của sinh viên khối khoa học sức khỏe tại Trường Đại học Trà Vinh có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nhân khẩu học và yếu tố liên quan. Tỷ lệ sinh viên có động cơ học tập tốt là 66,2%, với các động cơ học tập bên trong và bên ngoài có vai trò gần như tương đương trong việc thúc đẩy hành vi học tập. Tuy nhiên, tỷ lệ sinh viên có động cơ học tập chưa tốt (33,8%) vẫn là con số đáng lưu ý. Các yếu tố như ngành học, nghề nghiệp của cha mẹ, phương pháp giảng dạy, và sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè đều có ảnh hưởng quan trọng đến động cơ học tập của sinh viên. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các can thiệp để nâng cao động cơ học tập, từ đó cải thiện chất lượng đào tạo và khả năng thực hành sau này.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị:

- * Cải tiến phương pháp giảng dạy: Đổi mới phương pháp giảng dạy theo hướng tăng cường tương tác, sử dụng các tình huống thực tiễn và áp dụng công nghệ như mô phỏng và video; Tăng cường việc học theo nhóm, thảo luận, và kết hợp các trải nghiệm thực tế trong quá trình giảng dạy để sinh viên nhận thức rõ giá trị của kiến thức trong thực tế.

- * Tạo động lực nội tại cho sinh viên: Xây dựng chương trình học nhấn mạnh ý nghĩa của kiến thức đối với sức khỏe cộng đồng, giúp sinh viên thấy được mục tiêu và ý nghĩa trong việc học tập; Khuyến khích sinh viên đặt ra các mục tiêu học tập cá nhân, từ đó phát triển ý thức trách nhiệm và động lực nội tại.

- * Tăng cường sự tham gia của gia đình và bạn bè: Tổ chức các buổi gặp gỡ giữa nhà trường, sinh viên và gia đình để phụ huynh hiểu rõ vai trò của mình trong việc hỗ trợ con cái học tập; Khuyến khích sinh viên xây dựng nhóm bạn bè tích cực để tạo môi trường học tập hỗ trợ và cùng nhau phát triển.

- * Xây dựng môi trường học tập tích cực: Áp dụng hệ thống ghi nhận thành tích không chỉ dựa trên điểm số mà còn dựa vào nỗ lực và sự tiến bộ cá nhân của sinh viên; Tăng cơ hội nhận học bổng, tham gia hội thảo chuyên môn, hoặc thực tập cho sinh viên đạt thành tích tốt, giúp họ có thêm động lực học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường An, Trần Thị Mỹ Huyền, Cộng sự (2020), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến động lực học tập của sinh viên Trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y Dược học, (01), 78-85.
2. Trần Thùy Dương, Lê Tiến Thành, Nguyễn Thị Hòa, và cộng sự (2019), "Động cơ học tập của sinh viên điều dưỡng chính quy tại Trường Đại Học Y dược Hải Phòng năm 2018", Tạp chí khoa học Điều Dưỡng, 02 (01), tr. 96-104.
3. Trần Thị Hương Giang (2008), "Những yếu tố ảnh hưởng đến động cơ học tập của học sinh Trung học Phổ Thông Marie Curie, quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh", Luận văn Thạc sĩ tâm lý, Trường Đại học Sư Phạm Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành Phố Hồ Chí Minh
4. Đinh Thị Thu Huyền, Vũ Thị Là, Vũ Thị Hồng Nhung, và cộng sự (2022), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kết quả học tập của sinh viên đại học Điều dưỡng chính quy khóa 14 trường đại học điều dưỡng Nam định năm học 2018-2019", Tạp chí khoa học Điều Dưỡng, 05 (02), tr. 72-83.
5. My, H. T. N., Huỳnh, N. T. X., Mạnh, N. H. T., Thư, V. M., Lộc, H. V., Liêm, N. T., & Tuấn, N. V. (2023). Động lực học tập và các yếu tố liên quan của sinh viên điều dưỡng Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (62), 230-237.
6. Đỗ Nhật Phương, Phạm Thị Kim Yến, Nguyễn Thị Kim Cương (2023), "Động cơ học tập của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Trà Vinh năm 2022", Tạp chí Y Dược học, 69, tr. 71 - 75.
7. Đỗ Hữu Tài, Lâm Thanh Hiên, và Nguyễn Thanh Lâm (2016), "Các nhân tố tác động đến động lực của sinh viên - ví dụ thực tiễn tại Trường Đại học Lạc Hồng", Tạp chí Khoa học Lạc Hồng, (5), tr. 1-6.
8. Trinh, N. T. T. (2014). Một số nhân tố tác động vào chất lượng sống của sinh viên: Nghiên cứu trường hợp sinh viên khối ngành kinh tế tại Cần Thơ (Master's thesis, Trường Đại học Kinh tế Tp. Hồ Chí Minh).
9. Trang, Nguyễn Huỳnh (2020). Yếu tố xã hội của gia đình ảnh hưởng đến kết quả học tập của sinh viên khoa Ngoại ngữ Trường Đại học Trà Vinh. Tạp chí Khoa học Đại học Đồng Tháp, 9 (02), 83-91.
10. Naseh, L., Mardanian Dehkordi, L., & Naseh, H. (2017). Investigation of educational motivation and its related factors in students of Shahrekord University of Medical Sciences. The Journal of Medical Education and Development, 12(1), 27-39.
11. Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Blais, M. R., Brière, N. M., Senécal, C. B., & Vallières, É. F. (1993). Academic motivation scale (AMS-C 28), college (CEGEP) version. Educational and Psychological Measurement, 52(53), 1992-1993.
12. Wu, H., Li, S., Zheng, J., & Guo, J. (2020). Medical students' motivation and academic performance: the mediating roles of self-efficacy and learning engagement. Medical education online, 25(1), 1742964.

