

SỰ TỰ TIN TRONG THỰC HÀNH KỸ NĂNG LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TẠI TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ, THIẾT BỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2024

SELF-EFFICACY IN CLINICAL SKILL PRACTICE OF NURSING STUDENTS AT VIET DUC MEDICAL AND EQUIPMENT COLLEGE IN 2024

✍ NGUYỄN XUÂN VINH, NGUYỄN THỊ HOA

Trung tâm tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ tự tin trong thực hành kỹ năng lâm sàng của sinh viên điều dưỡng tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức, và xác định các yếu tố liên quan.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 54 sinh viên điều dưỡng năm 3, sử dụng bộ công cụ NCSES (Nursing Care Self-Efficacy Scale) đã được dịch và chuẩn hóa. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thống kê mô tả và kiểm định t-test để tìm mối liên quan giữa mức độ tự tin và các yếu tố.

Kết quả: Điểm tự tin trung bình của sinh viên là $7,85 \pm 1,1$, tương ứng mức "Tự tin". Các kỹ thuật cơ bản như đo dấu hiệu sinh tồn (9,67 điểm) có mức độ tự tin cao nhất, trong khi kỹ thuật phức tạp như hồi sức tim phổi (5,35 điểm) có mức tự tin thấp. Yếu tố tích cực tham gia thảo luận, việc chuyên cần tham gia các buổi học lâm sàng và phương pháp giảng dạy phù hợp có tác động tích cực đến mức độ tự tin của sinh viên.

Kết luận: Nghiên cứu khẳng định vai trò của thực hành lâm sàng, sự hướng dẫn từ giảng viên, nỗ lực từ bản thân và môi trường học tập trong việc nâng cao sự tự tin của sinh viên điều dưỡng.

Từ khóa: tự tin, thực hành kỹ năng lâm sàng, sinh viên điều dưỡng, NCSES

ABSTRACT:

Objective: To describe the level of self-efficacy in clinical skill practice among nursing students at Viet Duc Medical and Equipment College and identify related factors.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 54 third-year nursing students using the Nursing Care Self-Efficacy Scale (NCSES), which had been translated and validated. Data were analyzed using SPSS 22.0, employing descriptive statistics and t-tests to identify associations between self-confidence levels and related factors.

Results: The students' average self-efficacy score was 7.85 ± 1.1 , corresponding to the "Confidence" level. Basic techniques such as vital sign measurement (9.67 points) had the highest confidence scores, while complex techniques like cardiopulmonary resuscitation (5.35 points) showed lower confidence levels. Male students and those with high academic performance were more confident than female students, Active participation in discussions, diligent participation in clinical sessions and encouragement from lecturers and appropriate teaching methods have a positive impact on students' confidence levels and those with average academic performance ($p < 0.05$). Encouragement from instructors and appropriate teaching methods positively impacted students' confidence.

Conclusion: The study emphasizes the role of clinical practice, instructor guidance, and a supportive learning environment in enhancing nursing students' self-efficacy.

Keywords: self-efficacy, clinical skill practice, nursing students, NCSES

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 6.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 8.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 12.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng đóng vai trò thiết yếu trong chăm sóc sức khỏe, đặc biệt tại Việt Nam, nơi thời gian tiếp xúc của người bệnh với điều dưỡng thường cao gấp 6-8 lần so với bác sĩ. Sự tự tin trong thực hành lâm sàng không chỉ quyết định chất lượng chăm sóc mà còn phản ánh năng lực của người điều dưỡng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng sinh viên (SV) điều dưỡng, đặc biệt ở giai đoạn thực tập lâm sàng, thường thiếu tự tin, ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng đưa ra quyết định và hiệu quả chăm sóc.

Tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức, chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ tự tin của sinh viên điều dưỡng khi thực hành lâm sàng. Vì vậy, nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả mức độ tự tin của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức năm 2024.
2. Xác định các yếu tố liên quan đến sự tự tin của sinh viên, từ đó cung cấp cơ sở thực tiễn để cải thiện chương trình đào tạo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2024 trên 54 SV điều dưỡng năm 3 tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm SV đã hoàn thành thực tập lâm sàng cơ bản và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng bộ công cụ NCSES với 20 câu hỏi đánh giá mức độ tự tin trong thực hành các kỹ năng lâm sàng, điểm từ 1 (không tự tin) đến 10 (rất tự tin) được đánh giá 6 mức độ: Không tự tin: < 4 điểm; Tự tin thấp: 4 đến < 5 điểm; Tự tin trung bình: 5 đến < 7 điểm; Tự tin: 7 đến < 8 điểm; Tự tin cao: 8 đến < 9 điểm; Rất tự tin: 9 đến 10 điểm.. Bộ công cụ đã được dịch và kiểm định tại Việt Nam, phù hợp với đối tượng nghiên cứu [1].

2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thống kê mô tả được sử dụng để trình bày đặc điểm đối tượng và mức độ tự tin. Kiểm định t-test và phân tích tương quan Pearson được áp dụng để xác định mối liên quan giữa mức độ tự tin và các yếu tố cá nhân, môi trường.

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tại Quyết định số 6324/QĐ-VĐ ngày 11 tháng 12 năm 2024. Quá trình nghiên cứu thực hiện nghiêm túc các quy định về đạo đức trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được báo cáo với lãnh đạo nhà trường.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Nghiên cứu được thực hiện trên 54 SV điều dưỡng năm 3 của Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức, trong đó:

- Giới tính: Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nữ (66,7%), nam giới chiếm 33,3%. Tỷ lệ này phản ánh sự phân bố giới tính thường thấy trong ngành điều dưỡng tại Việt Nam, nơi nữ giới chiếm đa số.

- Tuổi: Độ tuổi trung bình là $20,2 \pm 1,2$ tuổi, phần lớn SV ở độ tuổi từ 20 trở xuống (83,3%). Điều này phù hợp với giai đoạn cuối của chương trình đào tạo cao đẳng điều dưỡng.

3.1.2. Điểm trung bình học tập

- Học lực: Đa số SV đạt học lực khá (85%), trong khi nhóm đạt học lực giỏi chiếm 9%, và nhóm trung bình chiếm 6%. Điều này cho thấy phần lớn SV có nền tảng học thuật tốt, nhưng vẫn tồn tại một số SV cần được hỗ trợ để nâng cao khả năng thực hành lâm sàng.

3.1.3. Yếu tố lựa chọn trường và ngành học

- Có tới 40,4% SV xuất thân từ gia đình có người làm trong ngành y tế, cho thấy truyền thống gia đình là một yếu tố ảnh hưởng quan trọng.

- Phần lớn SV (84,6%) cho biết lựa chọn ngành điều dưỡng là quyết định cá nhân, cho thấy động lực và ý thức rõ ràng trong việc theo đuổi nghề nghiệp.

3.2. Mức độ tự tin của sinh viên

3.2.1. Điểm tự tin trung bình

Bảng 1. Kết quả đánh giá mức độ tự tin của sinh viên điều dưỡng trong thực hành kỹ năng lâm sàng (n=54)

Mức độ tự tin	Số lượng	Tỷ lệ	Điểm tự tin trung bình
Mức 1 (rất tự tin)	7	12.96	7.85 ±1.1
Mức 2 (tự tin cao)	22	40.74	
Mức 3 (tự tin)	12	22.22	
Mức 4 (tự tin trung bình)	13	24.07	
Mức 5 (tự tin thấp)	0	0	
Mức 6 (không tự tin)	0	0	

Nhận xét: Điểm tự tin trung bình của SV là 7,85 ± 1,1, tương ứng với mức "Tự tin". Không có SV nào thuộc nhóm "Tự tin thấp" hoặc "Không tự tin". Đây là một kết quả tích cực, cho thấy chương trình đào tạo tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức có hiệu quả nhất định trong việc chuẩn bị SV cho thực hành lâm sàng.

3.2.2. Mức độ tự tin theo kỹ năng

Mức độ tự tin khác nhau giữa các kỹ năng cụ thể:

- Kỹ thuật cơ bản: Các kỹ thuật thường xuyên được thực hành như đo dấu hiệu sinh tồn (9,67 điểm) và hỗ trợ xét nghiệm (9,33 điểm). Đạt mức tự tin cao nhất 94,4% SV tự nhận "Rất tự tin" khi thực hiện đo dấu hiệu sinh tồn.

Kỹ thuật phức tạp: Các kỹ thuật ít được thực hành hoặc yêu cầu kỹ năng cao hơn như hồi sức tim phổi (5,35 điểm) và đặt nội khí quản (5.54 điểm) có mức tự tin thấp hơn rõ rệt. Điều này phản ánh sự thiếu cơ hội thực hành hoặc các rào cản tâm lý khi tiếp cận các kỹ thuật này

Bảng 2. Mức độ tự tin về thực hiện kỹ năng lâm sàng của ĐTNC (n=54)

Kỹ thuật	Điểm trung bình tự tin	Mức độ tự tin				
		Rất tự tin N (%)	Tự tin cao N (%)	Tự tin N (%)	Tự tin trung bình N (%)	Tự tin thấp N (%)
1. Đo dấu hiệu sinh tồn	9.67 Mức 1	51 (94.4)	3 (5.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2. Hỗ trợ người bệnh thực hiện cận lâm sàng (lấy máu, lấy nước tiểu XN)	9.33 Mức 1	45 (83.3)	7 (13)	0 (0)	2 (3.7)	0 (0)
3. Vệ sinh tay và mang trang phục y tế	9.63 Mức 1	51 (94.4)	2 (3.7)	0 (0)	1 (1.9)	0 (0)
4. Vệ sinh cá nhân cho người bệnh	8.17 Mức 2	24 (44.4)	15 (27.8)	8 (14.8)	5 (9.3)	0 (0)
5. Chuẩn bị giường bệnh (trải ga, thay ga)	9.59 Mức 1	47 (87)	6 (11.1)	0 (0)	1 (1.9)	0 (0)
6. Hỗ trợ người bệnh di chuyển với phương tiện hỗ trợ	9.24 Mức 1	44 (81.5)	5 (9.2)	2 (3.7)	3 (5.6)	0 (0)
7. Hỗ trợ người bệnh đi lại (tự đi, với nạng, với khung tập đi)	8.85 Mức 2	38 (70.4)	6 (11.1)	4 (7.4)	6 (11.1)	0 (0)
8. Tiêm cho người bệnh (tiêm TM, bắp, trong da, dưới da)	8.78 Mức 2	31 (57.4)	16 (29.6)	5 (9.3)	2 (3.7)	0 (0)

9. Truyền tĩnh mạch	8.5 Mức 2	29 (53.7)	13 (24.1)	9 (16.7)	3 (5.6)	0 (0)
10. Cho người bệnh thở oxy	8.74 Mức 2	35 (64.8)	10 (18.5)	4 (7.4)	5 (9.3)	0 (0)
11. Khai thông đường thở, bóp bóng	6.54 Mức 4	7 (13)	8 (14.8)	14 (25.9)	22 (40.7)	3 (5.6)
12. Hồi sức tim phổi cơ bản (nhận định ngừng tuần hoàn, kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn)	5.35 Mức 4	8 (14.8)	2 (3.7)	9 (16.7)	18 (33.3)	17 (31.5)
13. Chuẩn bị hỗ trợ đặt nội khí quản	5.54 Mức 4	5 (9.3)	8 (14.8)	11 (20.4)	16 (29.6)	14 (25.9)
14. Sơ cứu vết thương, các kiểu băng bó vết thương	7.0 Mức 3	12 (22.2)	15 (27.8)	11 (20.4)	12 (22.2)	4 (7.4)
15. Bất động xương chi trên	6.93 Mức	17 (31.5)	10 (18.5)	7 (13)	16 (29.6)	4 (7.4)
16. Bất động xương chi dưới	6.83 Mức 4	19 (35.1)	7 (13)	7 (13)	16 (29.6)	5 (9.3)
17. Bất động cột sống và xương chậu	6.35 Mức 4	9 (16.7)	12 (22.2)	9 (16.7)	17 (31.5)	7 (13)
18. Thay băng cắt chỉ vết thương	8.22 Mức 2	26 (48.1)	15 (27.8)	4 (7.4)	8 (14.8)	1 (1.9)
19. Đặt ống thông dạ dày và cho ăn	6.07 Mức 4	5 (9.3)	13 (24.1)	10 (18.5)	18 (33.3)	8 (14.8)
20. Đặt và rút sonde tiểu	7.70 Mức 3	17 (31.5)	17 (31.5)	11 (20.4)	6 (11.1)	3 (5.6)

3.2.3. Kỹ thuật chưa từng thực hiện

- Hồi sức tim phổi: 24,07% SV chưa từng quan sát hoặc thực hiện kỹ thuật này.
- Phụ giúp đặt nội khí quản: 7,4% SV chưa từng tiếp cận kỹ thuật này.

Các kỹ thuật này yêu cầu sự phối hợp nhóm và trang thiết bị đặc thù, điều này có thể là nguyên nhân chính dẫn đến sự hạn chế trong việc thực hành.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tự tin

3.3.1. Yếu tố cá nhân

- Giới tính: Nam SV tự tin hơn nữ SV (8,1 so với 7.73). Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về cách đối mặt với áp lực và môi trường thực hành.
- Học lực: Nhóm có học lực giỏi thể hiện sự tự tin cao hơn nhóm trung bình và khá cho thấy mối liên hệ giữa thành tích học tập và sự tự tin trong thực hành.
- Thái độ học tập:

Bảng 3. Kết quả đánh giá tự tin và việc tích cực thảo luận trên lớp (n=54)

Thảo luận trên lớp	N	Tỷ lệ (%)	Điểm tự tin trung bình	P
Tích cực thảo luận	14	25.9%	8.55±0.75	0.006
Không tích cực	40	74.1%	7.60±1.14	

Nhận xét: Sự tích cực thảo luận trên lớp và sự chuyên cần khi đi lâm sàng là 2 yếu tố thúc đẩy tích cực đến sự tự tin của các em khi thực hành lâm sàng ($P < 0.05$) cho thấy ngoài yếu tố môi trường thì yếu tố nỗ lực bản thân là yếu tố quan trọng

- Kỹ năng giao tiếp: Nhóm SV nhận định có khả năng giao tiếp bệnh nhân thành thạo khi đi lâm sàng chiếm 74.1%, điểm trung bình tự tin khi thực hiện các kỹ năng lâm sàng là 8.02 ± 1.1 . Nhóm nhận định bản thân giao tiếp chưa thành thạo chiếm 25.9%, điểm trung bình tự tin là 7.35 ± 1.02 . Sự tự tin khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3.3.2. Yếu tố môi trường

- Sự động viên từ giảng viên và điều dưỡng: Có tới 98,1% SV nhận được sự động viên. Điều này chứng minh tại trường CDYTTBVĐ các giảng viên luôn xây dựng môi trường học tập hỗ trợ và tích cực.

- Phương pháp giảng dạy:

Bảng 4. Kết quả đánh giá sự tự tin của sinh viên và nhận định phù hợp của phương pháp giảng dạy tiền lâm sàng (n=54).

Nhận định PP giảng dạy tiền lâm sàng	N	Tỷ lệ (%)	Điểm tự tin trung bình	P
Nhận định phù hợp với khả năng tiếp thu	48	88.9%	8.00±1.01	0.003
Nhận định không phù hợp với khả năng tiếp thu	6	11.1%	6.60±1.25	

Nhận xét: SV đánh giá phương pháp giảng dạy tiền lâm sàng phù hợp có điểm tự tin trung bình cao hơn (8.0 so với 6.6 $p < 0,05$). Cách tiếp cận giảng dạy mang tính tương tác và thực tiễn có ảnh hưởng tích cực đến mức độ tự tin của SV.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ tự tin chung

- Điểm tự tin trung bình của SV điều dưỡng là $7,85 \pm 1,1$, nằm trong mức "Tự tin". Đây là một kết quả tích cực so với các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam. Chẳng hạn, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huyền [3] tại Thái Nguyên chỉ ghi nhận 14,2% SV đạt mức tự tin cao, phần lớn ở mức trung bình. Điều này cho thấy chương trình đào tạo tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức đã phần nào đáp ứng nhu cầu phát triển năng lực thực hành của SV.

- Tuy nhiên, vẫn có sự chênh lệch giữa các kỹ thuật, với sự tự tin cao tập trung ở các kỹ thuật cơ bản và sự tự tin thấp ở các kỹ thuật phức tạp. Điều này đặt ra câu hỏi về sự cân bằng trong chương trình đào tạo giữa lý thuyết và thực hành thực tế.

4.2. Mức độ tự tin theo kỹ năng

- Các kỹ thuật như đo dấu hiệu sinh tồn (9,67 điểm) và hỗ trợ xét nghiệm (9,63 điểm) đạt mức tự tin cao nhất, phản ánh tầm suất thực hành cao và tính quen thuộc của các kỹ thuật này. Ngược lại, các kỹ thuật như hồi sức tim phổi (5,68 điểm) có mức tự tin thấp hơn, điều này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hà [2] tại Tây Nguyên,

nơi các kỹ thuật phức tạp như chăm sóc người bệnh hấp hối cũng có điểm tự tin thấp nhất.

- Sự hạn chế trong việc thực hành các kỹ thuật này có thể liên quan đến thiếu môi trường mô phỏng hoặc không đủ cơ hội tiếp xúc với tình huống thực tế. Điều này cho thấy cần đầu tư hơn vào các phòng mô phỏng lâm sàng và tổ chức các khóa thực hành chuyên sâu để nâng cao sự tự tin của SV.

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tự tin

4.3.1. Yếu tố cá nhân

- Nam SV có mức độ tự tin cao hơn nữ SV, phù hợp với các nghiên cứu trước đây về sự khác biệt tâm lý giữa các giới trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, do nữ giới chiếm đa số trong ngành điều dưỡng, cần tập trung hỗ trợ nhóm này, đặc biệt là trong các kỹ thuật phức tạp.

- SV có học lực giỏi tự tin cao hơn, cho thấy vai trò quan trọng của thành tích học tập trong việc xây dựng sự tự tin. Điều này gợi ý rằng chương trình đào tạo nên bao gồm các chiến lược hỗ trợ học tập dành cho SV có học lực trung bình.

- Yếu tố tích cực thảo luận: tỷ lệ các em tích cực thảo luận trên lớp (ghi nhận 2 câu hỏi/ tiết học) chiếm tỷ lệ còn nhỏ 25.9% tuy vậy điểm trung

bình tự tin nhóm tích cực thảo luận là 8.55 ± 0.75 cao hơn hẳn nhóm không tích cực là 7.60 ± 1.14 và mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Điều này được giải thích khi các em tích cực thảo luận 2 chiều không những nhận được những câu giải đáp thắc mắc từ giáo viên mà còn tạo thói quen chủ động trong học tập, chủ động đặt câu hỏi, chủ động tìm kiếm câu trả lời, từ đó các em sẽ củng cố kiến thức của bản thân và khi đã có kiến thức các em sẽ tự tin hơn.

- Yếu tố chuyên cần khi đi lâm sàng: Ở 2 nhóm chuyên cần và chưa chuyên cần có sự khác biệt điểm trung bình nhóm chuyên cần là 7.9đ, nhóm chưa chuyên cần là 6.78đ, $P < 0.05$. Chúng ta thấy được nhóm SV chuyên cần tự tin hơn hẳn so với nhóm không chuyên cần. Kinh nghiệm trực tiếp đi lâm sàng giúp rèn luyện kỹ năng và từ đó tự tin hơn khi thực hành kỹ năng lâm sàng. Trong thực tế, một việc được thực hiện nhiều lần sẽ giúp chúng ta làm thành thạo hơn, rút được nhiều kinh nghiệm hơn, các em đi học chuyên cần sẽ có nhiều hơn cơ hội tiếp xúc bệnh nhân, có hội thực hành lâm sàng các em sẽ tự tin hơn.

- Yếu tố giao tiếp: Nhóm SV có khả năng giao tiếp thành thạo chiếm đa số (74.1%) điểm trung bình tự tin khi thực hành lâm sàng ở nhóm này là 8.02đ cao hơn hẳn so với nhóm nhận định bản thân giao tiếp chưa giao tiếp thành thạo (7.35đ) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

4.3.2. Yếu tố môi trường

- Sự động viên từ giảng viên và điều dưỡng có tác động tích cực, phù hợp với lý thuyết của Bandura về sự tự tin, trong đó sự hỗ trợ từ người hướng dẫn giúp giảm lo lắng và tăng khả năng đối mặt với các thử thách.

- Phương pháp giảng dạy tiền lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong việc chuẩn bị SV cho thực hành thực tế. Những phương pháp tập trung vào tương tác và thực hành, chẳng hạn như học qua mô phỏng, đã được chứng minh là hiệu quả trong việc nâng cao sự tự tin [5].

4.4. Hạn chế và đề xuất

Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nhỏ và thiết kế cắt ngang, khó xác định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố. Để khắc phục, cần thực hiện các nghiên cứu dọc với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp đánh giá cả kỹ năng thực tế lẫn mức độ tự tin, nhằm đưa ra các giải pháp cải tiến chương trình đào tạo hiệu quả hơn.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- SV điều dưỡng tại Trường Cao đẳng Y tế, Thiết bị Việt Đức có mức độ tự tin trung bình cao ($7,85 \pm 1,1$), đặc biệt ở các kỹ thuật cơ bản như đo dấu hiệu sinh tồn và hỗ trợ xét nghiệm.

- Các kỹ thuật phức tạp ít được thực hành như hồi sức tim phổi cần được chú trọng hơn trong chương trình đào tạo.

- Sự động viên từ giảng viên và phương pháp giảng dạy phù hợp là yếu tố quan trọng thúc đẩy sự tự tin của SV.

- Tăng cường thực hành: Đẩy mạnh việc tổ chức thực hành các kỹ thuật phức tạp, sử dụng mô phỏng hoặc hợp tác với các khoa lâm sàng để tạo cơ hội thực tế cho SV.

- Hỗ trợ SV: Tăng cường động viên, đặc biệt đối với SV nữ và nhóm có học lực trung bình.

- Phát triển chương trình giảng dạy: Nâng cao chất lượng phương pháp giảng dạy tiền lâm sàng, đảm bảo tính thực tiễn và tính tương tác.

- Nghiên cứu tiếp theo: Thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế nghiên cứu dọc để đánh giá sự thay đổi mức độ tự tin theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Chính và cộng sự. (2022). Vai trò của thực hành mô phỏng trong nhi khoa đến sự tự tin của sinh viên đại học điều dưỡng chính quy trong thực hành kỹ thuật tiêm tĩnh mạch cho trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam, 517(2), 32-35.
2. Vũ Thị Thu Hà. (2023). Mức độ tự tin trong thực hành kỹ năng lâm sàng của sinh viên điều dưỡng một số trường cao đẳng khu vực Tây Nguyên năm 2023. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 10(2023), 24-27.
3. Nguyễn Ngọc Huyền. (2019). Sự tự tin trong thực hành kỹ năng lâm sàng của sinh viên điều dưỡng chính quy tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 47(12), 56-62.
4. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman, xx-xx.
5. Kukulku, K., et al. (2013). Self-confidence in nursing students: The role of clinical practice. Journal of Nursing Education, 52(8), 476-483.

NĂNG LỰC THIẾT YẾU CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA NHI TẠI VIỆT NAM ĐỐI CHIẾU THEO KHUNG QUỐC TẾ

ESSENTIAL COMPETENCIES OF PEDIATRIC HEAD NURSES IN VIETNAM COMPARED TO INTERNATIONAL FRAMEWORK

✍ BÙI THỊ THỦY^{1*}, LÊ MINH THỊ², DƯƠNG THỊ MINH HUYỀN¹,
TRƯƠNG TUẤN ANH³, TRẦN MINH ĐIỀN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các năng lực thiết yếu của Điều dưỡng trưởng khoa nhi tại Việt Nam dựa trên khung năng lực quốc tế, từ đó đánh giá mức độ phù hợp và đưa ra các đề xuất đào tạo.

Phương pháp: Nghiên cứu định tính được thực hiện tại ba bệnh viện nhi (cấp tỉnh và trung ương) ở Việt Nam, sử dụng khung năng lực điều dưỡng trưởng quốc tế của Chase (2010). Dữ liệu được thu thập thông qua 14 cuộc phỏng vấn chuyên sâu và bốn cuộc thảo luận nhóm tập trung với tối đa 6 người tham gia mỗi nhóm.

Kết quả: Hầu hết các năng lực trong khung quốc tế đều phù hợp với bối cảnh Việt Nam, đặc biệt là các năng lực chuyên môn, quản lý và lãnh đạo. Tuy nhiên, kỹ năng quản lý tài chính chưa được chú trọng do mô hình quản lý tập trung tại bệnh viện Việt Nam. Ngoài ra, việc tích lũy kinh nghiệm lâm sàng và năng lực quản lý là rất cần thiết để nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhi.

Kết luận: Khung năng lực quốc tế có thể được áp dụng để xây dựng chương trình đào tạo và nâng cao năng lực cho điều dưỡng trưởng khoa nhi tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu có thể cung cấp thông tin quan trọng cho các nhà hoạch định chính sách và các cơ sở đào tạo điều dưỡng nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc nhi khoa.

Từ khóa: điều dưỡng trưởng, nhi khoa, năng lực thiết yếu, Việt Nam.

ABSTRACT

Objective: To identify the essential competencies of pediatric head nurses in Vietnam based on an international competency framework, assess their relevance, and propose training recommendations.

Methods: A qualitative study was conducted at three pediatric hospitals (provincial and national levels) in Vietnam, using Chase's (2010) international head nurse competency framework. Data were collected through 14 in-depth interviews and four focus group discussions, with up to six participants per group.

Results: Most competencies in the international framework were found to be relevant to the Vietnamese context, particularly in clinical expertise, management, and leadership. However, financial management skills have not been prioritized due to the centralized hospital management model in Vietnam. Additionally, accumulating clinical experience and management competencies is crucial for improving pediatric nursing care quality.

Conclusions: The international competency framework can be applied to develop training programs and enhance the competencies of pediatric head nurses in Vietnam. The study results provide valuable insights for policymakers and nursing education institutions to improve the quality of pediatric nursing services.

Keywords: head nurse, pediatrics, essential competencies, Vietnam.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương, ²Trường Đại học Y tế công cộng,
³Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
^{*}ĐT: 0988719776; Email: thuybui@nch.gov.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025
NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 11.2.2025
NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 16.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều dưỡng nhi khoa đóng vai trò thiết yếu trong chăm sóc sức khỏe trẻ em⁷. Trong đó, Điều dưỡng trưởng khoa nhi giữ vai trò quan trọng trong quản lý dịch vụ lâm sàng và đảm bảo chất lượng chăm sóc tại các bệnh viện^{6,7}. Mặc dù nhu cầu điều dưỡng nhi khoa ngày càng tăng, hệ thống y tế Việt Nam vẫn thiếu hụt nghiêm trọng đội ngũ điều dưỡng trưởng có đủ trình độ và năng lực lãnh đạo.

Thiếu hụt nguồn lực và chương trình phát triển chuyên môn khiến điều dưỡng trưởng gặp nhiều khó khăn trong nâng cao năng lực quản lý. Đặc biệt, sự hạn chế trong đào tạo chuyên sâu về quản lý và lãnh đạo khiến họ đối mặt với thách thức trong điều hành nhóm và đảm bảo chất lượng chăm sóc¹. Do đó, cần có chiến lược hỗ trợ toàn diện, bao gồm cải thiện chương trình đào tạo, cung cấp tài liệu chuyên môn và tạo điều kiện phát triển nghề nghiệp liên tục.

Phát triển và duy trì năng lực cốt lõi của điều dưỡng trưởng là yếu tố then chốt để nâng cao chất lượng chăm sóc trẻ em. Các năng lực này không chỉ bao gồm kiến thức y khoa mà còn đòi hỏi kỹ năng quản lý, giao tiếp và điều phối dịch vụ hiệu quả. Đầu tư vào đào tạo và phát triển các năng lực này sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và đáp ứng nhu cầu y tế ngày càng cao tại Việt Nam.

Khung năng lực của Chase (2010) là bộ tiêu chuẩn đánh giá và phát triển kỹ năng lãnh đạo, quản lý của điều dưỡng trưởng⁴. Khung này bao gồm năm nhóm năng lực chính: (1) Kiến thức về môi trường chăm sóc sức khỏe, (2) Truyền thông và quản lý mối quan hệ, (3) Tính chuyên nghiệp, (4) Năng lực lãnh đạo, (5) Năng lực quản lý tài chính, với tổng cộng 53 năng lực thiết yếu³.

Nghiên cứu này nhằm đối chiếu khung năng lực quốc tế với bối cảnh Việt Nam, từ đó đề xuất chính sách và chiến lược đào tạo phù hợp. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần phát triển đội ngũ điều dưỡng trưởng khoa nhi có năng lực cao, mang lại lợi ích cho người bệnh và hệ thống y tế.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu định tính được thực hiện tại ba bệnh viện Nhi ở Việt Nam nhằm xây

dựng khung năng lực của điều dưỡng trưởng khoa nhi theo tiêu chuẩn quốc tế, đồng thời điều chỉnh phù hợp với bối cảnh Việt Nam.

Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng khoa nhi và Bác sĩ có ít nhất hai năm kinh nghiệm làm việc tại ba bệnh viện được chọn vào nghiên cứu. Tổng cộng 14 cuộc phỏng vấn sâu và bốn thảo luận nhóm tập trung (mỗi nhóm tối đa 6 người) được tiến hành. Việc chọn mẫu có chủ đích dựa trên sự tự nguyện tham gia. Dữ liệu được thu thập trong năm 2023.

Thu thập dữ liệu: Nghiên cứu sử dụng phỏng vấn bán cấu trúc và thảo luận nhóm tập trung, dựa trên khung năng lực quốc tế của Chase³. Các nhóm nghiên cứu đánh giá mức độ phù hợp của từng năng lực với điều dưỡng trưởng khoa nhi trong hệ thống bệnh viện Việt Nam.

Phân tích dữ liệu: Dữ liệu ghi âm được phiên âm và phân tích theo chủ đề bằng phần mềm Mindjet MindManager.

Độ tin cậy và tính nghiêm ngặt: Nghiên cứu viên áp dụng kiểm tra thành viên nhóm, kiểm tra chéo và ghi chú thực địa chi tiết để đảm bảo tính chính xác. Kiểm tra thành viên giúp xác minh phát hiện với người tham gia, trong khi kiểm tra chéo sử dụng đa dạng nguồn dữ liệu, bao gồm phỏng vấn và thảo luận nhóm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức, đảm bảo sự đồng thuận tham gia, bảo mật danh tính, và đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt (số 1284/BVNTW-HĐĐĐ).

3. KẾT QUẢ

1. Các năng lực chuyên môn thiết yếu

Năng lực thiết yếu của Điều dưỡng trưởng nhi khoa tại Việt Nam được trình bày tại bảng 1

Bảng 3.1: Đối chiếu các năng lực thiết yếu của điều dưỡng trưởng nhi khoa quốc tế và tại Việt Nam theo mức độ quan trọng

AONE-Kiến thức về môi trường chăm sóc sức khỏe (Kỹ thuật Chase)		Kiến thức và hiểu biết	Khả năng thực hiện và/hoặc sử dụng
1.	Tiêu chuẩn thực hành điều dưỡng	++++	+++
2.	Hệ thống cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng	++++	+++
3.	Lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng	++++	+++
4.	Kỹ năng lâm sàng	+++	+++
5.	Ra quyết định chăm sóc phù hợp với tình trạng người bệnh.	++++	+++
6.	Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn	+++	++
7.	Nghiên cứu và thực hành dựa trên bằng chứng	+++	++
8.	Kỹ thuật mới	+++	+++
9.	Quản lý ca lâm sàng	+++	+++
10.	Hệ thống thông tin và máy tính	++	++
AONE-Truyền thông và quản lý mối quan hệ (Con người Chase)		Kiến thức và hiểu biết	Khả năng thực hiện và/hoặc sử dụng
11.	Quy định chuẩn của cơ quan quản lý	+++	+++
12.	Giao tiếp hiệu quả	++++	++++
13.	Chiến lược quản lý nguồn nhân lực hiệu quả	+++	+++
14.	Chiến lược tuyển dụng nhân sự	++	++
15.	Chiến lược giữ nhân viên	++	+++
16.	Kỷ luật có hiệu quả	+++	+++
17.	Chiến lược tư vấn hiệu quả	++	+++
18.	Đánh giá thành tích có tính xây dựng	+++	+++
19.	Chiến lược phát triển nhân viên	++	++
20.	Quy trình làm việc nhóm	+++	++++
21.	Kỹ thuật phỏng vấn	++++	++++
22.	Chiến lược xây dựng đội ngũ	+++	+++
23.	Có tính hài hước	+	+/_
24.	Tinh thần lạc quan	++	++

Bảng 1 mô tả các năng lực mang tính chuyên môn bao gồm các năng lực của Điều dưỡng chung. Theo bảng này, kết quả thảo luận cho thấy hầu hết các năng lực quốc tế đều phù hợp và có thể áp dụng cho năng lực kiến thức và thực hành vì đây là các năng lực thiết yếu của điều dưỡng. Riêng năng lực số 23, 24 về tính hài hước và lạc quan thì có nhóm thảo luận là cần thiết, có nhóm không và không được đánh giá là năng lực thiết yếu phù hợp tại Việt Nam.

Giao tiếp và tư vấn hiệu quả là yếu tố cốt lõi cho sự thành công của một người điều dưỡng

trưởng vì họ đóng vai trò then chốt trong việc chăm sóc trẻ em, thanh thiếu niên và gia đình. Điều dưỡng nhi khoa không chỉ bao gồm việc chăm sóc những người bệnh trẻ tuổi mà còn hỗ trợ và giáo dục gia đình của các em. Họ phải thiết lập các kênh giao tiếp mở trong nhóm điều dưỡng và với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác. Tất cả các cuộc thảo luận nhóm tập trung đều nhấn mạnh yêu cầu này vì điều dưỡng nhi khoa phải đồng cảm và giàu lòng trắc ẩn, tích cực lắng nghe trẻ em và gia đình của các em để hiểu được mối quan tâm của họ.

Bảng 3.2: Các năng lực liên quan tới lãnh đạo và quản lý

AONE-Chuyên nghiệp (Khái niệm Chase)		Kiến thức và hiểu biết	Khả năng thực hiện và/hoặc sử dụng
25.	Lý thuyết điều dưỡng	++++	++++
26.	Lý thuyết về hành chính/tổ chức	+++	+++
27.	Lập kế hoạch chiến lược/phát triển mục tiêu	+++	+++
28.	Nguyên tắc đạo đức nghề nghiệp	+++	++
29.	Lý thuyết dạy/học	+++	+++
30.	Quy trình và vận động chính sách	++	Yếu, cần cải thiện
31.	Quy trình cải tiến/chất lượng	++	++
32.	Vấn đề pháp lý	+++	Yếu, cần cải thiện

Bảng 2 mô tả các năng lực mang tính chuyên nghiệp của Điều dưỡng trưởng khoa. Theo bảng này, kết quả thảo luận cho thấy hầu hết các năng lực quốc tế đều phù hợp và rất thiết yếu đối với vị trí Điều dưỡng trưởng khoa nhi, nhất là tại các bệnh viện lớn. Tuy nhiên, nhóm các năng lực này là nhóm các năng lực mà Điều dưỡng trưởng khoa nhi tại Việt Nam chưa mạnh, ví dụ năng lực về quy trình vận động chính sách, pháp lý và cải thiện chất lượng vì hầu hết các Điều dưỡng trưởng còn đang chú trọng nhiều về lâm sàng và chuyên môn hơn là các hoạt động vĩ mô.

Bảng 3.3: Các nhóm năng lực lãnh đạo và quản lý tài chính

AONE-Lãnh đạo (Lãnh đạo Chase)		Kiến thức và hiểu biết	Khả năng thực hiện và/hoặc sử dụng
33.	Ra quyết định	+++	+++
34.	Quyền lực và trao quyền	+++	++
35.	Sự ủy quyền	+++	+++
36.	Quá trình của sự thay đổi	+++	++
37.	Giải quyết xung đột	+++	+++
38.	Giải quyết vấn đề	++++	+++
39.	Kiểm soát căng thẳng	+	+
40.	Quy trình nghiên cứu	+	+
41.	Chiến lược tạo động lực	++	++
42.	Tổ chức công việc tại đơn vị và quy trình công việc	++	+++
43.	Chính sách và quy trình	++	++
44.	Giáo dục nhân viên	+++	+++

45.	Quản lý thời gian	+++	++
46.	Phối hợp chăm sóc liên ngành	+++	++
AONE - Kỹ năng và nguyên tắc quản lý tài chính		Kiến thức và hiểu biết	Khả năng thực hiện và/hoặc sử dụng
47.	Hạn chế chi phí và thực hành tránh lãng phí	++	+++
48.	Đo lường đánh giá năng suất	+	Yếu
49.	Lập kế hoạch ngân sách hoạt động và đầu tư	Không thực hiện	+
50.	Phân tích chi phí lợi ích	++	Không thực hiện
51.	Các biện pháp kiểm soát ngân sách đơn vị	+	++
52.	Quản lý nguồn tài chính mua sắm	+	+
53.	Giám sát nguồn tài chính	Yếu	+

Kỹ năng lãnh đạo hiệu quả là điều cần thiết để các Điều dưỡng trưởng truyền cảm hứng và thúc đẩy nhân viên điều dưỡng của mình. Họ phải có khả năng thiết lập tầm nhìn rõ ràng cho khoa nhi, thiết lập mục tiêu và hướng dẫn để đạt được mục tiêu đó.

Kỹ năng quản lý cũng quan trọng không kém đối với các điều dưỡng trưởng để giám sát hiệu quả các hoạt động hàng ngày của khoa nhi. Quản lý hiệu quả bao gồm lập kế hoạch chiến lược, phân bổ nguồn lực và ra quyết định để tối ưu hóa việc cung cấp dịch vụ chăm sóc người bệnh. Các Điều dưỡng trưởng phải có khả năng ưu tiên nhiệm vụ, phân công trách nhiệm và quản lý hiệu quả các nguồn lực con người và trang thiết bị của khoa. Đây là các kĩ năng quan trọng nhưng còn yếu.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các năng lực quốc tế khá phù hợp để xây dựng năng lực kiến thức và thực hành đối với Điều dưỡng trưởng khoa nhi. Điều dưỡng trưởng phải tích lũy kinh nghiệm lâm sàng nhằm cải thiện kỹ năng đánh giá và tư duy phản biện, giúp họ đưa ra quyết định sáng suốt và quản lý hiệu quả việc chăm sóc bệnh nhi^{2,4}. Bằng cách tích cực tham gia vào việc chăm sóc người bệnh, các Điều dưỡng trưởng khoa được tiếp xúc với nhiều tình trạng và quy trình y tế khác nhau, giúp nâng cao khả năng phán đoán lâm sàng và giúp họ xác định các rủi ro và biến chứng tiềm ẩn. Trong 24 nhóm năng lực nhóm chuyên môn này, chỉ 2 năng lực số 23,24 có thể cân nhắc loại khỏi

nhóm năng lực thiết yếu tại Việt Nam, mà chỉ mang tính bổ sung do đặc thù làm việc với trẻ em.

Hơn nữa, kinh nghiệm lâm sàng đáng kể này thúc đẩy sự phát triển các phẩm chất lãnh đạo thiết yếu, chẳng hạn như giao tiếp hiệu quả, giải quyết vấn đề và kỹ năng xây dựng nhóm. Những kỹ năng này rất quan trọng trong vai trò quản lý, vì các điều dưỡng trưởng chịu trách nhiệm điều phối và lãnh đạo một nhóm điều dưỡng, hợp tác với các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác và giao tiếp với người bệnh và gia đình của họ⁴.

Kỹ năng giao tiếp và tương tác nhạy cảm là cần thiết đối với các điều dưỡng trưởng nhi khoa. Giao tiếp, đặc biệt là với người bệnh, gia đình và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, là điều cần thiết trong chăm sóc sức khỏe, vì vậy các Điều dưỡng trưởng cần có trình độ ngôn ngữ tốt hoặc có thể tiếp cận các dịch vụ biên dịch. Giao tiếp sai, đặc biệt là trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, có thể dẫn đến hiểu lầm và kết quả sức khỏe tiêu cực^{5,9}.

Việc tiếp xúc với các bối cảnh lâm sàng và nhóm người bệnh khác nhau cũng mở rộng góc nhìn của người điều dưỡng trưởng về chăm sóc sức khỏe nhi khoa, cho phép họ thích ứng với các nhu cầu đa dạng của nhóm người bệnh của mình. Do đó, họ được trang bị tốt hơn để giải quyết các thách thức chăm sóc sức khỏe khác nhau và điều chỉnh các kế hoạch chăm sóc để đáp ứng nhu cầu riêng biệt của từng người bệnh.

Ngoài năng lực lâm sàng, chuyên môn quản lý cho phép các Điều dưỡng trưởng có được sự hiểu biết sâu sắc về các chính sách, quy trình của bệnh viện⁹. Kiến thức này rất quan trọng để đảm bảo rằng đơn vị

hoạt động tuân thủ các tiêu chuẩn về chất lượng và an toàn, tối ưu hóa kết quả cho người bệnh.

Năng lực văn hóa cũng đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng lòng tin và mối quan hệ với bệnh nhi và gia đình của họ. Khi các Điều dưỡng trưởng thể hiện sự tôn trọng đối với nền tảng văn hóa của người bệnh, điều đó sẽ thúc đẩy trải nghiệm chăm sóc sức khỏe tích cực và tạo điều kiện cho giao tiếp hiệu quả. Dữ liệu cũng cho thấy vai trò quan trọng của văn hóa⁹.

Bên cạnh đó, hai nhóm năng lực về quản lý và lãnh đạo được các Điều dưỡng trưởng và Bác sỹ trưởng khoa đánh giá cao, nhưng năng lực thực tế của điều dưỡng còn chưa đáp ứng với kỳ vọng. Đối với năng lực lãnh đạo, khả năng lãnh đạo mạnh mẽ thúc đẩy ý thức về mục đích và định hướng trong nhóm điều dưỡng, khuyến khích họ hợp tác làm việc hướng tới mục tiêu chung là cung cấp dịch vụ chăm sóc người bệnh chất lượng cao. Ngược lại, do hệ thống tổ chức bệnh viện tập trung theo khoa phòng và đơn vị tài chính/kế hoạch quản lý riêng về tài chính nên chưa được điều dưỡng trưởng đánh giá cao trong bối cảnh tại Việt Nam.

Hạn chế của nghiên cứu: Hạn chế của nghiên cứu bao gồm phạm vi nghiên cứu hạn chế tập trung vào các đối chiếu mang tính định tính nên chưa tính điểm được chính xác.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được 53 nội dung thuộc 6 nhóm năng lực thiết yếu của điều dưỡng trưởng khoa nhi theo khung năng lực quốc tế của Chase (2010) và đối chiếu với bối cảnh Việt Nam. Kết quả cho thấy phần lớn các năng lực này có thể áp dụng trong hệ thống y tế Việt Nam, đặc biệt là nhóm năng lực chuyên môn, quản lý và lãnh đạo. Tuy nhiên, các năng lực liên quan đến chính sách, nghiên cứu và quản lý tài chính chưa được phát triển đầy đủ, phản ánh thực trạng mô hình quản lý tập trung tại các bệnh viện công ở Việt Nam.

Trong bối cảnh hội nhập và đổi mới hệ thống y tế, việc chuẩn bị và nâng cao năng lực cho đội ngũ điều dưỡng trưởng khoa nhi là hết sức cần thiết để đảm bảo chất lượng dịch vụ chăm sóc trẻ em. Việc tích lũy kiến thức và kỹ năng lâm sàng, quản lý nhân sự và lãnh đạo nhóm cần được chú trọng hơn nữa. Do vậy cần: (i) Xây dựng và triển khai thực hiện chương trình đào tạo điều dưỡng trưởng khoa nhi; (ii) Các bệnh viện và cơ sở y tế nên tổ chức các khóa đào tạo ngắn hạn về

kỹ năng quản lý, chính sách y tế và nghiên cứu khoa học nhằm nâng cao năng lực chuyên môn và quản lý cho điều dưỡng trưởng; (iii) Tăng cường hỗ trợ từ cấp quản lý, quan tâm đến vai trò của điều dưỡng trưởng khoa nhi trong hệ thống y tế, tạo điều kiện cho họ tham gia các chương trình phát triển năng lực và trao quyền nhiều hơn trong quản lý tài chính, nhân sự; (iv) Cần có thêm các nghiên cứu đánh giá hiệu quả áp dụng khung năng lực quốc tế vào thực tế Việt Nam, từ đó điều chỉnh và phát triển mô hình đào tạo phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Thùy Linh, Nguyễn Mạnh Khánh. 2022. Thực trạng đào tạo liên tục của điều dưỡng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2020-2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022 Oct 9;518(2).
2. Cathcart EB, Greenspan M, Quin M. 2010. The making of a nurse manager: the role of experiential learning in leadership development. *Journal of Nursing Management*;18(4):440-7.
3. Chase L. Nurse manager competencies. 1994. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 1994 Apr 1;24(4S):56-62.
4. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML, McDaniel AM. 2021. Gender and managerial competence: a comparison of male and female first-line nurse managers in Indonesia. *Frontiers of Nursing*.8(1):49-58.
5. Kukkonen P, Leino-Kilpi H, Koskinen S, Salminen L, Strandell-Laine C. 2020. Nurse managers' perceptions of the competence of newly graduated nurses: a scoping review. *Journal of Nursing Management*. 2020 Jan;28(1):4-16.
6. Ma H, Chihava TN, Fu J, Zhang S, Lei L, Tan J, Lin L, Luo Y. 2020. Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. *Journal of nursing management*. Sep;28(6):1166-76.
7. Rudd K, Kocisko D. 2013. *Pediatric nursing: the critical components of nursing care*. FA Davis; 2013 Oct 10.
8. Walsh AP, Harrington D, Hines P. 2020. Are hospital managers ready for value-based healthcare? A review of the management competence literature. *International Journal of Organizational Analysis*. Jan 10;28(1):49-65.
9. Warshawsky N, Cramer E. 2019. Describing nurse manager role preparation and competency: findings from a national study. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. May 1;49(5):249-55.

THỰC TRẠNG CHO TRẺ BÚ SỚM CỦA SẢN PHỤ SAU SINH TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN KIẾN AN - HẢI PHÒNG NĂM 2024

THE STATUS OF EARLY BREASTFEEDING AMONG POSTPARTUM WOMEN AT THE
OBSTETRICS DEPARTMENT OF KIEN AN-HAI PHONG HOSPITAL IN 2024

✍ NGUYỄN THỊ NHẬN^{1*}, TRỊNH THỊ MY¹, VŨ THỊ THÙY LINH¹,
LÊ VĂN MẠNG², NGUYỄN THỊ NGÂN³, TRẦN VĂN VUI⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng cho trẻ bú sớm và xác định các yếu tố liên quan đến việc cho trẻ bú sớm của sản phụ tại khoa Sản, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 286 sản phụ sau sinh từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2024. Dữ liệu được thu thập thông qua phiếu khảo sát có cấu trúc và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các yếu tố liên quan đến thực hành cho trẻ bú sớm được phân tích bằng kiểm định thống kê thích hợp.

Kết quả: Tỷ lệ sản phụ cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 71,0%. Các yếu tố có liên quan đến thực hành cho trẻ bú sớm bao gồm nhóm tuổi của mẹ, hình thức sinh và giới tính của trẻ ($p < 0,05$). Trong đó, sản phụ ≥ 30 tuổi có khả năng cho trẻ bú sớm cao hơn so với nhóm dưới 30 tuổi (OR=0,556, 95% CI: 0,333 – 0,930, $p=0,024$). Sản phụ sinh thường có khả năng cho trẻ bú sớm cao hơn so với sinh mổ (OR=3,016, 95% CI: 1,770 – 5,139, $p=0,000$). Ngoài ra, tỷ lệ trẻ nam được bú sớm cao hơn so với trẻ nữ (OR=1,926, 95% CI: 1,149 – 3,230, $p=0,012$). Lý do phổ biến khiến sản phụ không cho trẻ bú sớm là cảm giác đau và mệt mỏi (73,5%).

Kết luận: Mặc dù tỷ lệ sản phụ cho trẻ bú sớm tại Bệnh viện Kiến An tương đối cao, nhưng vẫn chưa đạt mức tối ưu theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới. Cần có các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao nhận thức và hỗ trợ sản phụ, đặc biệt là nhóm sinh mổ, để tăng tỷ lệ thực hành cho trẻ bú sớm.

Từ khóa: Nuôi con bằng sữa mẹ, bú sớm, sản phụ sau sinh.

ABSTRACT

Objective: to describe the status of early breastfeeding and identify factors associated with early breastfeeding practices among postpartum women at the Obstetrics Department of Kien An Hospital, Hai Phong, in 2024.

Methodology: A cross-sectional study was conducted on 286 postpartum women from March to September 2024. Data were collected through structured questionnaires and analyzed using SPSS 20.0 software. Factors related to early breastfeeding practices were examined using appropriate statistical tests.

Results: The rate of postpartum women practicing early breastfeeding within the first hour after birth was 71.0%. Factors significantly associated with early breastfeeding practices included maternal age, mode of delivery, and infant gender ($p < 0.05$). Specifically, mothers aged ≥ 30 were more likely to initiate early breastfeeding than those under 30 (OR=0.556, 95% CI: 0.333–0.930, $p=0.024$). Women who had vaginal deliveries had a higher likelihood of early breastfeeding compared to those who had cesarean sections (OR=3.016, 95% CI: 1.770–5.139, $p=0.000$). Additionally, male infants were more likely to be breastfed early than female infants (OR=1.926, 95% CI: 1.149–3.230, $p=0.012$). The most common reasons for not initiating early breastfeeding were maternal pain and fatigue (73.5%).

Conclusions: Although the early breastfeeding rate at Kien An Hospital is relatively high, it has not yet reached the optimal level recommended by the World Health Organization. Interventions are needed to raise awareness and provide better support for postpartum women, particularly those undergoing cesarean sections, to improve early breastfeeding practices.

Keywords: Breastfeeding, early breastfeeding, postpartum women.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) là phương pháp nuôi dưỡng trẻ tự nhiên mang lại lợi ích tối ưu cho sự phát triển của trẻ. NCBSM là biện pháp can thiệp có hiệu quả nhất trong giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cho trẻ [12]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc UNICEF cảnh báo rằng, có khoảng 77 triệu trẻ sơ sinh trên toàn cầu không được bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh [11].

Việc bắt đầu cho trẻ bú sớm, nghĩa là cho trẻ sơ sinh bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, là một biện pháp can thiệp có tác động cao giúp trẻ phát triển tốt cả về thể chất lẫn tinh thần, đồng thời hạn chế được những bệnh nguy hiểm như suy dinh dưỡng, các bệnh đường tiêu hóa và hô hấp cho trẻ khi hệ miễn dịch chưa hoàn chỉnh [11].

Tại Việt Nam, năm 2014 và năm 2016, căn cứ nội dung hướng dẫn của WHO, Bộ Y tế đã ban hành các quyết định hướng dẫn chuyên môn Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ - sau mổ lấy thai và nội dung cho trẻ bú sớm cũng là một bước quan trọng trong quy trình chăm sóc thiết yếu này, cũng năm 2016, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 38/2016/TT-BYT về việc quy định một số biện pháp thúc đẩy việc NCBSM tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh [1, 2]. Đến nay, các hướng dẫn này đang được triển khai tại các cơ sở Y tế nhằm nâng cao tỷ lệ trẻ được bú sớm ngay sau sinh trên toàn quốc. Tuy nhiên, tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh ở nước ta còn thấp 25,2% [5]. Do đó, nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng nhằm mô tả thực trạng cho trẻ bú sớm và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến việc cho trẻ bú sớm sau khi sinh con của các sản phụ có ý nghĩa quan trọng, giúp cung cấp thêm các bằng chứng khoa học trong việc nuôi dưỡng trẻ, đặc biệt là trẻ sơ sinh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sản phụ sau khi sinh con tại Khoa Sản - Bệnh viện Kiến An

Tiêu chuẩn lựa chọn

Sản phụ sinh thường hoặc sinh mổ và đang nằm viện tại khoa Sản - Bệnh viện Kiến An, Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Sản phụ mắc bệnh không thể cho con bú như: HIV, lao giai đoạn lây, tình trạng nhiễm độc.

Sản phụ phải tách con (con chuyển viện).

Sản phụ bị trầm cảm, rối loạn tâm thần.

Sản phụ không có khả năng nghe, đọc, viết tiếng Việt.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2024 đến hết tháng 9/2024

Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Sản Bệnh viện Kiến An

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ

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

- n: số sản phụ tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu
 - α : mức ý nghĩa thống kê (Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$).

- p = 0,77 (Tỷ lệ trẻ bú sớm sau sinh của sản phụ tại Bệnh viện trường Đại học Thái Nguyên năm 2022 là 77%) [5]

- d = 0,05 sai số mong muốn giữa mẫu nghiên cứu và quần thể.

Thay vào công thức ta được n = 272 sản phụ. Thực tế, cỡ mẫu của nghiên cứu là 286 sản phụ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Công cụ thu thập số liệu: Phiếu câu hỏi khảo sát được thiết kế dựa vào các mục tiêu nghiên cứu và các tài liệu tham khảo.

2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số phụ thuộc: Trẻ sơ sinh được bú sớm

Biến số độc lập:

- Yếu tố cá nhân mẹ: Tuổi, trình độ, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, hình thức sinh...

- Yếu tố con: Tình trạng sức khỏe, giới tính, cân nặng....

¹Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

²Sở Y tế, Hải Phòng

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

⁴Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Nhận

SĐT: 0396962697

Email: mhm2130016@studenthup.edu.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 6.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 8.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 15.2.2025

- Yếu tố dịch vụ y tế: tư vấn NCBSM của nhân viên y tế (NVYT), Sự hỗ trợ chăm sóc của NVYT sau sinh....

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

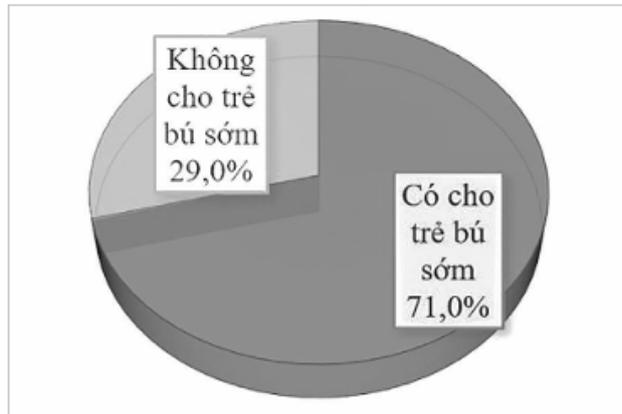
Số liệu thu thập được, làm sạch, mã hóa, nhập, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả phân tích được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

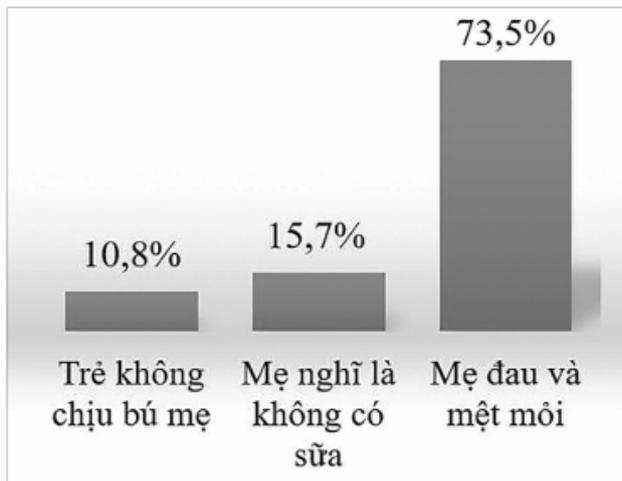
Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học và Công nghệ Bệnh viện Kiến An thông qua. Toàn bộ thông tin sản phụ nghiên cứu được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

Trong số 286 đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình của sản phụ là $29,7 \pm 6,2$; trong đó Min: 16 tuổi; Max: 44 tuổi. Có 77,6% sản phụ sinh sống ở khu vực nông thôn, 62,6% sản phụ có trình độ học vấn từ THPT trở xuống, có 35,0% sản phụ làm công nhân, có 51,7% sản phụ sinh thường, 92,3% trẻ đủ tháng, tỷ lệ trẻ có cân nặng trên 2500 gram là 94,4% và có 54,9% trẻ có giới tính là nam giới.



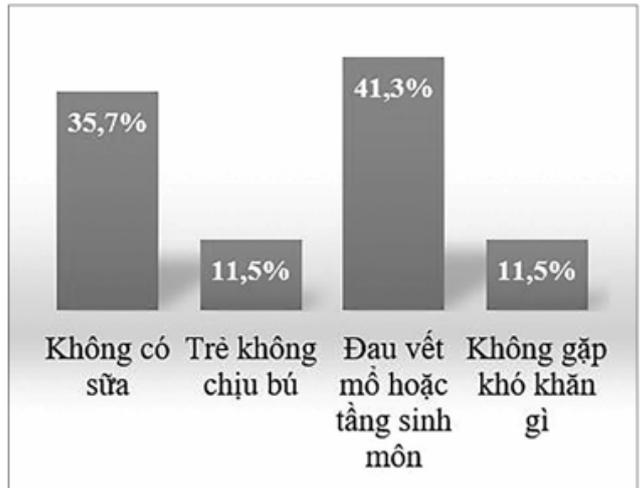
a) Thực hành của sản phụ cho trẻ bú sớm lần đầu sau sinh (n=286)



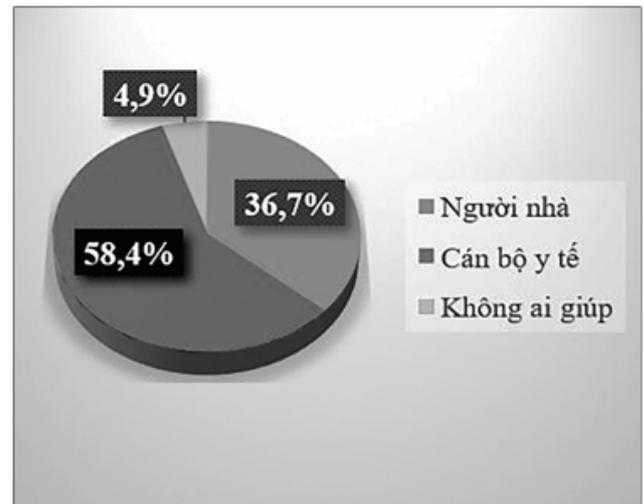
b) Lý do sản phụ không cho trẻ bú sớm (n=83)

Biểu đồ 3.2. Thực hành cho trẻ bú sớm của sản phụ

Biểu đồ 3.2 cho thấy số sản phụ có thực hành cho con bú sớm đạt 71,0%. Lý do sản phụ không cho trẻ bú sớm là do người mẹ cảm thấy đau và mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất, với 73,5%.



a) Những khó khăn sản phụ gặp phải khi cho trẻ bú lần đầu (n=286)



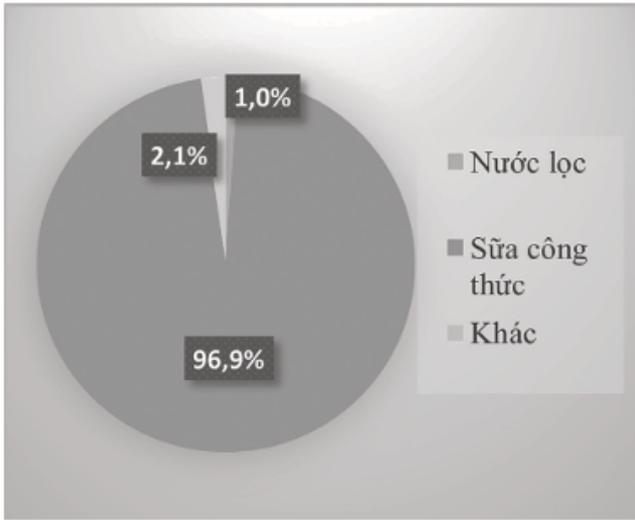
b) Người giúp đỡ sản phụ khi cho con bú lần đầu (n=286)

Biểu đồ 3.3. Khó khăn sản phụ gặp phải khi cho trẻ bú và sự hỗ trợ khi sản phụ cho bú lần đầu

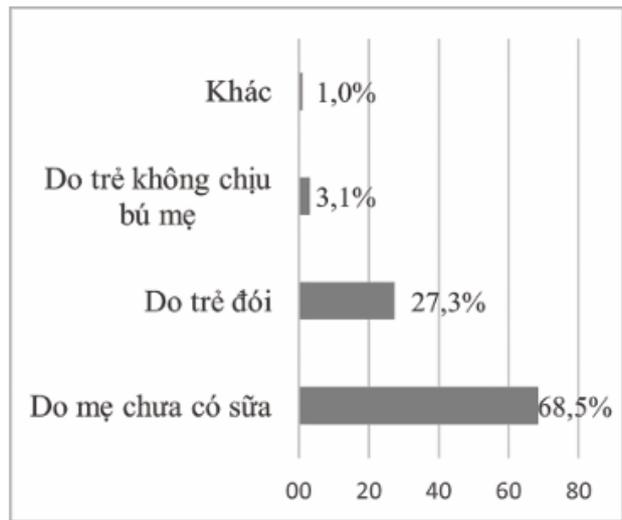
Những khó khăn mà sản phụ hay gặp khi cho trẻ bú lần đầu là đau vết mổ hoặc tăng sinh môn (41,3%), khó khăn ít gặp là trẻ không chịu bú (11,5%). Người giúp đỡ sản phụ khi cho con bú lần đầu là cán bộ y tế 58,4%.

Biểu đồ 3.4. Đồ uống ngoài sữa mẹ và lý do cho trẻ uống ngoài sữa mẹ

Đa số sản phụ cho trẻ uống đồ uống ngoài sữa mẹ là sữa công thức 96,9%. Lý do sản phụ cho trẻ uống sữa ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất là do mẹ chưa có sữa, với tỷ lệ 68,5%.



a) Đồ uống ngoài sữa mẹ của trẻ (n=286)



b) Lý do sản phụ cho trẻ sử dụng đồ uống ngoài sữa mẹ (n=286)

Bảng 3.1. Một số yếu tố liên quan tới thực hành cho trẻ bú sớm của sản phụ sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Kiến An

Đặc điểm		Có cho trẻ bú sớm		Không cho trẻ bú sớm		OR (95%CI)	p
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi của mẹ	< 30 tuổi	89	64,0	50	36,0	0,556 (0,333 – 0,930)	0,024
	≥ 30 tuổi	112	76,2	35	23,8		
Trình độ học vấn	≤ THPT	123	72,6	56	27,4	1,345 (0,801 – 2,259)	0,262
	Trên THPT	69	66,4	38	33,6		
Hình thức sinh lần này	Sinh thường	120	81,1	28	18,9	3,016 (1,770 – 5,139)	0,000
	Sinh mổ	81	58,7	57	41,3		
Tuổi thai của trẻ	Đủ tháng	184	69,7	80	30,3	1,478 (0,527 – 4,145)	0,455
	Khác	17	77,3	5	22,7		
Sản phụ được tư vấn NCBSM	Có	188	70,4	79	29,6	0,910 (0,334 – 2,481)	0,854
	Không	13	68,4	6	31,6		
Cân nặng lúc sinh của trẻ	< 2500 gram	4	80,0	1	20,0	1,648 (0,181 – 14,970)	0,654
	≥ 2500 gram	199	70,8	82	29,2		
Giới tính của trẻ	Nam	121	77,1	36	22,9	1,926 (1,149 – 3,230)	0,012
	Nữ	82	63,6	47	36,4		

Có sự liên quan giữa nhóm tuổi của mẹ, hình thức sinh và giới tính của trẻ đến việc cho trẻ bú sớm của sản phụ tại Bệnh viện Kiến An (p<0,05).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 286 sản phụ sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Kiến An, kết quả cho thấy tỷ lệ sản phụ cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh là 71,0%. Kết quả của chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu Lục thị Thanh Nhân tại huyện Yên Mô, tỉnh Ninh Bình cho thấy có 73,2% bà mẹ thực hành cho con bú sớm trong vòng 1 giờ sau sinh và thấp hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Sản – Nhi Cà Mau năm 2020 với tỷ lệ trẻ bú sớm là 95% [8]. Sự khác biệt kết quả có thể giải thích rằng tại mỗi địa phương cùng yếu tố vùng miền sẽ làm ảnh hưởng đến thực hành cho trẻ bú sớm của sản phụ. Cho trẻ bú mẹ sớm đặc biệt là sữa non có tác dụng tăng cường hệ miễn dịch cho trẻ, ngoài ra có thể ngăn ngừa việc tử vong do tiêu chảy và nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Cho trẻ bú sớm còn làm kích thích tuyến yên tăng tiết oxytocin giúp tử cung co tốt hơn để phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

Một trong những lý do trẻ không được bú sớm trong vòng một giờ đầu sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là do yếu tố sản phụ cảm thấy đau và mệt mỏi chiếm tỷ lệ 73,5%. Kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Lê Thị Phê tại Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc là 73,7% [7]. Nghiên cứu cho thấy, trong thời gian sản phụ mới sinh xong cơ thể còn đau và mệt, sản phụ được chăm sóc phụ thuộc vào người nhà vì vậy có thể ảnh hưởng đến việc cho trẻ bú sớm. Đây cũng là một trong những nguyên nhân chính khiến cho sản phụ không thực hành cho trẻ bú sớm.

Cán bộ y tế đã giúp đỡ sản phụ khi cho con bú lần đầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,4%. Bệnh viện Kiến An là bệnh viện đa khoa hạng I tuyến thành phố, bệnh viện đang được áp dụng tốt quy trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh. Hơn thế nữa tại khoa Sản, NVYT luôn tận tình chăm sóc và hỗ trợ sản phụ ngay sau đẻ, nhất là vấn đề cho con bú sớm, bên cạnh đó NVYT còn luôn động viên, khuyến khích, hướng dẫn trực tiếp cho sản phụ những kiến thức cơ bản về cách NCBSM hoàn toàn. Có nhiều nguyên nhân sản phụ cho trẻ sử dụng sữa ngoài và nguyên nhân chủ yếu do mẹ chưa có sữa 68,5%, tiếp theo là do trẻ đói 27,3%, do trẻ không chịu bú mẹ 3,1%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lâm Thị Thiên Trang (2020) cho thấy nguyên nhân trẻ không được áp dụng NCBSM có 60,9% do mẹ không đủ

sữa, 7,3% cho rằng sữa mẹ không đủ chất, 6,4% trẻ quấy khóc đòi ăn, 9,1% khác [6]. Nhiều sản phụ quan niệm rằng mới sinh sẽ chưa có sữa, sản phụ sợ ảnh hưởng của thuốc gây mê, gây tê, kháng sinh nên sản phụ đã không cho trẻ bú sớm. Những quan niệm không đúng này, sẽ dẫn đến việc trì hoãn thời gian cho trẻ bú làm giảm tỷ lệ cho trẻ bú sớm. Khi mẹ trì hoãn hay từ chối cho trẻ bú những ngày đầu sau sinh sẽ dẫn đến cơ thể sản sinh ít sữa hơn trong khoảng thời gian đó. Để tăng tỷ lệ thực hành cho trẻ bú sớm có thể can thiệp bằng cách NVYT trực tiếp tư vấn hướng dẫn thực hành cho trẻ bú ngay sau sinh, giúp nâng cao kỹ năng thực hành NCBSM của các bà mẹ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa nhóm tuổi của mẹ, hình thức sinh và giới tính của trẻ đến việc cho trẻ bú sớm của sản phụ tại Bệnh viện Kiến An ($p < 0,05$). Theo đó, những sản phụ có độ tuổi dưới 30 thực hành cho trẻ bú sớm thấp hơn gấp 0,56 lần những sản phụ có độ tuổi từ 30 tuổi trở lên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Vũ Cúc Anh (2022) tại 2 bệnh viện ở Hà Nội [10]. Giải thích về việc những sản phụ từ 30 tuổi trở lên thực hành cho trẻ bú sớm cao hơn những sản phụ dưới 30 tuổi có thể là do những sản phụ từ 30 tuổi trở lên có kinh nghiệm trong việc nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ. Ở độ tuổi này có thể các bà mẹ đã từng sinh con lần thứ 2 nên đã được tiếp cận dịch vụ y tế, tiếp cận thông tin, được tư vấn về NCBSM từ cán bộ y tế khi đi khám thai tại các cơ sở y tế, từ đó có kiến thức và kinh nghiệm hơn trong thực hành cho trẻ bú sớm và NCBSM ngay sau khi sinh. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ cho con bú sữa mẹ sớm sau sinh ở nhóm bà mẹ sinh mổ thấp hơn gấp 3,02 lần so với nhóm bà mẹ sinh thường. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Ánh (năm 2014), những bà mẹ sinh mổ sẽ có nguy cơ được bú sớm thấp hơn gấp 9 lần so với bà mẹ sinh thường [3]. Điều này có thể do những bà mẹ đẻ thường phục hồi sức khỏe nhanh, được tiếp xúc với con sớm nên sản phụ có điều kiện để cho trẻ bú sớm hơn. Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ cho con bú sữa mẹ sớm ở nhóm giới tính trẻ nam cao hơn gấp 1,93 lần so với nhóm giới tính trẻ nữ ($OR=1,93$; $95\%CI:1,15-3,23$, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Trần Thị Hằng cũng cho thấy những sản phụ sinh con trai thực hành cho trẻ bú sớm NCBSM cao hơn gấp 5,5 lần sản phụ sinh con gái ($OR=5,5$; $95\%CI:2,3-13,1$; $p < 0,05$) [9]. Qua kết quả nghiên cứu có thể thấy

thực hành cho trẻ bú sớm ở những sản phụ có con trai cao hơn sản phụ có con gái. Hạn chế trong nghiên cứu này là chúng tôi không thu thập các thông tin định tính để tìm hiểu nguyên nhân vì sao sản phụ có con trai thực hành cho trẻ bú sớm cao hơn sản phụ có con gái. Các nghiên cứu sau có thể khắc phục hạn chế này để có thể thu được những thông tin cần thiết nhằm tìm hiểu những nguyên nhân cụ thể từ đó có được kết quả cần thiết cho nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sản phụ thực hành cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh tại Bệnh viện Kiến An đạt 71,0%, một con số khá cao nhưng vẫn chưa đạt mức tối ưu theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới. Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố có ảnh hưởng đến việc thực hành cho trẻ bú sớm bao gồm:

Nhóm tuổi của mẹ: Sản phụ từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ cho trẻ bú sớm cao hơn so với nhóm dưới 30 tuổi (76,2% vs. 64,0%, $p=0.024$).

Hình thức sinh: Sản phụ sinh thường có khả năng cho trẻ bú sớm cao hơn so với sinh mổ (81,1% vs. 58,7%, $p=0.000$).

Giới tính của trẻ: Tỷ lệ trẻ nam được bú sớm cao hơn so với trẻ nữ (77,1% vs. 63,6%, $p=0.012$).

Nguyên nhân phổ biến khiến sản phụ không cho trẻ bú sớm là đau và mệt mỏi (73,5%).

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Tăng cường hỗ trợ sản phụ sinh mổ, Khuyến khích phương pháp tiếp xúc da kề da ngay sau sinh, kể cả đối với sản phụ sinh mổ; (ii) Nâng cao nhận thức và kỹ năng của sản phụ; (iii) Nâng cao vai trò của nhân viên y tế trong tư vấn và hỗ trợ; (iv) Hạn chế việc sử dụng sữa công thức không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định Số: 4673/QĐ-BYT ngày 10 tháng 11 năm 2014 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. 2014.
2. Bộ Y tế. Quyết định số 6734/QĐ-BYT ngày 15 tháng 11 năm 2016 của Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai. 2016.
3. Đỗ Ngọc Ánh. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến cho trẻ bú sớm và nuôi con bằng sữa mẹ

hoàn toàn trong 6 tháng đầu tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình năm 2014 [Thạc sĩ quản lý bệnh viện]. Hà Nội: Đại học y tế công cộng Hà Nội; 2014.

4. Hoàng Thị Nam Giang, Đỗ Thị Thúy Duy. Nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong thời gian nằm viện sau sinh và các yếu tố liên quan. Tạp chí khoa học và công nghệ-Đại học Đà Nẵng. 2022;20.

5. Hồ Thị Thủy. Thực trạng cho con bú sớm của các bà mẹ sinh con tại Bệnh viện Trường Đại học Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan năm 2022 [Thạc sĩ Quản lý bệnh viện]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công Cộng; 2022.

6. Lâm Thị Thiên Trang. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu của bà mẹ có con dưới 12 tháng tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng tại huyện Chợ Mới tỉnh An Giang năm 2020 [Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Đại học Y tế công cộng; 2020.

7. Lê Thị Phê. Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ của sản phụ sau sinh trong thời gian nằm viện tại khoa Sản, Bệnh viện quốc tế Hạnh Phúc tỉnh Bình Dương năm 2022 và một số yếu tố ảnh hưởng [Thạc sĩ Quản lý bệnh viện]. Hà Nội: Trường đại học Y tế Công Cộng; 2022.

8. Lục Thị Thanh Nhân, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Phạm Thị Thoa, Đoàn Thị Nhung, Nguyễn Thị Thơm, Vũ Thị Linh, et al. Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ và một số yếu tố liên quan của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi ở hai phường tại Thành phố Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;31(6):41-9.

9. Trần Thị Hằng. Kiến Thức, thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và một số yếu tố liên quan của bà mẹ có con 7-12 tháng tại thành phố Pleiku, tỉnh Gia Lai năm 2022 [Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công Cộng; 2022.

10. Vũ Cúc Anh. Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ của phụ nữ có con dưới 3 tuổi đến khám thai tại hai bệnh viện ở Hà Nội năm 2020 và một số yếu tố ảnh hưởng. [Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế Công Cộng; 2022.

11. WHO. Organization WHO. Reaching the every newborn national 2020 milestones: country progress, plans and moving forward. 2017.

12. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. Geneva: World Health Organization Copyright © 2009, World Health Organization.; 2009.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ TÍNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC LOẠI VI KHUẨN PHÂN LẬP ĐƯỢC TỪ CÁC BỆNH PHẨM ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ TỪ 2022 ĐẾN 2023

STUDY ON THE CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIAL ISOLATEDS FROM LOWER RESPIRATORY TRACT SPECIMENS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL FROM 2022 TO 2023

✍ HUỖNH QUANG MINH¹, LÊ THỊ BÉ NGOAN¹, VÕ NGỌC HÂN¹, NGUYỄN THỊ KIM LANG¹, ĐÀO THANH², NGUYỄN THỊ CẨM HỒNG³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp dưới tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ (2022–2023).

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên các bệnh phẩm đường hô hấp dưới của bệnh nhân nội trú.

Kết quả: *A. baumannii* kháng đa số kháng sinh, nhưng nhạy 100% với colistin. *P. aeruginosa* kháng 100% cefazolin và kháng 62,5% các kháng sinh khác, bao gồm ceftazidime, ciprofloxacin, cefepime, imipenem, tobramycin, piperacillin-tazobactam. *E. coli* còn nhạy với nitrofurantoin (95,0%), amikacin (86,1%) và imipenem (61,1%), trong khi hầu hết kháng sinh khác có tỷ lệ nhạy dưới 30%. *K. pneumoniae* chỉ còn nhạy với ampicillin (68,9%), gentamicin (55,6%) và trimethoprim-sulfamethoxazole (37,8%), với đa số kháng sinh còn lại có tỷ lệ nhạy dưới 20%. *S. aureus* kháng 100% với clindamycin, erythromycin, oxacillin và benzylpenicillin. Tỷ lệ vi khuẩn tạo men β -lactam phổ rộng (ESBL) là 38,89% ở *E. coli* và 4,44% ở *K. pneumoniae*.

Kết luận: *A. baumannii* và *P. aeruginosa* có mức độ kháng kháng sinh cao, đặc biệt là cefazolin và nhiều kháng sinh phổ rộng. *E. coli* và *K. pneumoniae* vẫn còn nhạy với một số kháng sinh nhưng tỷ lệ nhạy đang giảm. *S. aureus* có mức độ kháng cao đối với các kháng sinh thường dùng.

Từ khóa: Đề kháng kháng sinh, vi khuẩn đường hô hấp dưới, bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics and antibiotic resistance rates of bacteria isolated from lower respiratory tract specimens at Can Tho City General Hospital (2022–2023).

Methods: A descriptive study was conducted on lower respiratory tract specimens collected from hospitalized patients.

Results: *Acinetobacter baumannii* exhibited multidrug resistance but remained 100% susceptible to colistin. *Pseudomonas aeruginosa* was 100% resistant to cefazolin and showed 62.5% resistance to other antibiotics, including ceftazidime, ciprofloxacin, cefepime, imipenem, tobramycin, and piperacillin-tazobactam. *Escherichia coli* remained susceptible to nitrofurantoin (95.0%), amikacin (86.1%), and imipenem (61.1%), while susceptibility to most other antibiotics was below 30%. *Klebsiella pneumoniae* was only susceptible to ampicillin (68.9%), gentamicin (55.6%), and trimethoprim-sulfamethoxazole (37.8%), with susceptibility rates for most other antibiotics below 20%. *Staphylococcus aureus* was 100% resistant to clindamycin, erythromycin, oxacillin, and benzylpenicillin. Extended-spectrum β -lactamase (ESBL) production was detected in 38.89% of *E. coli* isolates and 4.44% of *K. pneumoniae* isolates.

Conclusion: *A. baumannii* and *P. aeruginosa* exhibited high levels of antibiotic resistance, particularly to cefazolin and broad-spectrum antibiotics. *E. coli* and *K. pneumoniae* remained susceptible to certain antibiotics, though susceptibility rates were declining. *S. aureus* demonstrated high resistance to commonly used antibiotics.

Keywords: Antibiotic resistance, lower respiratory tract bacteria, Can Tho City General Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội hô hấp Châu Âu (ERS) 2017, nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, nhất là viêm phổi gây tử vong cho 2,8 triệu người mỗi năm, đứng thứ 3 sau đột quỵ và nhồi máu cơ tim [8]. Theo số liệu của Bộ Y tế năm 2012 nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới làm kéo dài thời gian nằm viện thêm từ 6-13 ngày và làm tăng viện phí trung bình từ 15-23 triệu đồng cho mỗi trường hợp mắc bệnh [2]. Chẩn đoán, điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới vẫn còn gặp nhiều khó khăn do không có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và tình hình dịch tễ đa dạng của vi khuẩn gây bệnh. Đặc biệt sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới luôn thay đổi, khác nhau giữa các bệnh viện, các khu vực. Nhằm xác định đặc điểm vi khuẩn được phân lập từ mẫu bệnh phẩm đường hô hấp dưới và đánh giá tình hình kháng thuốc của các vi khuẩn này, qua đó góp phần giúp các bác sĩ lâm sàng dễ dàng lựa chọn được kháng sinh còn có tác dụng cho các bệnh nhân bị nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới. Từ đó nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu Mô tả đặc điểm và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp dưới tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023 để từ đó giúp cho lâm sàng lựa chọn kháng sinh phù hợp đối với các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh phẩm đường hô hấp dưới của bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu và tiến cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tất cả số mẫu bệnh phẩm đường hô hấp dưới của bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú có kết quả nuôi cấy, định danh vi khuẩn dương tính và có thực hiện

kháng sinh đồ tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2023 với 226 mẫu được thu thập.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, tuổi, bệnh phẩm khảo sát.

* Tỷ lệ vi khuẩn phân lập được

* Tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được.

2.2.4. Phương pháp thu thập thông tin

- Lựa chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.
- Thu thập các thông tin chung của bệnh nhân theo phiếu thu thập thông tin bệnh nhân.

- Thu thập theo quy trình cấy, định danh và thực hiện kháng sinh đồ của Khoa Xét Nghiệm - Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0.

- Các đặc điểm nghiên cứu về giới tính, tuổi, bệnh phẩm, tình hình kháng kháng sinh... là biến định lượng, được trình bày dưới dạng tỷ lệ, bảng biểu và biểu đồ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=226)

- Đặc điểm về các loại bệnh phẩm: có 02 loại bệnh phẩm được thu thập, bao gồm: mẫu đàm và dịch rửa phế quản. Đàm là bệnh phẩm phân lập nhiều nhất (88,05% - 199/226), dịch rửa phế quản (11,95% - 27/226).

- Đặc điểm về các khoa lâm sàng: Khoa ICU có số mẫu bệnh phẩm nhiều nhất (82,74% - 187/226, trong đó: đàm là 88,24%, dịch rửa phế quản là 11,76%, kể đến là Khoa Nội tổng hợp (10,18% - 23/226, trong đó: đàm là 86,96%, dịch rửa phế quản là 13,04% và dịch màng phổi là 0,00%) và các khoa còn lại có số lượng mẫu bệnh phẩm ít (chủ yếu là đàm)

3.2. Tỷ lệ phân loại vi khuẩn theo tính chất nhuộm Gram

- Tác nhân vi khuẩn phân lập là gram âm chiếm 93,36% và gram dương chỉ chiếm 6,64%.

3.3. Tình hình đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn phân lập

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trung tâm Y tế huyện Thới Lai

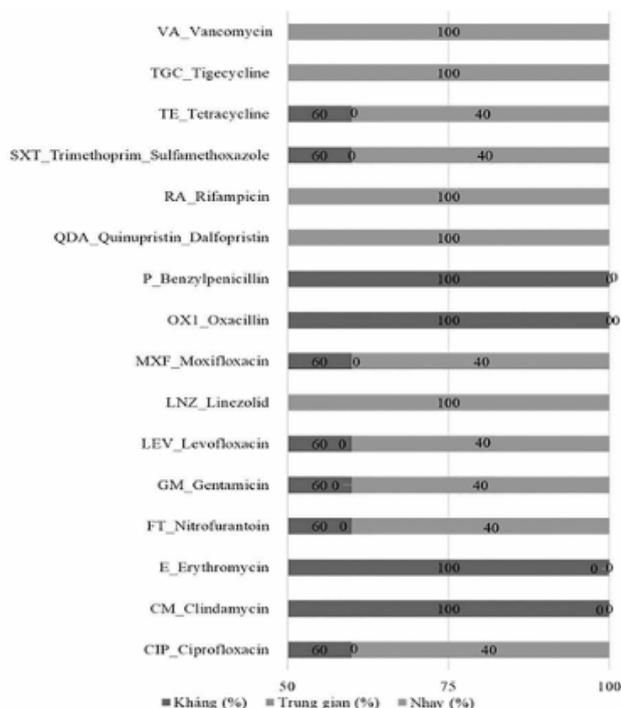
³Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

SĐT: 0907 270 004; Email: hqminh@bvcantho.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 6.2.2025

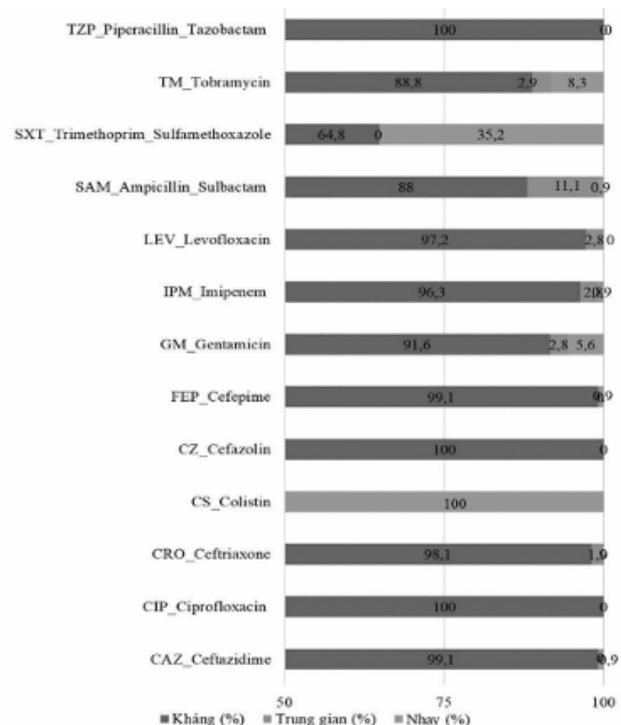
NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 8.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 16.2.2025



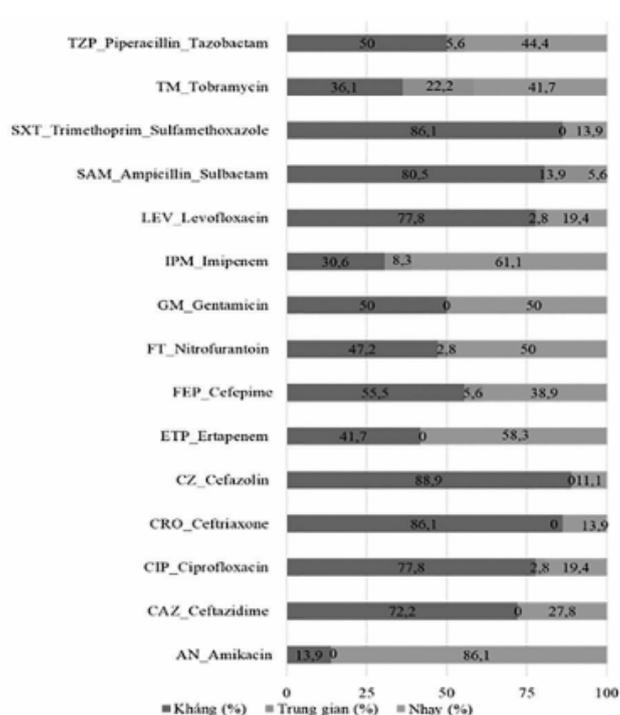
Biểu đồ 1. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của Aci. baumannii

Nhận xét: Aci. Baumannii kháng đa số các loại kháng sinh và còn nhạy với Colistin (100%), Trimethoprim Sulfamethoxazole (35,2%), Tobramycin (8,3%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của E. coli

Nhận xét: E. coli còn nhạy với Nitrofurantoin (95,0%), Amikacin (86,1%), Imipenem (61,1%), Ertapenem (58,3%), Gentamicin (50,0%), Piperacillin_Tazobactam (44,4%), Tobramycin (41,7%), Cefepime (38,9%) và các kháng sinh khác có tỷ lệ nhạy dưới 30%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của S. aureus

Nhận xét: S.aureus kháng 100% với các kháng sinh như: Clindamycin, Erythromycin, Oxacillin, Benzylpenicillin; có tỷ lệ kháng 60% với các kháng sinh như: Ciprofloxacin, Gentamicin, Nitrofurantoin, Levofloxacin, Tetracycline, Moxifloxacin, Trimethoprim_Sulfamethoxazole và còn nhạy 100% với Linezolid, Tigecycline, Vancomycin, Quinupristin_Dalfopristin,

Bảng 1. Tỷ lệ ESBL của vi khuẩn đường ruột

Vi khuẩn đường ruột	ESBL	
	Không n (%)	Có n (%)
E.coli	22 (61,11)	14 (38,89)
K. pneumoniae	43 (95,56)	2 (4,44)
Tổng cộng	65 (78,31)	18 (21,69)

Nhận xét: Phân tích cho thấy có 38,89% chủng Esch. coli và 4,44% chủng K.pneumoniae có tạo men β -lactam phổ rộng (ESBL) đồng nghĩa với việc 02 chủng này có khả năng kháng lại rất nhiều loại kháng sinh.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=226)

- Về bệnh phẩm: Đàm là bệnh phẩm phân lập nhiều nhất (88,05% - 199/226), dịch rửa phế quản

(11,95% - 27/226) và dịch màng phổi (0% - 0/226). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022) cho thấy đàm chiếm 56% (178/204), mủ 39% (124/204), dịch hút phế nang 3% (10/204) và dịch rửa phế nang 2% (6/204) [2] và tác giả Nguyễn Thị Đoàn Trinh và cộng sự (2023) nghiên cứu tại Bệnh viện C Đà Nẵng cho thấy 51,2% mẫu đàm [6].

- Về phân bố mẫu bệnh phẩm theo khoa, phòng: Khoa ICU có số mẫu bệnh phẩm nhiều nhất (82,74% - 187/226, trong đó: đàm là 88,24%, dịch rửa phế quản là 11,76% và dịch màng phổi là 0,00%), kế đến là Khoa Nội tổng hợp (10,18% - 23/226, trong đó: đàm là 86,96%, dịch rửa phế quản là 13,04% và dịch màng phổi là 0,00%) và các khoa còn lại có số lượng mẫu bệnh phẩm ít (chủ yếu là đàm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022) cho thấy ICU có số mẫu bệnh phẩm thu thập nhiều nhất [2].

4.2. Tác nhân vi khuẩn phân lập được từ mẫu bệnh phẩm

Có đến 93,36% tác nhân vi khuẩn phân lập là gram âm và gram dương chỉ chiếm 6,64%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Na và cộng sự (2022) cho thấy đa số vi khuẩn thuộc nhóm Gram âm (87%), nhóm Gram dương chỉ chiếm 13% [3] và khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hà và cộng sự (2023) cho thấy vi khuẩn, vi khuẩn gram âm là 72,4% và 27,6% vi khuẩn gram dương, tỷ lệ gram âm gấp 2,6 lần gram dương [1]. Sự khác biệt có thể là do của chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân tại các Khoa lâm sàng của BVĐK thành phố Cần Thơ năm 2023, còn của tác giả Nguyễn Minh Hà và cộng sự (2023) nghiên cứu ở Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 2021-2022.

4.3. Tình hình đề kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn phân lập

- Đối với chủng *Aci.baumannii*: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy *Aci.baumannii* kháng đa số các loại kháng sinh và còn nhạy với Colistin (100%), Trimethoprim Sulfamethoxazole (35,2%), Tobramycin (8,3%). Nghiên cứu của tác giả Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2021) cho thấy đa số vi khuẩn *A. baumannii* đề kháng cao với 13 loại kháng sinh thực nghiệm với tỷ lệ từ 75% với kháng sinh Tobramycin đến 100% với kháng sinh Cefazolin. *A.baumannii* chỉ còn nhạy với một vài kháng sinh: Colistin với tỷ lệ 91/100 (91%) Trimethoprim/sulfamethoxazole với

tỷ lệ (50%) hay Tobramycin 22/100 (22%) và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% *A. baumannii* kháng ở mức trung gian [2].

- Đối với chủng *P. aeruginosa*: *P. aeruginosa* chỉ mới kháng Cefazolin (100%), Amikacin (25,0%), Levofloxacin (37,5%), Gentamicin (50,0%), kháng đa số các kháng sinh ở mức 62,5% gồm: Ceftazidime, Ciprofloxacin, Tobramycin, Cefepime, Piperacillin_Tazobactam, Imipenem. Một nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai cho thấy *Paeruginosa* có tỷ lệ kháng kháng sinh nhóm Carbapenem 46,9%, nhóm Fluoroquinolone (Levofloxacin 30,6%), Aminoglycoside (Amikacin 57,1%) và có kháng với Colistin (4,1%) [7] và nghiên cứu tại Bệnh viện C Đà Nẵng cho thấy *P. aeruginosa* cũng có tỉ lệ đề kháng cao với nhóm Carbapenem (Imipenem 72% và Meropenem 74%), nhóm Fluoroquinolone (Levofloxacin 50% và Ciprofloxacin 50%) và Betalactam ± ức chế Beta lactamase (Ceftazidim 46%, Piperacillin/tazobactam 20% và Cefoperazone/sulbactam 72%) [6].

- Đối với chủng *E. coli*: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy *E.coli* cho thấy vi khuẩn *E. coli* có tiết men ESBL tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ đề kháng cao đáng kể với hầu hết các loại kháng sinh được thử nghiệm, trừ một vài loại kháng sinh có mức đề kháng thấp như Nitrofurantoin (95,0%), Amikacin (86,8%), Imipenem (63,2%), Ertapenem (60,5%), Gentamicin (50,0%), Piperacillin_Tazobactam (47,4%), Tobramycin (42,1%), Cefepime (39,5%).

- Đối với chủng *K.pneumoniae*: *K.pneumoniae* chỉ còn nhạy với Ampicillin (68,9%), Trimethoprim_Sulfamethoxazole (37,8%), Gentamicin (55,6%) và đa số các kháng sinh còn lại có tỷ lệ nhạy dưới 20%. Trong nghiên cứu của Bùi Thanh Thuyết tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có tỷ lệ vi khuẩn *K. pneumoniae* đa kháng kháng Carbapenem là 20,05%, chủ yếu được phân lập từ bệnh phẩm hô hấp 55,81% và tỷ lệ kháng Colistin của chủng vi khuẩn *K. pneumoniae* đa kháng và kháng Carbapenem là 45,0% [5]. Trong một nghiên cứu khảo sát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa của tác giả Trần Thị Tuyết Ngọc và cộng sự ghi nhận sự đề kháng của *K. pneumoniae* với kết quả như sau: ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, tỷ lệ đề kháng của *K. pneumoniae* là Tetracycline (54,5%), Quinolon (43,0%), Cotrimoxazol (41,4%), Chloramphenicol (36,7%), Aminoglycosid (35,3%) [4]. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy vi khuẩn *K.*

pneumoniae có tiết men ESBL tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ để kháng cao với hầu hết các kháng sinh thử nghiệm, trong đó có các kháng sinh thuộc Cephalosporins thế hệ 3, 4 và các kháng sinh thuộc họ Aminoglycoside, Fluoroquinolones.

- Đối với chủng *S.aureus*: *S.aureus* kháng 100% với các kháng sinh như: Clindamycin, Erythromycin, Benzylpenicillin, Oxacillin; có tỷ lệ kháng 60% với các kháng sinh như: Ciprofloxacin, Gentamicin, LEV_Levofloxacin, Tetracycline, Moxifloxacin, Trimethoprim_Sulfamethoxazole.

- Tỷ lệ sinh men β -lactam phổ rộng (ESBL): Có 38,89% chủng *E.coli* và 4,44% chủng *K.pneumoniae* có tạo men β -lactam phổ rộng (ESBL) đồng nghĩa với việc 02 chủng này có khả năng kháng lại rất nhiều loại kháng sinh.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung: trong 226 mẫu được phân lập, 93,36% là vi khuẩn Gram âm và 6,64% là vi khuẩn Gram dương. Về loại bệnh phẩm, 88,05% là đàm và 11,95% là dịch rửa phế quản. Khoa Hồi sức tích cực (ICU) là nơi có số lượng bệnh phẩm nhiều nhất, chiếm 82,74% (187/226 mẫu), trong đó 88,24% là đàm và 11,76% là dịch rửa phế quản.

5.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh ở các loại vi khuẩn phân lập từ các bệnh phẩm đường hô hấp dưới tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022 – 2023

Acinetobacter baumannii kháng đa số kháng sinh, nhưng còn nhạy với colistin (100%), trimethoprim-sulfamethoxazole (35,2%) và tobramycin (8,3%).

Pseudomonas aeruginosa kháng 100% với cefazolin, đồng thời có tỷ lệ kháng amikacin (25,0%), levofloxacin (37,5%) và gentamicin (50,0%). Vi khuẩn này có mức độ kháng 62,5% đối với các kháng sinh ceftazidime, ciprofloxacin, cefepime, imipenem, tobramycin và piperacillin-tazobactam.

Escherichia coli vẫn còn nhạy với nitrofurantoin (95,0%), amikacin (86,1%), imipenem (61,1%), ertapenem (58,3%), gentamicin (50,0%), piperacillin-tazobactam (44,4%), tobramycin (41,7%) và cefepime (38,9%). Các kháng sinh còn lại có tỷ lệ nhạy dưới 30%.

Klebsiella pneumoniae chỉ còn nhạy với ampicillin (68,9%), gentamicin (55,6%) và trimethoprim-sulfamethoxazole (37,8%), trong khi phần lớn các kháng sinh khác có tỷ lệ nhạy dưới 20%.

Staphylococcus aureus kháng 100% với clindamycin, erythromycin, oxacillin và benzylpenicillin. Ngoài ra, tỷ lệ kháng đối với ciprofloxacin, gentamicin,

levofloxacin, moxifloxacin, tetracycline và trimethoprim-sulfamethoxazole là 60%.

Tỷ lệ vi khuẩn tạo men β -lactam phổ rộng (ESBL) là 38,89% ở *E. coli* và 4,44% ở *K. pneumoniae*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hà, Nguyễn Thanh Huyền, Nguyễn Quang Huy, cộng sự (2023), "Khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại khoa hồi sức tích cực của bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019-2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 525(1B), tr.90-95.

2. Trần Đỗ Hùng, Trần Linh Sơn, Ngô Thị Dung, cộng sự (2022), "Tỷ lệ nhiễm và sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter Baumannii* phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 515(2), tr.338-342.

3. Lê Na, Dương Thị Loan, Phạm Thị Huyền Trang (2022), "Sự phân bố các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm của bệnh nhân viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu", Tạp chí Y học Việt Nam, 518(2), tr.67-71.

4. Trần Thị Tuyết Ngọc, Lê Thị Lan Hương, Nguyễn Hoàng Bách, cộng sự (2021), "Khảo sát đặc điểm kiểu hình kháng thuốc kháng sinh và một số đặc trưng về gen của các chủng *Klebsiella pneumoniae* gây nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 5(11), tr.64-72.

5. Bùi Thanh Thuyết, Lê Vũ Ngọc Minh, Nguyễn Thị Hồng Nhung, cộng sự (2021), "Tỷ lệ kháng colistin của vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* đa kháng và kháng carbapenem phân lập tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2020", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 108, tr.61-66.

6. Nguyễn Thị Đoàn Trinh, Phan Thị Lan Phương, Hoàng Thị Minh Hoà, cộng sự (2023), "Đặc điểm gây bệnh và tính đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas Aeruginosa* tại Bệnh viện C Đà Nẵng", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 58, tr.159-166.

7. Nguyễn Sĩ Tuấn, (2019), Nghiên cứu tính kháng carbapenem ở mức độ phân tử của *Acinetobacter baumannii* gây nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Thống nhất Đồng Nai, Luận án Tiến sĩ kỹ thuật, Đại học Bách khoa TP.Hồ Chí Minh.

8. European Respiratory Society (2017), World Pneumonia Day 2017, <https://www.ersnet.org/news-and-features/news/world-pneumonia-day-2017/>.

THỰC TRẠNG STRESS, LO ÂU TRẦM CẢM CỦA NHÂN VIÊN LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TẠI VIỆN PHÁP Y TÂM THẦN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

STATUS OF STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION AMONG CLINICAL AND PARACLINICAL
DEPARTMENT AT THE NATIONAL INSTITUTE OF FORENSIC PSYCHIATRY IN 2023

✍ PHẠM THỊ NGÂN^{1*}, DƯƠNG THẾ THẮNG¹, LÊ THỊ HÀ, HOÀNG THỊ KIM OANH²,
NGUYỄN THỊ THƠ², VŨ THỊ TRANG², PHẠM THỊ HƯƠNG¹,
VŨ THỊ NGỌC¹, NGUYỄN ĐỨC TRƯỜNG¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của nhân viên lâm sàng và cận lâm sàng tại Viện Pháp y Tâm thần Trung ương năm 2023.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 nhân viên y tế được thực hiện từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2023. Công cụ thu thập dữ liệu là thang đo DASS-21, đánh giá mức độ stress, lo âu và trầm cảm theo 5 cấp độ (bình thường, nhẹ, vừa, nặng, rất nặng). Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ nhân viên y tế có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm lần lượt là 50,7%, 50,7% và 37,0%. Trong đó, stress mức độ nhẹ chiếm 31,5%, mức độ vừa 16,4%, mức độ nặng 2,8%. Lo âu mức độ nhẹ là 27,4%, vừa 15,1%, nặng 4,1%, rất nặng 4,1%. Trầm cảm mức độ nhẹ chiếm 24,7%, vừa 9,5%, nặng và rất nặng đều 1,4%. Đặc biệt, 69,9% nhân viên y tế có ít nhất một biểu hiện stress, lo âu hoặc trầm cảm.

Kết luận: Tỷ lệ stress, lo âu và trầm cảm của nhân viên y tế tại Viện Pháp y Tâm thần Trung ương ở mức cao, trong đó chủ yếu ở mức độ nhẹ. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần có các biện pháp hỗ trợ tâm lý và cải thiện môi trường làm việc để giảm thiểu các vấn đề sức khỏe tâm thần trong nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Stress, lo âu, trầm cảm, nhân viên y tế, Viện Pháp y tâm thần Trung ương

ABSTRACT

Objective: To describe the status of stress, anxiety, and depression among clinical and paraclinical staff at the National Institute of Forensic Psychiatry in 2023.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 73 medical staff from April to September 2023. Data were collected using the DASS-21 scale, which assesses stress, anxiety, and depression at five levels (normal, mild, moderate, severe, very severe). Data were analyzed using SPSS 20.0 software.

Results: The prevalence of stress, anxiety, and depression among medical staff was 50.7%, 50.7%, and 37.0%, respectively. Among them, mild stress accounted for 31.5%, moderate 16.4%, and severe 2.8%. Mild anxiety was reported by 27.4% of participants, moderate by 15.1%, severe by 4.1%, and very severe by 4.1%. Mild depression was the most common (24.7%), followed by moderate (9.5%), severe (1.4%), and very severe (1.4%). Notably, 69.9% of medical staff experienced at least one of these psychological conditions.

Conclusion: The prevalence of stress, anxiety, and depression among medical staff at the National Institute of Forensic Psychiatry was high, with mild symptoms being the most common. These findings highlight the need for psychological support and workplace improvements to reduce mental health issues in this population.

Keywords: Stress, Anxiety, Depression, Medical Staff, National Institute of Forensic Psychiatry.

¹ Viện Pháp y Tâm thần Trung ương

² Phân Viện Pháp y Tâm thần Bắc miền Trung

ĐT: 0978.501.459 Email: phamthingan150886@gmail.com

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 10.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 13.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 17.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh hiện đại, cùng với sự phát triển của khoa học và nhu cầu xã hội, nhân viên y tế (NVYT) phải đối mặt với áp lực công việc ngày càng cao, dẫn đến nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần như stress, lo âu và trầm cảm. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng NVYT có tỷ lệ lạm dụng thuốc và tự tử cao hơn so với các ngành nghề khác, đồng thời mức độ stress, lo âu và trầm cảm cũng cao hơn do đặc thù công việc căng thẳng [10].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lương Thị Nhung cho thấy tỷ lệ NVYT tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có biểu hiện trầm cảm, lo âu và stress lần lượt là 17,86%; 28,57%; 16,96% [4]. Trong khi đó, nghiên cứu của Trần Thị Thúy (2011) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội ghi nhận tỷ lệ tương ứng là 36,9%, 41,5% và 15,3% [7]. Riêng tại Viện Pháp y Tâm thần (PYTT) Trung ương – một cơ sở y tế đặc thù thành lập năm 2007 với nhiệm vụ giám định pháp y tâm thần và điều trị bắt buộc – nhân viên y tế phải làm việc trong môi trường áp lực cao, thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân có rối loạn tâm thần nghiêm trọng. Đây là một nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần do tính chất đặc thù của công việc, đòi hỏi cường độ làm việc lớn, môi trường nhiều yếu tố nguy cơ và áp lực tâm lý cao.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân (2016) tại Viện PYTT Trung ương cho thấy tỷ lệ stress ở điều dưỡng tại đây lên tới 43,2% [9]. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách toàn diện về thực trạng stress, lo âu và trầm cảm của nhân viên y tế khối lâm sàng và cận lâm sàng tại Viện. Việc nghiên cứu vấn đề này là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng khoa học giúp định hướng các biện pháp can thiệp, hỗ trợ tâm lý và cải thiện môi trường làm việc cho nhân viên y tế.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của nhân viên lâm sàng và cận lâm sàng tại Viện Pháp y Tâm thần Trung ương năm 2023” với mục tiêu mô tả thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của nhóm đối tượng này, góp phần cung cấp dữ liệu quan trọng cho các giải pháp nâng cao sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế tại Viện.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là NVYT đang công tác tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Viện PYTT Trung ương bao

gồm bác sĩ, điều dưỡng, Cử nhân tâm lý có thời gian công tác 6 tháng trở lên tính đến ngày 15/6/2023.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Pháp y tâm thần Trung ương từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NVYT đang công tác tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Viện PYTT Trung ương bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, Cử nhân tâm lý có thời gian công tác 6 tháng trở lên tính đến ngày 15/6/2023.

Thực tế nhóm nghiên cứu đã lựa chọn được 73 đối tượng đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia vào NC

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Bộ câu hỏi tự điền gồm 7 câu hỏi về thông tin về cá nhân, nghề nghiệp; 21 câu hỏi theo thang đo DASS 21; Thang đo DASS 21 gồm 21 câu hỏi về 3 vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần là trầm cảm (7 câu hỏi), lo âu (7 câu hỏi) và stress (7 câu hỏi) [11]. Mỗi câu hỏi về một tình trạng mà bạn cảm thấy trong suốt một tuần qua theo thang điểm từ 0 đến 3 cho mỗi câu trả lời tương ứng tình trạng mà đối tượng cảm thấy trong vòng 1 tuần qua từ “Không đúng với tôi chút nào cả” đến “Hoàn toàn đúng với tôi hoặc hầu hết thời gian là đúng”.

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá mức độ có triệu chứng trên cơ sở tính điểm bằng cách tính tổng số điểm của mỗi 7 câu hỏi của từng vấn đề sức khỏe rồi nhân đôi kết quả và so sánh với bảng đánh giá. Tổng điểm dao động từ 0 đến 42 tương ứng với mức độ triệu chứng tăng dần [1].

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0-9	0-7	0-14
Nhẹ	10-13	8-9	15-18
Vừa	14-20	10-14	19-25
Nặng	21-27	15-19	26-33
Rất nặng	≥28	≥20	≥34

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập, làm sạch được nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả các biến định lượng bao gồm trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn, thống kê mô tả các biến định

tính bao gồm tỉ lệ phần trăm. Sử dụng phân tích đơn biến để tìm mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được sử dụng trong thống kê phân tích.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có sự đồng ý của cơ sở nghiên cứu và sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của Viện thông qua để cương nghiên cứu. Trước khi tham gia, đối tượng nghiên cứu được cung cấp rõ ràng, đầy đủ thông tin liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

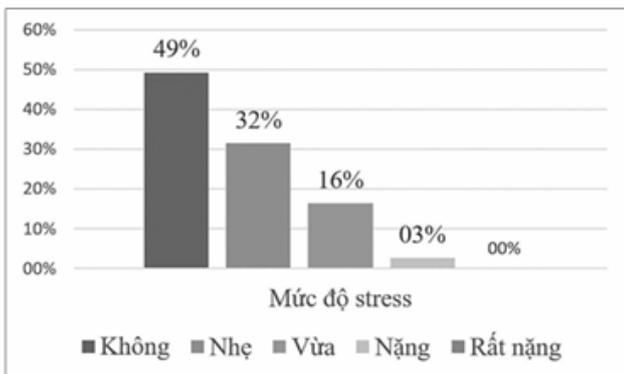
Trong tổng số 73 ĐTNC có tỷ lệ nam (43,8%) và nữ (56,2%). Độ tuổi trung bình $36,5 \pm 6,3$ tuổi, chiếm đa số là 30-39 tuổi với 68,5% và chủ yếu là đã kết hôn (89%). Trong đó 76,7% là điều dưỡng, 20,6% là bác sĩ và 2,7% là cử nhân tâm lý với trình độ đại học chiếm cao nhất 41,1%, tiếp theo là Cao đẳng/trung cấp (31,5%) và thấp nhất là đối tượng có trình độ trên đại học (27,4%). Đối tượng có thâm niên trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 53,4% và có 89% đối tượng có thu nhập ≤ 10 triệu/tháng.

Bảng 3.1: Tỷ lệ có hoặc không có Stress, lo âu, trầm cảm

Biểu hiện	Có		Không	
	N	%	N	%
Stress	37	50,7%	36	49,3%
Lo âu	37	50,7%	36	49,3%
Trầm cảm	27	37,0%	46	63,0%

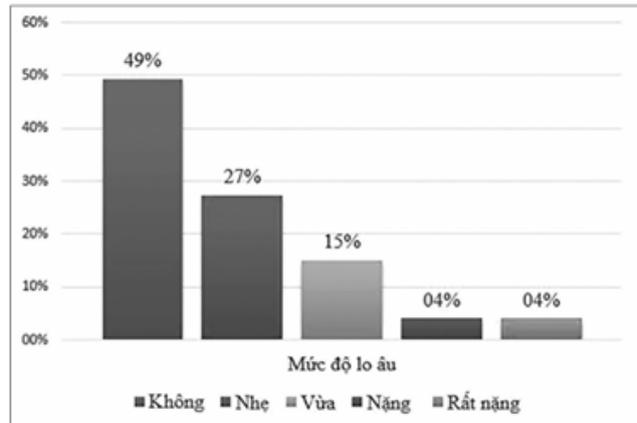
trầm cảm

Bảng 3.1 cho thấy tỉ lệ mắc stress, lo âu, trầm cảm của NVYT đang công tác tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Viện PYTT Trung ương lần lượt là 50,7%, 50,7%, 37,0%.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ các mức độ stress theo thang điểm DASS 21

Biểu đồ 3.1 cho thấy mức độ stress của NVYT đang công tác tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng của Viện PYTT Trung ương chủ yếu mức độ nhẹ 31,5%, mức độ vừa 16,4%, mức độ nặng là 2,8%.



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ các mức độ trầm cảm theo thang điểm DASS 21

Biểu đồ 3.3 cho thấy, tỉ lệ trầm cảm ĐTNC tại Viện Pháp y tâm thần Trung ương mức độ nhẹ 24,7%, mức độ vừa 9,5%, mức độ nặng 1,4% và mức độ rất nặng 1,4%.

Bảng 3.2: Biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Nội dung	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
ĐTNC có ít nhất 1 biểu hiện stress/ lo âu/ trầm cảm	51	69,9
ĐTNC có 1 biểu hiện stress/ lo âu/ trầm cảm	18	24,7
ĐTNC có 2 biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm	16	21,9
ĐTNC có cả 3 biểu hiện stress, lo âu, trầm cảm	17	23,3

Trong 73 đối tượng tham gia nghiên cứu, 69,9% có ít nhất một biểu hiện rối loạn tâm thần (stress, lo âu hoặc trầm cảm). Trong đó, 24,7% chỉ mắc một trong ba tình trạng trên, 21,9% có đồng thời hai biểu hiện, và 23,3% gặp phải cả ba vấn đề stress, lo âu và trầm cảm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 73 NVYT khối lâm sàng và cận lâm sàng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $36,5 \pm 6,3$ tuổi, trong đó nhóm 30 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (68,5%). Tỷ lệ NVYT đã kết hôn là 89,0%, cao

hơn so với nghiên cứu của Lương Thị Nhung tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (2002), trong đó nhóm 30 – 39 tuổi chiếm 54,46% và tỷ lệ kết hôn là 79,46% [4]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của Lương Thị Nhung lớn hơn, trong khi nghiên cứu hiện tại chỉ thực hiện tại một viện chuyên khoa với số lượng mẫu hạn chế.

Tỷ lệ NVYT nữ chiếm 56,2%, cao hơn nam giới (43,8%), tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2021, trong đó nữ giới chiếm 53,8% và nam giới chiếm 46,2% [6]. Trong số các đối tượng tham gia nghiên cứu, điều dưỡng chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%), trong đó chủ yếu có trình độ đại học (41,1%). Điều này phản ánh sự quan tâm của Viện Pháp y Tâm thần Trung ương trong việc nâng cao trình độ chuyên môn của đội ngũ NVYT.

Ngoài ra, phần lớn NVYT trong nghiên cứu này có thời gian công tác trên 10 năm (53,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022, trong đó hơn một nửa NVYT có từ 5 đến 10 năm làm việc tại bệnh viện, chiếm 51,34% [4]. Sự khác biệt về phân bố thời gian công tác giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm tổ chức và tính chất công việc khác nhau tại từng cơ sở y tế.

4.2. Thực trạng stress, lo âu, trầm cảm của nhân viên lâm sàng và cận lâm sàng Viện Pháp y tâm thần Trung ương năm 2023

Thang đo DASS 21 đã được Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia biên dịch, thử nghiệm trên một số đối tượng nghề nghiệp khác nhau. Các nghiên cứu trước đây đã đánh giá tính giá trị, độ tin cậy của thang đo này khẳng định có khả năng áp dụng tại Việt Nam, mà không có sự khác biệt đáng kể về mặt văn hoá [10].

Thực trạng stress: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế (NVYT) tại Viện Pháp y Tâm thần (PYTT) Trung ương có biểu hiện stress là 50,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân (2016), trong đó tỷ lệ stress của điều dưỡng tại Viện PYTT Trung ương là 43,2% [9]. Sự chênh lệch này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả NVYT khối lâm sàng và cận lâm sàng, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân chỉ tập trung vào điều dưỡng, bao gồm cả nhân viên hành chính. Nghiên cứu của Trần Thị Thúy (2011) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội ghi nhận tỷ lệ stress trong nhóm NVYT khối lâm sàng là 36,9% [7], thấp hơn so với kết quả của chúng tôi, có thể do

đặc thù công việc của nhân viên y tế tại viện chuyên khoa tâm thần có mức độ áp lực cao hơn.

Phân tích mức độ stress tại Viện PYTT Trung ương cho thấy 31,5% NVYT có stress ở mức độ nhẹ, 16,4% ở mức độ vừa và 2,8% ở mức độ nặng. So với nghiên cứu của Lê Thị Kim Liên (2019) tại một bệnh viện chuyên khoa hạng 1 ở Hà Nội, tỷ lệ stress nhẹ và vừa trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể (9,1% và 6,0%), nhưng mức độ stress nặng có sự tương đồng (2,5%) [2]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc thù môi trường làm việc và nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa hai cơ sở y tế.

Thực trạng lo âu: Tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi là 50,7%, với mức độ nhẹ chiếm 27,4%, mức độ vừa 15,1%, mức độ nặng 4,1% và rất nặng 4,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Thanh và cộng sự (2016) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh, trong đó tỷ lệ lo âu của NVYT là 49,1% [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lê Thị Kim Liên và Nguyễn Bạch Ngọc (2020) tại một bệnh viện chuyên khoa hạng 1 ở Hà Nội ghi nhận tỷ lệ điều dưỡng bị lo âu thấp hơn (33,3%), trong đó mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 10,7%, 16,3%, 2,2% và 4,1% [2]. Mặc dù có sự tương đồng về tỷ lệ lo âu mức độ vừa và rất nặng, nhưng tổng tỷ lệ lo âu của nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Điều này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu cũng như đặc thù môi trường làm việc tại Viện PYTT Trung ương.

Thực trạng trầm cảm: Tỷ lệ NVYT có biểu hiện trầm cảm tại Viện PYTT Trung ương là 37,0%, với mức độ nhẹ chiếm 24,7%, mức độ vừa 9,5%, và mức độ nặng, rất nặng đều là 1,4%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đậu Thị Tuyết (2013) tại hai bệnh viện ở Nghệ An, trong đó tỷ lệ trầm cảm của NVYT chỉ là 13,6% [8]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Đậu Thị Tuyết được thực hiện tại cả bệnh viện công lập và tư nhân, nơi môi trường làm việc, chế độ đãi ngộ và áp lực công việc có thể khác nhau. Trong khi đó, nghiên cứu của Trần Văn Thiện tại Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2021 cho thấy tỷ lệ trầm cảm của NVYT cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, đạt 49,1% [6]. Cụ thể, mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng lần lượt là 17,5%, 24%, 5,3% và 2,3%. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm địa bàn nghiên cứu và điều kiện làm việc của NVYT tại hai cơ sở y tế khác nhau.

Tỷ lệ NVYT có ít nhất một biểu hiện stress, lo âu hoặc trầm cảm:

Trong tổng số 73 NVYT tham gia nghiên cứu, 69,9% có ít nhất một biểu hiện rối loạn tâm thần (stress, lo âu hoặc trầm cảm). Cụ thể, 24,7% chỉ có một biểu hiện, 21,9% có hai biểu hiện, và 23,3% có cả ba biểu hiện. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Bạch Ngọc, tỷ lệ NVYT có ít nhất một biểu hiện rối loạn tâm thần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là 47,8%, trong đó 19,6% có một biểu hiện, 17% có hai biểu hiện và 11,2% có cả ba biểu hiện [3]. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể do cỡ mẫu nhỏ hơn và môi trường làm việc đặc thù tại Viện PYTT Trung ương có mức độ căng thẳng tâm lý cao hơn.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế (NVYT) tại Viện Pháp y Tâm thần Trung ương có biểu hiện stress, lo âu và trầm cảm lần lượt là 50,7%, 50,7% và 37,0%. Trong đó, stress mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%), tiếp theo là lo âu mức độ nhẹ (27,4%) và trầm cảm mức độ nhẹ (24,7%). Đặc biệt, 69,9% NVYT có ít nhất một trong ba biểu hiện rối loạn tâm thần, trong đó 23,3% gặp phải đồng thời cả ba vấn đề.

Những kết quả này phản ánh thực trạng đáng quan tâm về sức khỏe tâm thần của NVYT làm việc trong môi trường chuyên biệt tại Viện PYTT Trung ương. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về các biện pháp hỗ trợ nhằm giảm thiểu tác động tiêu cực của stress, lo âu và trầm cảm đối với đội ngũ NVYT.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Cải thiện môi trường làm việc bao gồm: Cải thiện điều kiện làm việc, giảm tải khối lượng công việc và tối ưu hóa lịch trực để hạn chế căng thẳng kéo dài; Tăng cường các chính sách hỗ trợ tâm lý cho NVYT, đặc biệt là các chương trình tư vấn, tham vấn tâm lý định kỳ; (ii) Tổ chức các khóa đào tạo về quản lý stress, kỹ năng kiểm soát cảm xúc và chăm sóc sức khỏe tâm thần; (iii) Nâng cao nhận thức của lãnh đạo và đồng nghiệp về tầm quan trọng của sức khỏe tâm thần trong môi trường làm việc y tế đặc thù; (iv) Xây dựng hệ thống đánh giá và theo dõi sức khỏe tâm thần cho NVYT để phát hiện sớm các dấu hiệu stress, lo âu, trầm cảm; và (v) Triển khai các biện pháp can thiệp sớm như nhóm hỗ trợ đồng nghiệp, hoạt động thể chất và các chương trình cân bằng công việc - cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng 6, Thảo Hoàng, Phương Hoàng, Dung Phan (2016). Bài test đánh giá Lo âu - Trầm cảm - Stress (DASS 21). <<https://bookingcare.vn/cam-nang/bai-test-danh-gia-lo-au--tram-cam--stress-dass-21-p177.html>>, accessed: 17/11/2023
2. Liên 1, Lê Thị Kim Liên, Nguyễn Bạch Ngọc (2020) Stress, lo âu, trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở điều dưỡng. Y học cộng đồng, Số 7-2020 (Tập 60).
3. Ngọc 2, Nguyễn Bạch Ngọc (2019) Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến stress, trầm cảm và lo âu ở nhân viên điều dưỡng khối nội tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108, Số 6/2019 (Tập 14).
4. Nhung 3, Lương Thị Nhung, Nguyễn Hoàng Thanh (2022) Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên y tế tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và các yếu tố liên quan. Tạp chí y học Việt Nam, Số 2-2022 (Tập 519).
5. Thanh 4, Phạm Ngọc Thanh và các cộng sự (2016) Khảo sát sức khỏe tâm trí của nhân viên y tế Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Y tế Công cộng, Số 47 tháng 3/2019.
6. Thiện 7, Trần Văn Thiện và các cộng sự Thực trạng sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Quốc Gia Hà Nội năm 2021. Tạp chí y học Việt Nam, số 1B-2023 (Tập 526).
7. Thúy 8, Trần Thị Thúy (2011) Đánh giá trạng thái stress của cán bộ y tế khối lâm sàng bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2011. Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
8. Tuyết 5, Đậu Thị Tuyết (2013) Tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của cán bộ y tế khối lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh và một số yếu tố liên quan. Đại học y khoa Vinh.
9. Vân 9, Nguyễn Thị Thúy Vân và Nguyễn Thị Vân Anh (2016) Đánh giá thực trạng và tìm hiểu một số nguyên nhân gây sang chấn tâm lý của điều dưỡng tại Viện Pháp y tâm thần Trung ương.
10. Center 10, Center for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Exposure to stress occupational Hazards in Hospital, NIOSH Publisher, pp15.
11. Tran 11, Thạch Duc Tran, Tuan Tran and Jane Fisher (2013) Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women, BMC Psychiatry, pp. 13-23.

THỰC TRẠNG ĐÁP ỨNG NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN NHÂN ÁI NĂM 2022

STATUS OF MEETING THE PALLIATIVE CARE NEEDS OF PEOPLE WITH HIV/AIDS AT NHANHAI HOSPITAL IN 2022

✍ LÊ VĂN HỌC¹, TRẦN KIM ANH², HỒ THỊ HIỀN³, TRẦN QUANG HUY⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Nhân ái năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thực hiện trên 180 người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị tại 04 khoa lâm sàng Bệnh viện Nhân ái từ 01/2022 đến 10/2022, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Mỗi nội dung câu hỏi có hai lựa chọn "Có" hoặc "Không" phản ánh mức độ đáp ứng nhu cầu của người bệnh.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng về y tế chiếm 91,1%, đáp ứng về hỗ trợ chăm sóc chiếm 89,1%, đáp ứng về giao tiếp quan hệ chiếm 87,3%, đáp ứng về hỗ trợ tinh thần chiếm 85,5% và tỷ lệ đáp ứng nhu cầu về hỗ trợ vật chất chiếm 89,3%.

Kết luận: Người nhiễm HIV/AIDS được đáp ứng nhu cầu cao nhất về nhu cầu thông tin y tế là (91,1%) và thấp nhất về hỗ trợ tinh thần (85,5%). Chăm sóc cần dựa trên nhu cầu thực tế của từng người bệnh, do đó cần đánh giá chính xác để xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp và hiệu quả.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, đáp ứng nhu cầu, người nhiễm HIV/AIDS.

SUMMARY

Objective: Describe the current situation of meeting the palliative care needs of people with HIV/AIDS treated at Nhan Nhan Hospital in 2022.

Research subjects and methods: A descriptive study was conducted on 180 people living with HIV/AIDS who were receiving treatment in four clinical departments of Nhan Ai Hospital from January 2022 to October 2022, meeting the selection criteria. Data were collected through direct interviews using a pre-designed questionnaire. Each question had two response options, "Yes" or "No", reflecting the extent to which patients' needs were met.

Results: The medical response rate accounted for 91.1%, the response rate for care support accounted for 89.1%, the response rate for communication and relationships accounted for 87.3%, the response rate for spiritual support accounted for 87.3%. 85.5% and the rate of meeting the need for material support is 89.3%.

Conclusion: People with HIV/AIDS had the highest level of need fulfillment in medical care (91.1%) and the lowest in mental health support (85.5%). Care should be based on the actual needs of each patient; therefore, accurate assessment is essential to develop appropriate and effective care plan

Keywords: Palliative care, meeting needs, people with HIV/AIDS.

^{1,2*} Bệnh viện Nhân ái – Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh, 3 Trường đại học Y tế Công cộng Hà Nội,

⁴ Trường Đại học Đại Nam.

^{1,2*} ĐT: 0972021781; Email: hocnhanai@gmail.com.

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 10.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 14.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 18.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính đến năm 2021 có 37,7 triệu người nhiễm HIV trên toàn thế giới, và có khoảng 36,3 triệu người đã tử vong [7]. Tại Việt Nam tính đến 31/12/2020 cả nước có 215.220 người nhiễm HIV đang còn sống, 108.719 người nhiễm HIV đã tử vong và số đang điều trị ARV là 152.116 người, chiếm hơn 70% số người nhiễm HIV đã được phát hiện [1].

Theo WHO, chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan đến sự ốm đau đe dọa tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và giảm gánh nặng mà họ phải chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau và các vấn đề khác như triệu chứng thực thể, tâm lý, xã hội, tâm linh [2], [6]. WHO ước tính mỗi năm thế giới có hơn 56,8 triệu người cần CSGN, trong đó 25,7 triệu người gần giai đoạn cuối đời [3]. Các nhu cầu CSGN phổ biến nhất của NB HIV/AIDS là nhu cầu về y tế, nhu cầu về tâm lý xã hội và nhu cầu hỗ trợ tài chính (77%); chăm sóc tại gia (47%); hỗ trợ dinh dưỡng (44%); giảm đau, quản lý các triệu chứng khác (43%) [5].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai (2018) tại Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội cho biết nhu cầu CSGN của người nhiễm HIV/AIDS là rất lớn, trong đó: nhu cầu thông tin y tế chiếm tỷ lệ cao nhất là 95,4%, nhu cầu hỗ trợ chăm sóc chiếm 86,1%, nhu cầu vật chất chiếm 84,3%, nhu cầu hỗ trợ tinh thần chiếm 77,8%, nhu cầu giao tiếp quan hệ chiếm tỷ lệ 72,2%. Tuy nhiên thực trạng đáp ứng những nhu cầu trên còn khiêm tốn, trong đó: đáp ứng nhu cầu thông tin y tế trung bình đạt 77,8%, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ chăm sóc trung bình đạt 66,7%, đáp ứng nhu cầu giao tiếp quan hệ đạt 63,9%, đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tinh thần đạt 39,8%, đáp ứng nhu cầu vật chất đạt 61,1% [4]. Hầu hết NB HIV/AIDS chỉ ra rằng những nhu cầu CSGN này chưa được đáp ứng, đặc biệt là nhu cầu giảm đau, quản lý triệu chứng, hỗ trợ tài chính và hỗ trợ dinh dưỡng. Nhìn chung các nghiên cứu trong và ngoài nước về nhu cầu và đáp ứng nhu cầu CSGN đối với người nhiễm HIV/AIDS rất lớn và giao động trong khoảng từ 95,4% đến 39,8% [4], [5].

Bệnh viện Nhân Ái chăm sóc và điều trị miễn phí hoàn toàn cho người nhiễm HIV/AIDS. Trong quá trình chăm sóc chúng tôi nhận thấy nơi đây đa số là bệnh nặng, chỉ số tế bào lympho T-CD4 < 200/mm³ trong máu chiếm phần nhiều, các mặt bệnh ở người nhiễm HIV/AIDS rất phong phú, số người bệnh đồng nhiễm lao/HIV, HBV/HIV và HCV/HIV chiếm tỷ lệ cao. Hơn thế nữa tỷ lệ người bệnh vô gia cư, gia đình ruồng bỏ, không quan tâm, không có khả năng chăm sóc chiếm đa phần [8]. Nhằm nâng cao sự hài lòng, chất lượng chăm sóc, thời gian sống và chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS thì việc đánh giá đáp ứng nhu cầu CSGN của NB HIV/AIDS là rất cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Mô tả thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhân Ái năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người nhiễm HIV/AIDS điều trị tại bệnh Nhân ái

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân ái, từ 18 tuổi trở lên, có đủ sức khỏe để trả lời các câu hỏi phỏng vấn, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người nhiễm HIV/AIDS không có mặt tại thời điểm phỏng vấn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022.

Địa điểm nghiên cứu: 04 khoa lâm sàng - Bệnh viện Nhân ái.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: gồm 180 người nhiễm HIV/AIDS

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2022.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người nhiễm HIV/AIDS dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn

2.5. Bộ công cụ, thang đo, tiêu chuẩn đánh giá

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu:

Bộ công cụ được xây dựng dựa trên Quyết định số 183/BYT ngày 25/01/2022 về việc ban hành “Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với NB ung thư và AIDS” của Bộ Y tế [3]. Nghiên cứu về nhu cầu CSGN của người nhiễm HIV/AIDS năm 2018 của tác giả Nguyễn Thị Mai [4]. Bộ công cụ được chỉnh sửa một số nội dung và từ ngữ để đảm bảo các câu hỏi rõ ràng, phù hợp với đối tượng và địa bàn nghiên cứu. Nội dung bộ câu hỏi gồm: đáp ứng về nhu cầu cần hỗ trợ thông tin y tế (7 câu hỏi); đáp ứng nhu cầu cần hỗ trợ chăm sóc (5 câu hỏi); đáp ứng nhu cầu cần hỗ trợ giao tiếp, quan hệ (5 câu hỏi), đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tinh thần (7 câu hỏi) và đáp ứng nhu cầu hỗ trợ vật chất (4 câu hỏi).

2.5.2. Thang đo, tiêu chuẩn đánh giá: Với mỗi nội dung câu hỏi: NB sẽ trả lời 1 trong 2 phương án “Có” hoặc “Không” tùy thuộc vào việc NB có hay không có nhu cầu; có được đáp ứng hay không được đáp ứng. Từ đó sẽ xác định tỷ lệ nhu cầu và đáp ứng nhu cầu của NB ở từng nội dung câu hỏi. Tính tỷ lệ nhu cầu, đáp ứng nhu cầu theo từng yếu tố: NB được xác định là “Có nhu cầu”, “Có được đáp ứng” với yếu tố đó khi số câu trả lời “Có” >50% tổng số câu hỏi của yếu tố đó. NB được xác định là “Không có nhu cầu”, “Không được đáp ứng” với yếu tố đó khi số câu trả lời “Có” ≤50% tổng số câu hỏi của yếu tố đó.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Kết quả được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0 và áp dụng các test thống kê y học.

2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội; được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Nhân ái cũng như sự đồng ý của NB và gia đình NB tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin về NB được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dân số, xã hội học của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số đối tượng nghiên cứu (n=180)

Đặc điểm dân số		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	147	81,7
	Nữ	33	18,3
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	20	11,1
	Từ 30 - 39 tuổi	53	35,6
	Từ 40 - 49 tuổi	77	41,1
	≥ 50 tuổi	30	12,2
	<i>Tuổi trung bình: 41,2±8,8; tuổi thấp nhất: 22, tuổi cao nhất: 69</i>		
Dân tộc	Dân tộc kinh	165	91,7
	Dân tộc khác	15	8,3
Tôn giáo	Phật giáo	78	43,4
	Thiên chúa giáo	42	23,1
	Thờ cúng ông bà	38	21,3
	Không tôn giáo	22	12,2
Trình độ học vấn	Không đi học	21	11,7
	Trung học cơ sở trở xuống	118	65,6
	Phổ thông trung học	24	13,3
	Trung cấp trở lên	17	9,4
Nghề nghiệp	Lái xe	18	10,0
	Nông dân/ công nhân	29	16,1
	Thất nghiệp	43	23,9
	Nghề khác	90	50,0
Nơi cư trú	TP. Hồ Chí Minh	160	88,9
	Nơi khác	20	11,1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/ chưa lập gia đình	84	46,7
	Ly thân/ly dị/góa	55	30,6
	Đang có gia đình	41	22,8
Thanh toán viện phí	Có bảo hiểm	171	95,0
	Tự chi trả	9	5,0

Bảng 3.1 cung cấp đặc điểm của nhóm đối tượng được điều tra, tổng số có 180 người bệnh nhiễm HIV/AIDS tham gia vào nghiên cứu, trong đó:

Giới tính: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, theo tỷ lệ tương ứng là 81,7% và 18,3%, tỷ lệ nam/nữ là 4,46/1.

Tuổi: Được chia làm 4 nhóm. Trong đó, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 41 ± 8,3 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là 69 tuổi, tỷ lệ nhóm từ 40 – 49 tuổi cao nhất chiếm 53,2%.

Dân tộc: Dân tộc kinh chiếm 91,7%.

Tôn giáo: Phật giáo chiếm 43,4%, thiên chúa giáo chiếm 23,1%, Thờ cúng ông bà chiếm 21,1% và 12,2% là tỷ lệ không tôn giáo.

Trình độ học vấn: Trình độ học vấn trung học cơ sở trở xuống chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%, trình độ phổ thông trung học chiếm 13,3%, trình độ trung cấp trở lên thấp nhất chiếm 9,4%, 11,7% là tỷ lệ của đối tượng nghiên cứu không đi học.

Nghề nghiệp: nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu là lái xe chiếm tỷ lệ thất nhất 10,0%, tiếp theo là công dân hoặc công nhân chiếm 16,1%, thất nghiệp chiếm 23,9% và nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%.

Nơi cư trú: Đa số đối tượng nghiên cứu có nơi cư trú là ở TP. Hồ Chí Minh chiếm 88,9%, tỷ lệ cư trú ở nơi khác chiếm 11,1%.

Trình trạng hôn nhân: đối tượng nghiên cứu là độc thân hoặc chưa lập gia đình chiếm tỷ lệ 46,7%, đang có gia đình chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,8%).

Thanh toán viện phí: người bệnh có bảo hiểm y tế chiếm tỷ lệ 95,0%.

3.2. Đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Nhân ái

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng nhu cầu về thông tin y tế (n=180)

Nội dung	Được đáp ứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Được biết thêm thông tin về chẩn đoán bệnh của mình	171	95,1
Được biết thêm thông tin về tiên lượng bệnh của mình	160	88,7
Được giải thích thêm về phương pháp điều trị bệnh của mình	149	82,7
Được biết về mục đích của các xét nghiệm, các can thiệp	143	79,3
Được biết các kết quả xét nghiệm sau mỗi lần làm	152	84,7
Được thông báo thường xuyên về mức độ thuyên giảm bệnh	141	78,1
Được giải thích về các biến chứng hoặc tác dụng không mong muốn	155	86,6
Được đáp ứng chung	164	91,1

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Tỷ lệ NB được đáp ứng nhu cầu thông tin về y tế chung chiếm 91,1%. Trong đó nhu cầu về thông tin chẩn đoán bệnh cao nhất chiếm 95,1%, tiếp đến là cần được cung cấp thêm thông tin về tiên lượng bệnh chiếm 88,7%, tỷ lệ NB được đáp ứng nhu cầu thông báo thường xuyên về mức độ thuyên giảm bệnh thấp nhất là 78,1%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng nhu cầu về hỗ trợ chăm sóc (n = 180)

Nội dung	Được đáp ứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Được chăm sóc để kiểm soát tốt hơn các triệu chứng của bệnh	159	88,6
Chăm sóc, hỗ trợ nhiều hơn trong việc ăn, mặc quần áo, tắm gội	141	81,6
Được sự chăm sóc chu đáo của điều dưỡng	157	87,5
Được hỗ trợ việc vận động, đi lại	143	79,6
Được hướng dẫn cách tự chăm sóc	148	82,3
Được đáp ứng hỗ trợ chung	160	89,1

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ NB được hỗ trợ trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc chung chiếm 89,1%. Trong đó đáp ứng nhu cầu để kiểm soát tốt hơn các triệu chứng của bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,6%, tiếp đến được hỗ trợ chăm sóc chu đáo hơn của điều dưỡng chiếm tỷ lệ 87,5%, tỷ lệ NB nhận được đáp ứng thấp nhất trong việc được hỗ trợ việc vận động, đi lại chiếm tỷ lệ 79,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng nhu cầu về giao tiếp, quan hệ (n = 180)

Nội dung	Có được đáp ứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sự cảm thông chia sẻ của nhân viên y tế	150	83,7
Nói chuyện với người có cùng hoàn cảnh	145	80,7
Sự động viên khích lệ của những người thân trong gia đình	132	73,5
Giữ bí mật các thông tin liên quan đến cá nhân	147	81,9
Được tôn trọng, cư xử bình thường như mọi người	147	81,7
Đáp ứng giao tiếp chung	157	87,3

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ NB được đáp ứng nhu cầu giao tiếp, quan hệ chung chiếm 87,3%. Trong đó được đáp ứng cao nhất là nhu cầu cần sự cảm thông, chia sẻ của NVYT chiếm 83,7%, tỷ lệ NB được đáp ứng có nhu cầu thấp nhất là sự động viên khích lệ của những người thân trong gia đình chiếm 73,5%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng nhu cầu hỗ trợ về tinh thần (n = 180)

Nội dung	Có được đáp ứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Được chăm sóc để cảm thấy bản thân hữu ích hơn trong gia đình	149	82,5
Được chăm sóc để cảm thấy không bị bỏ rơi	147	81,7
Được chăm sóc để cảm thấy mình không bị thương hại	152	84,6
Chăm sóc để giảm bớt sự lo sợ phải chịu đựng những cơn đau	170	94,3
Chăm sóc để giảm bớt lo sợ về sự suy giảm dần sức khỏe	153	85,1
Tham gia các hoạt động có ích giúp giảm bớt cảm giác phiền muộn	149	82,9
Được sự tư vấn của một nhà tâm linh học/cha xứ	157	87,3
Được đáp ứng hỗ trợ tinh thần chung	161	89,5

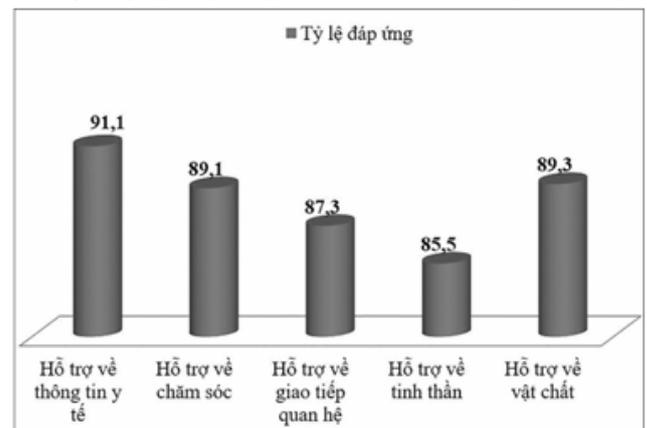
Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ NB được đáp ứng nhu cầu hỗ trợ tinh thần chung chiếm 89,5%. Trong đó nhu cầu cao nhất là cần được chăm sóc để giảm bớt sự lo sợ phải chịu đựng những cơn đau đớn do bệnh hoặc do thủ thuật y tế chiếm 94,3%, tỷ lệ NB được đáp ứng có nhu cầu thấp nhất là cần được chăm sóc để cảm thấy không bị bỏ rơi chiếm tỷ lệ 81,7%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người bệnh được đáp ứng nhu cầu về vật chất (n = 180)

Nội dung	Được đáp ứng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dịch vụ tốt hơn từ bệnh viện: phòng tắm, bữa ăn, vệ sinh phòng bệnh	155	86,3
Thông tin về những vấn đề liên quan đến kinh tế như: bảo hiểm y tế	152	88,7
Trợ giúp về kinh tế	121	67,4
Thông tin về các cơ sở, tổ chức bảo trợ xã hội (hỗ trợ nơi ở, việc làm...)	159	96,1
Được đáp ứng vật chất chung	161	89,3

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ NB được đáp ứng nhu cầu vật chất chung chiếm 89,3%. Trong đó cao nhất là tỷ lệ NB được đáp ứng thêm thông tin về các cơ sở, tổ chức bảo trợ xã hội chiếm 96,1%, tỷ lệ NB được đáp ứng có nhu cầu thấp nhất là cần trợ giúp về kinh tế chiếm tỷ lệ 67,4%.

Thực trạng đáp ứng nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ được đáp ứng theo từng yếu tố

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ NB được đáp ứng về nhu cầu thông tin y tế cao nhất chiếm 91,1%, tỷ lệ NB được đáp ứng thấp nhất là hỗ trợ tinh thần chiếm 85,5%.

KẾT LUẬN

Thực trạng được đáp ứng nhu cầu về: tỷ lệ đáp ứng về y tế đạt cao nhất (91,1%) và thấp nhất là đáp ứng về hỗ trợ tinh thần (85,5%), đáp ứng về hỗ trợ chăm sóc đạt 89,1%, đáp ứng về giao tiếp quan hệ đạt 87,3%, và tỷ lệ đáp ứng nhu cầu về hỗ trợ vật chất đạt 89,3%. Chăm sóc cần dựa trên nhu cầu thực tế của từng người bệnh, do đó cần đánh giá chính xác để xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), Số 124/BC-BYT, Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020, Hà Nội, ngày 04 tháng 02 năm 2021.

2. Bộ Y tế (2015). Chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2022), Quyết định số 183/QĐ-BYT, Về việc ban hành Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, Hà Nội, ngày 25 tháng 01 năm 2022.

4. Nguyễn Thị Mai (2018), Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh HIV/AIDS tại Khoa Truyền nhiễm bệnh viện Bạch Mai năm 2018, Luận văn thạc sĩ điều dưỡng, Đại học điều dưỡng Nam Định.

5. Uwimana J and Struthers P (2007). Met and unmet palliative care needs of people living with HIV/AIDS in Rwanda. SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 4(1), pp.575-585.

6. WHO (2017). Definition of Palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, [Accessed 05/12/2021].

7. WHO (2021). HIV/AIDS. Available at: <http://www.who.int/gho/hiv/en/>, [Accessed 19/09/2021].

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN SƠN TRÀ, ĐÀ NẴNG

ASSESSMENT OF NURSING CARE QUALITY AT THE GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT, SON TRA HOSPITAL, DA NANG

✍ NHỮ THỊ HIỀN 1, PHAN MINH TÂM 1, NGUYỄN TRƯỞNG VĂN VÕ LÂM TUẤN 2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng chăm sóc điều dưỡng thông qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Sơn Trà Sơn Trà, Đà Nẵng, và xác định các yếu tố liên quan đến chăm sóc người bệnh.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Dữ liệu được thu thập bằng bộ công cụ có cấu trúc do điều tra viên thực hiện trực tiếp trên người bệnh. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để phân tích số liệu với bảng Crosstabs và kiểm định Chi-Square.

Kết quả: Kết quả cho thấy 80,2% người bệnh đánh giá chăm sóc điều dưỡng tốt, 19,8% đánh giá bình thường, và không có phản hồi "chưa tốt". Nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và chất lượng chăm sóc điều dưỡng, cụ thể: Người bệnh từ 51 tuổi trở lên đánh giá chăm sóc tốt cao hơn nhóm trẻ hơn ($p=0,036$); Người có trình độ học vấn từ THPT trở lên có xu hướng đánh giá thấp hơn so với nhóm có trình độ học vấn thấp hơn ($p=0,027$); Nghề nghiệp cũng ảnh hưởng đến đánh giá, với nhóm cán bộ nhà nước và công nhân có tỷ lệ đánh giá chăm sóc thấp hơn nhóm khác ($p=0,041$).

Kết luận: Chăm sóc điều dưỡng được đánh giá tốt trên 80%, tuy nhiên một số khía cạnh còn hạn chế như hướng dẫn xét nghiệm (75,2%), tôn trọng riêng tư (56,8%), tư vấn tự chăm sóc (75,9%). Nghiên cứu gợi ý tăng cường các giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng như đào tạo kỹ năng giao tiếp và tăng cường sự tôn trọng đối với người bệnh.

Từ khóa: chất lượng chăm sóc điều dưỡng, người bệnh nội trú, bệnh viện Sơn Trà, Đà Nẵng

¹ Phòng Kế hoạch Nghiệp vụ, Bệnh viện Sơn Trà Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng.

² Phòng Điều dưỡng, Bệnh viện Sơn Trà Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng.

²ĐT. 905547676; Email: tuanntvvl@danang.gov.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 10.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 14.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 18.2.2025

ABSTRACT

Objective: To describe the quality of nursing care based on feedback of inpatients at the General Internal Medicine Department, Son Tra Medical Center, Da Nang, and to identify factors associated with patient care.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted. Data were collected using a structured questionnaire administered directly to patients by investigators. SPSS 20.0 software was used for data analysis, applying Crosstabs and Chi-Square tests.

Results: The findings indicated that 80.2% of patients rated nursing care as good, 19.8% rated it as average, and none rated it as poor. The study also identified relationships between age, education level, occupation, and nursing care quality, especially: Patients aged 51 and older rated nursing care higher than younger patients ($p=0.036$); Patients with a high school education or higher tended to give lower ratings compared to those with lower education levels ($p=0.027$); Occupation also influenced evaluations, with government employees and workers rating nursing care lower than other occupational groups ($p=0.041$).

Conclusion: Nursing care was rated as good by over 80% of patients; however, some aspects remained inadequate, such as guidance on medical tests (75.2%), respect for privacy (56.8%), and self-care counseling (75.9%). The study suggests enhancing nursing care quality through communication skills training and fostering greater respect for patients.

Keywords: nursing care quality, inpatients, Son Tra Hospital, Da Nang

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc người bệnh là hoạt động cốt lõi tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện, diễn ra liên tục 24/24 giờ. Chất lượng chăm sóc tốt giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm chi phí y tế và tăng sự hài lòng của người bệnh, đồng thời nâng cao uy tín của cơ sở y tế. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tầm quan trọng của chăm sóc điều dưỡng đối với sự hài lòng của người bệnh. Nghiên cứu của Shan L và cộng sự (2016) tại Trung Quốc cho thấy 24% người bệnh không hài lòng với dịch vụ chăm sóc nội trú [6]. Tại Anh, nghiên cứu của Aiken L.H và cộng sự (2017) trên 66.348 người bệnh chỉ ra rằng sự hài lòng giảm đáng kể do thiếu niềm tin vào điều dưỡng và nhu cầu chăm sóc không được đáp ứng [5]. Trong nước, nghiên cứu của Châu Thị Hoa và Nguyễn Thị Diệu Trang (2010) tại Bệnh viện Trung ương Huế cho thấy điều dưỡng thực hiện tốt hỗ trợ tinh thần và y lệnh bác sĩ, nhưng việc hỗ trợ ăn uống và vệ sinh cá nhân vẫn phụ thuộc nhiều vào người nhà người bệnh [6]. Tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Sơn Trà, chất lượng chăm sóc điều dưỡng đã có nhiều cải thiện, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế như tính chủ động chưa cao, phụ thuộc vào y lệnh bác sĩ, kỹ năng giao tiếp, tư vấn dinh dưỡng và hướng dẫn chăm sóc còn chưa tối ưu. Những hạn chế này ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc và điều trị người bệnh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) Mô tả chất lượng chăm sóc điều dưỡng thông qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp,

Bệnh viện Sơn Trà, Đà Nẵng; (2) Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng chăm sóc điều dưỡng tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Sơn Trà, Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Với 424 người bệnh có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, có thời gian nằm viện điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên và điều dưỡng chăm sóc chính cho người bệnh tại Khoa nội tổng hợp Bệnh viện Sơn Trà, nghiên cứu được thực hiện từ 01/2022 đến hết tháng 08/2022.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Sử dụng công thức ước lượng tỷ lệ để tính số người bệnh cần khảo sát:

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

n: Số cỡ mẫu cần thiết

Z (1- α /2) : Hệ số với độ tin cậy 95% có giá trị là 1,96

p = 0,5 là tỉ lệ người bệnh đánh giá được ĐD chăm sóc tốt

d = 0,07 là sai số (dự kiến)

Thay vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 384 người bệnh với tiêu chuẩn mục 2.1. Trong nghiên cứu này chúng tôi thêm 10% dự phòng hao hụt mẫu, như vậy tổng cỡ mẫu nghiên cứu là 424 người bệnh được chọn ngẫu nhiên, mỗi ngày từ 1 đến 3 người bệnh.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi cấu trúc, bao gồm đặc điểm nhân khẩu học và đánh giá của người bệnh về chất lượng chăm sóc điều dưỡng gồm 25 câu hỏi tương ứng với 3 mức độ trả lời: Tốt (1); Bình thường (2) và Chưa tốt (3).

Phiếu khảo sát được thực hiện trực tiếp với người bệnh sắp xuất viện.

2.4. Phân tích số liệu

Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các phương pháp thống kê mô tả và kiểm định Chi-Square nhằm xác định mối liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học và đánh giá chăm sóc điều dưỡng.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi Hội đồng khoa học của bệnh viện thông qua đề cương nghiên cứu và sự chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc đạo đức y sinh, đảm bảo tính bảo mật thông tin và quyền tự nguyện tham gia của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 30 tuổi	98	23.1
	31 – 50 tuổi	142	33.5
	≥ 51 tuổi	184	43.4
Giới	Nam	174	41.0
	Nữ	250	59.0
Trình độ học vấn	THCS	7	1.7
	PTCS	15	3.5
	PTTH	159	37.5
	Trung cấp	154	36.3
	Cao đẳng và Đại học	82	19.3
	Trên Đại học	7	1.7
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	33	7.8
	Nông dân	4	0.9
	Công nhân	62	14.6
	Cán bộ nhà nước	8	1.9
	Khác	317	74.8

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đối tượng tham gia chủ yếu là nữ giới, chiếm tỷ lệ 59%. Hầu hết họ thuộc nhóm từ 51 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ cao nhất 43.4%, nhóm từ 30 tuổi trở xuống chiếm tỷ lệ thấp nhất với tỷ lệ là 23,1%. Với 73,8% có trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông và trung cấp (lần lượt: 36.3% và 37.5 %). Nghề nghiệp khác chiếm phần đa số (74.8%).

3.2. Đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng

Bảng 3.2: Nhận xét người bệnh về công tác chăm sóc của điều dưỡng

Hoạt động chăm sóc của điều dưỡng		Tốt	Bình thường	Chưa tốt
		N (%)	N (%)	N (%)
Sự tiếp đón của ĐD lúc vào viện	Hướng dẫn các thủ tục hành chính khi NB vào khoa	374 (88,2)	50 (11,8)	0 (0)
	Sự sắp xếp giường bệnh	332 (78,3)	92 (21,7)	0 (0)
	Hướng dẫn nội quy khoa phòng	342 (80,7)	82 (19,3)	0 (0)
	Hướng dẫn, hỗ trợ làm các xét nghiệm	319 (75,2)	105 (24,8)	0 (0)
Các CS hỗ trợ về tinh thần của ĐD	Sự quan tâm, thăm hỏi tình trạng sức khỏe của NB	338 (79,7)	86 (20,3)	0 (0)
	Sự giúp đỡ của điều dưỡng khi NB cần	324 (76,4)	100 (23,6)	0 (0)
	Sự động viên an ủi, khích lệ tinh thần NB	328 (77,4)	96 (22,6)	0 (0)
	Tôn trọng sự riêng tư của NB trong CS	241 (56,8)	183 (43,2)	0 (0)
	Kỹ năng thực hiện các QTKT chăm sóc của điều dưỡng	337 (79,5)	87 (20,5)	0 (0)
Thực hiện các kỹ năng chuyên môn của ĐD	Hướng dẫn của điều dưỡng về chế độ dùng thuốc	329 (77,6)	99 (23,3)	0 (0)
	Tư vấn, Hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh lý	329 (77,6)	95 (22,4)	0 (0)
	Theo dõi diễn biến bệnh hàng ngày	328 (77,4)	96 (22,6)	0 (0)
	Hỗ trợ khuyến khích NB vận động để phòng biến chứng	328 (77,4)	96 (22,6)	0 (0)
	Hướng dẫn, hỗ trợ NB thực hiện vệ sinh cá nhân	335 (79,0)	89 (21,0)	0 (0)
Giải thích các hoạt động CS của ĐD	Giải thích cho NB trước khi thực hiện mỗi QTKT chăm sóc	334 (78,8)	90 (21,2)	0 (0)
	Giải thích trước khi thực hiện thuốc, làm các xét nghiệm cho NB	328 (77,4)	96 (22,6)	0 (0)
Cung cấp các thông tin và giáo dục sức khỏe	Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe cho NB	333 (78,5)	91 (21,5)	0 (0)
	Hướng dẫn NB cách tự chăm sóc khi nằm viện	322 (75,9)	102 (24,1)	0 (0)
	Hướng dẫn NB cách tự chăm sóc sức khỏe khi ra viện	331 (78,1)	93 (21,9)	0 (0)
Công tác vệ sinh khoa phòng	Vệ sinh phòng bệnh, hành lang, nhà vệ sinh	330 (77,8)	93 (21,9)	0 (0)
	Vệ sinh các dụng cụ, phương tiện chăm sóc người bệnh	341 (80,4)	83 (19,6)	0 (0)
Tinh thần, thái độ phục vụ của ĐD	Thái độ, giao tiếp của điều dưỡng khi tiếp nhận NB vào khoa	322 (75,9)	102 (24,1)	0 (0)
	Thái độ, giao tiếp của điều dưỡng trong khi chăm sóc NB	330 (77,8)	94 (22,2)	0 (0)
	Sự chuẩn bị, sắp xếp của ĐD khi người bệnh ra viện	336 (79,2)	88 (20,8)	0 (0)

Bảng 3.3. Đánh giá chung về chất lượng chăm sóc người bệnh của điều dưỡng

Nội dung	Tốt	Bình thường	Chưa tốt	Tổng
Công tác chăm sóc người bệnh	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
	340 (80,2%)	84 (19,8%)	0 (0%)	424 (100%)

Nhận xét: Kết quả ở Bảng 3.3 cho thấy 80,2% người bệnh đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng là tốt, không có phản hồi tiêu cực. Hầu hết các yếu tố đánh giá trong chăm sóc, từ tiếp đón, hỗ trợ tinh thần đến thái độ phục vụ, đều đạt tỷ lệ hài lòng trên 80%. Trong đó, yếu tố được đánh giá cao nhất là "Hướng dẫn các thủ tục hành chính khi nhập khoa" với 88,2%, trong khi "Tôn trọng sự riêng tư của người bệnh" có tỷ lệ thấp nhất, chỉ đạt 56,8%. Điều này cho thấy cần có biện pháp cải thiện để nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân về quyền riêng tư và tính cá nhân hóa trong chăm sóc y tế.

3.3. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu với công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu của đối tượng nghiên cứu với công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng

Công tác chăm sóc của điều dưỡng		Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu		
		Tuổi (p)	Trình độ học vấn (p)	Nghề nghiệp (p)
Sự tiếp đón của ĐD lúc vào viện	Hướng dẫn các thủ tục hành chính khi NB vào khoa	-	0,041	-
	Sự sắp xếp giường bệnh	-	-	0,027
	Hướng dẫn nội quy khoa phòng	0,025	-	-
	Hướng dẫn, hỗ trợ làm các xét nghiệm	-	-	-
Các CS hỗ trợ về tinh thần của ĐD	Sự quan tâm, thăm hỏi tình trạng sức khỏe của NB	-	-	-
	Sự giúp đỡ của điều dưỡng khi NB cần	0,033	-	-
	Sự động viên an ủi, khích lệ tinh thần NB	0,033	-	-
	Tôn trọng sự riêng tư của NB trong CS	0,036	-	-
Thực hiện các kỹ năng chuyên môn của ĐD	Kỹ năng thực hiện các QTKT chăm sóc của điều dưỡng	0,036	-	-
	Hướng dẫn của điều dưỡng về chế độ dùng thuốc	-	-	-
	Tư vấn, Hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh lý	0,004	-	-
	Theo dõi diễn biến bệnh hàng ngày	-	-	-
	Hỗ trợ khuyến khích NB vận động để phòng biến chứng	0,010	-	-
	Hướng dẫn, hỗ trợ NB thực hiện vệ sinh cá nhân	-	-	-
Giải thích các hoạt động CS của ĐD	Giải thích cho NB trước khi thực hiện mỗi QTKT chăm sóc	0,039	-	-
	Giải thích trước khi thực hiện thuốc, làm các xét nghiệm cho NB	-	-	-

Cung cấp các thông tin và giáo dục sức khỏe	Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe cho NB	-	-	-
	Hướng dẫn NB cách tự chăm sóc khi nằm viện	-	-	-
	Hướng dẫn NB cách tự chăm sóc sức khỏe khi ra viện	-	-	-
Công tác vệ sinh khoa phòng	Vệ sinh phòng bệnh, hành lang, nhà vệ sinh	-	-	-
	Vệ sinh các dụng cụ, phương tiện chăm sóc người bệnh	-	-	-
Tinh thần, thái độ phục vụ của ĐD	Thái độ, giao tiếp của điều dưỡng khi tiếp nhận NB vào khoa	-	-	-
	Thái độ, giao tiếp của điều dưỡng trong khi chăm sóc NB	-	-	-
	Sự chuẩn bị, sắp xếp của ĐD khi người bệnh ra viện	-	-	-

Nhận xét: Kết quả ở Bảng 3.4. cho thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa đặc điểm về tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp với công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại Khoa nội tổng hợp, bệnh viện Bệnh viện Sơn Trà, Đà Nẵng.

4. BÀN LUẬN

Đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Sơn Trà năm 2022 cho thấy 80,2% người bệnh đánh giá tốt, không có phản hồi tiêu cực. Trong đó, tiếp đón người bệnh đạt tỷ lệ hài lòng cao nhất (88,26%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Thanh Hải và cộng sự (2015) tại Bệnh viện Tĩnh Biên (44,8%) [1].

Về hỗ trợ tinh thần, 56,8% người bệnh đánh giá tốt, 43,2% đánh giá bình thường. Một số ý kiến phản ánh điều dưỡng chưa chú ý đảm bảo sự riêng tư khi thăm khám, trao đổi bệnh trạng, trùng khớp với đánh giá của nhóm nghiên cứu định tính. Điều này cho thấy cần cải thiện kỹ năng giao tiếp và ứng xử tế nhị hơn.

Về thực hành chuyên môn, thực hiện kỹ thuật điều dưỡng được đánh giá tốt 79,5%; theo dõi bệnh trạng hàng ngày đạt 77,4%; hướng dẫn dùng thuốc 77,6%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí (99,2%) [3]. Hướng dẫn dinh dưỡng đạt 77,6%, thấp hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Vĩnh Long (93%) [4].

Vệ sinh khoa phòng được đánh giá tốt 77,8%, vệ sinh dụng cụ chăm sóc người bệnh 80,4%. Tuy nhiên, một số ý kiến phản ánh quy trình thay ga, quần áo chưa kịp thời do quá tải người bệnh.

Thái độ điều dưỡng trong giao tiếp và hướng dẫn xuất viện đạt 79,2%, phản ánh sự cải thiện tích cực

trong kỹ năng chăm sóc, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Sơn Trà cho thấy phần lớn người bệnh hài lòng với dịch vụ chăm sóc. Tỷ lệ đánh giá tốt đạt 80,2%, phản ánh chất lượng chăm sóc điều dưỡng ở mức cao. Tuy nhiên, một số khía cạnh cần cải thiện, đặc biệt là hướng dẫn xét nghiệm, tôn trọng sự riêng tư của bệnh nhân và tư vấn tự chăm sóc. Ngoài ra, nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan đáng kể giữa độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp với mức độ hài lòng của người bệnh đối với dịch vụ điều dưỡng.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Tổ chức các chương trình đào tạo định kỳ để nâng cao kỹ năng thực hành điều dưỡng, đặc biệt trong việc hướng dẫn xét nghiệm và theo dõi tình trạng bệnh nhân; (ii) Cải thiện kỹ năng giao tiếp và tư vấn của điều dưỡng; (iii) Xây dựng quy trình đảm bảo quyền riêng tư của bệnh nhân trong quá trình thăm khám, tư vấn và thực hiện các thủ thuật y tế; (iii) Thường xuyên khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh và điều chỉnh quy trình chăm sóc để đảm bảo đáp ứng tốt hơn nhu cầu thực tế; (iv) Cần có sự đầu

tư về nhân lực và cơ sở vật chất để giảm tải cho điều dưỡng, đảm bảo họ có đủ điều kiện để cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phạm Thanh Hải và cộng sự (2015). Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Biên năm 2015.

Châu Thị Hoa và Nguyễn Thị Diệu Trang (2010). "Thực trạng công tác CSNB ung thư hạ họng - thực quản tại trung tâm Ung bướu bệnh viện TW Huế" (Từ 1/1/2009-30/6/2010), Kỷ yếu đề tài NCKH điều dưỡng Hội nghị Khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ IV, Hà Nội, trang 183- 44.

Nguyễn Tuấn Hưng (2011). Nghiên cứu thực trạng hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí năm 2011.

Nguyễn Thị Cẩm Thu (2014). Thực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh và một số yếu tố liên quan tại bốn khoa lâm sàng bệnh viện Vĩnh Long năm 2014.

Aiken L.H et al (2017). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*; 8(1), 1-8.

Shan L et al (2016). Patient satisfaction with hospital inpatient care: effects of trust, medical insurance and perceived quality of care. *PloS one*; 11(10), 1643 1666.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN Ý ĐỊNH QUAN HỆ TÌNH DỤC AN TOÀN CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

FACTORS AFFECTING INTENTIONS TO HAVE SAFE SEX OF STUDENTS
AT HO CHI MINH CITY UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

✍ PHAN THỊ THANH MAI¹, NGUYỄN THẢO QUYÊN², PHẠM NGỌC HÀ²,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến ý định quan hệ tình dục (QHTD) an toàn của sinh viên Đại học Y Dược TPHCM

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang – phân tích. 131 Sinh viên hệ chính quy đang học ở tất cả các khoa: Khoa Y, Khoa Răng hàm mặt, Khoa Điều dưỡng – Kỹ thuật y học, Khoa Y tế công cộng, Khoa Y học cổ truyền, Khoa Dược của Đại học Y dược TPHCM năm 2022 thực hiện khảo sát qua bộ câu hỏi tự điền.

Kết quả: Trong thái độ cá nhân đối với hành vi QHTD an toàn: sinh viên hài lòng nhiều nhất với việc sử dụng biện pháp tránh thai (BPTT) khi QHTD qua đường âm đạo với bạn tình ($5,86 \pm 1,41$), sinh viên hài lòng ít nhất ở việc sử dụng bao cao su (BCS) khi QHTD ít dễ chịu hơn so với việc sử dụng BPTT ($4,89 \pm 1,53$). Trong chuẩn mực xã hội đối với hành vi QHTD an toàn: hầu hết những người quan trọng với sinh viên đều nghĩ việc sử dụng BPTT ($6,24 \pm 1,17$) hoặc BCS ($6,23 \pm 1,12$) khi QHTD là nên làm. Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thái độ cá nhân với ý định QHTD an toàn ($r = 0,51, p < 0,05$). Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa chuẩn mực xã hội với ý định QHTD an toàn ($r = 0,56, p < 0,05$).

Kết luận: Thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội có mối tương quan với ý định QHTD an toàn của sinh viên Đại học Y dược TPHCM. Nhà trường có những giải pháp thích hợp, kịp thời nhằm tác động tích cực đến ý định QHTD an toàn của sinh viên, giúp giảm thiểu những hậu quả do QHTD không an toàn gây ra.

Từ khóa: Thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội, ý định quan hệ tình dục an toàn.

¹Sinh viên, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Giảng viên, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thảo Quyên ĐT: 0373481087 - Email: quyennnt@ump.edu.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 10.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 14.2.2025

ABSTRACT

Objective: Determining factors affecting the intention to have safe sex among students of Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy.

Subjects and methods: Cross-sectional research design – analysis. 131 full-time students studying in all faculties: Faculty of Medicine, Faculty of Dentistry, Faculty of Nursing - Medical Technology, Faculty of Public Health, Faculty of Traditional Medicine, Faculty of Pharmacy of Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy in 2022 conducted a survey through a self-filled questionnaire.

Results: In personal attitudes towards safe sexual intercourse behavior: students are most satisfied with using contraceptives when having vaginal sex with their partner (5.86 ± 1.41), students are least satisfied with using condoms when having sex is less comfortable than using contraceptives (4.89 ± 1.53). In social norms for safe sexual behavior: most people who are important to students think using contraceptives (6.24 ± 1.17) or condoms (6.23 ± 1.12) when having sex is a good idea. There is a statistically significant correlation between personal attitude and intention to have safe sex ($r = 0.51, p < 0.05$). There is a statistically significant correlation between social norms and the intention to have safe sex ($r = 0.56, p < 0.05$).

Conclusion: Personal attitudes and social norms are correlated with the intention to have safe sex among students of Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy. The school has appropriate and timely solutions to positively impact students' intentions to have safe sex, helping to minimize the consequences caused by unsafe sex.

Key words: Personal attitudes, social norms, intention to have safe sex

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm trở lại đây, hành vi QHTD ở độ tuổi thanh thiếu niên đang ngày càng phổ biến. Theo thống kê của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (CDC) về độ tuổi QHTD của giới trẻ Mỹ giai đoạn 2015 - 2017, có đến gần một nửa thanh thiếu niên từ 15 - 19 tuổi đã QHTD [8]. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên phụ nữ trong độ tuổi từ 18 - 45 tuổi, kết quả cho biết tuổi QHTD trung bình ở Na-uy là 16-18 tuổi, 15 - 18 tuổi ở Đan Mạch và 17 tuổi ở Thụy Điển [5] Tại Việt Nam, với lợi thế là một trong những nước đang phát triển với xu hướng hội nhập quốc tế, đi cùng với đó là sự du nhập của nền văn hóa phương Tây với quan điểm cởi mở về tình dục, xu hướng QHTD ở độ tuổi thanh thiếu niên Việt Nam nói chung và sinh viên nói riêng cũng diễn ra tương đối phổ biến. Bằng chứng là qua kết quả của nghiên cứu cắt ngang trên 388 sinh viên của một trường cao đẳng tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM), tỉ lệ sinh viên đã QHTD lên đến 39,90% [3]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra QHTD ở tuổi thanh thiếu niên có liên quan đến các hành vi QHTD không an toàn và gây nên những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe như: có nhiều bạn tình, sử dụng bao cao su không nhất quán, mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs), mang thai ngoài ý muốn [10].

Trong bối cảnh hiện nay, Việt Nam có hơn 23,5 triệu học sinh, sinh viên, chiếm gần một phần ba dân

số cả nước [2]. Ở lứa tuổi này, sinh viên rất dễ nhạy cảm với sự thay đổi của môi trường, xã hội, điều này sẽ dẫn đến nhiều nguy cơ liên quan đến sức khỏe [6]. Trong khi đó, TPHCM lại là nơi có nền kinh tế phát triển bậc nhất cả nước, là nơi hội tụ, giao thoa của nhiều nền văn hóa trên thế giới. Với những lý do trên, kết hợp với thực trạng xu hướng QHTD ở tuổi thanh thiếu niên ngày càng phổ biến, nếu sinh viên Đại học Y Dược TPHCM không có ý thức QHTD an toàn để tự bảo vệ bản thân thì sẽ rất nguy hiểm. Vì vậy, việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến ý định QHTD an toàn của sinh viên Đại học Y Dược TPHCM là điều vô cùng cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến ý định QHTD an toàn của sinh viên Đại học Y Dược TPHCM

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang – phân tích.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 03/2022 đến tháng 07/2022 tại Đại học Y Dược TPHCM.

2.3 Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên hệ chính quy

đang học ở tất cả các khoa: Khoa Y, Khoa Răng hàm mặt, Khoa Điều dưỡng – Kỹ thuật y học, Khoa Y tế công cộng, Khoa Y học cổ truyền, Khoa Dược của Đại học Y dược TPHCM năm 2022

Tiêu chí chọn vào

Sinh viên hệ chính quy đang học ở tất cả các khoa: Khoa Y, Khoa Răng hàm mặt, Khoa Điều dưỡng – Kỹ thuật y học, Khoa Y tế công cộng, Khoa Y học cổ truyền, Khoa Dược của Đại học Y dược TPHCM năm 2022 đủ từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chí loại ra

Sinh viên chọn duy nhất 1 đáp án giống nhau cho toàn bộ bảng khảo sát.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính bằng công thức:

$$n_1 = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu cho nghiên cứu.

α: là sai lầm loại 1 (α= 0,05)

$z_{(1-\alpha/2)^2}$: là trị số từ phân phối chuẩn, độ tin cậy 95% thì $z_{(1-\alpha/2)^2} = 1,96$

d: là biên độ sai số trung bình, với $d = 7 \cdot 0,03 \approx 0,21$ (d= số điểm trên thang đo chính*biên độ sai số có thể chấp nhận được)

σ: là độ lệch chuẩn ước lượng trong dân số, với $\sigma = 7/6 \approx 1,16$ [14]

Vậy $n_1 = 118$ sinh viên.

Dự đoán tỉ lệ phản hồi là 89,9% [6], do đó cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu:

$$n = \frac{118}{0,899} = 131$$

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng kết hợp với chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

2.5 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu khảo sát trực tuyến qua Google form. Bộ câu hỏi được gửi đến địa chỉ mail UMP của người tham gia nghiên cứu.

Bộ câu hỏi khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến ý định QHTD an toàn do tác giả Jessica Turchik tự phát triển năm 2012. Bộ câu hỏi được tính điểm dựa trên thang điểm 7 của thang đo Likert. Các thang đo đã được kiểm định độ tin cậy với chỉ số Cronbach's α là 0,91 cho thang đo Thái độ cá nhân đối với hành vi QHTD an toàn, 0,90 cho thang đo Chuẩn mực xã hội đối với hành vi QHTD an toàn [13].

Thang đo Thái độ cá nhân đối với hành vi QHTD an toàn: gồm 3 câu hỏi, mỗi câu được chia thành 5 mục với câu trả lời, tính điểm theo thang đo Likert từ 1 đến 7 tương ứng với các đáp án "Hài lòng" – "Không hài lòng", "Lành mạnh" – "Không lành mạnh", "Không tốt" – "Rất tốt", "Rất có lợi" – "Rất có hại" và "Dễ chịu" – "Hoàn toàn không dễ chịu". Điểm số càng cao cho thấy thái độ càng tích cực đối với hành vi QHTD an toàn.

Thang đo Chuẩn mực xã hội đối với hành vi QHTD an toàn: gồm 9 câu hỏi, người tham gia nghiên cứu được yêu cầu đánh giá mức độ áp lực xã hội đối với hành vi QHTD an toàn mà họ cảm thấy trên thang điểm Likert từ 1 đến 7. Điểm số càng cao cho thấy áp lực xã hội về hành vi QHTD an toàn càng cao.

2.6 Phương pháp phân tích số liệu

Câu trả lời được tổng hợp bằng Google Sheet và được nhập liệu, mã hóa bằng phần mềm Excel. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS Statistics.

2.7 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 498/ĐHYD-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

(n = 131)

Đặc điểm	n(%)	Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC)	Giá trị nhỏ nhất (Min)	Giá trị lớn nhất (Max)
Tuổi		21,29 (± 1,72)	18	25
Giới				
Nam	50 (38,17)			
Nữ	79 (60,31)			
Khác	2 (1,52)			

Trong tổng số 131 sinh viên tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 21,29 (± 1,72) tuổi, với khoảng từ 18 đến 25 tuổi. Đa số sinh viên tham gia nghiên cứu là nữ với 79 người (60,31%), nam là 50 người (38,17%) và giới tính khác là 2 người (1,52%).

3.2 Thái độ cá nhân đối với hành vi QHTD an toàn

Bảng 2- Thái độ cá nhân đối với hành vi QHTD an toàn (n = 131)

Câu hỏi							Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
1. Sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT) khi quan hệ tình dục (QHTD) qua đường âm đạo với bạn tình là:										
1	2	3	4	5	6	7	5,86	1,41	1	7
Hài lòng			Không hài lòng							
1	2	3	4	5	6	7	6,27	1,26	1	7
Lành mạnh			Không lành mạnh							
1	2	3	4	5	6	7	6,04	1,27	1	7
Không tốt			Rất tốt							
1	2	3	4	5	6	7	6,02	1,29	1	7
Rất có lợi			Rất có hại							
1	2	3	4	5	6	7	4,91	1,60	1	7
Dễ chịu			Hoàn toàn không dễ chịu							
2. Sử dụng bao cao su (BCS) khi QHTD qua đường âm đạo và/hoặc hậu môn với bạn tình là:										
1	2	3	4	5	6	7	5,61	1,46	1	7
Hài lòng			Không hài lòng							
1	2	3	4	5	6	7	6,36	1,12	1	7
Lành mạnh			Không lành mạnh							
1	2	3	4	5	6	7	6,10	1,33	1	7
Không tốt			Rất tốt							
1	2	3	4	5	6	7	6,11	1,24	1	7
Rất có lợi			Rất có hại							
1	2	3	4	5	6	7	4,89	1,53	1	7
Dễ chịu			Hoàn toàn không dễ chịu							
3. Sử dụng kết hợp cả BCS và BPTT khác khi QHTD qua đường âm đạo với bạn tình là:										
1	2	3	4	5	6	7	5,52	1,49	1	7
Hài lòng			Không hài lòng							
1	2	3	4	5	6	7	5,81	1,35	1	7
Lành mạnh			Không lành mạnh							
1	2	3	4	5	6	7	5,54	1,57	1	7
Không tốt			Rất tốt							
1	2	3	4	5	6	7	5,62	1,39	1	7
Rất có lợi			Rất có hại							
1	2	3	4	5	6	7	5,00	1,52	1	7
Dễ chịu			Hoàn toàn không dễ chịu							

Bảng 2 cho thấy, sinh viên Đại học Y Dược TPHCM hài lòng nhiều nhất với việc sử dụng BPTT khi QHTD qua đường âm đạo với bạn tình ($5,86 \pm 1,41$), sinh viên cho rằng sử dụng BCS khi QHTD là lành mạnh hơn ($6,36 \pm 1,12$), tốt hơn ($6,10 \pm 1,33$) và có lợi hơn ($6,11 \pm 1,24$). Nhưng họ lại cảm thấy việc sử dụng BCS khi QHTD là ít dễ chịu hơn so với việc sử dụng BPTT ($4,89 \pm 1,53$).

Bảng 3 cho thấy, hầu hết những người quan trọng với sinh viên đều nghĩ việc sử dụng BPTT ($6,24 \pm 1,17$) hoặc BCS ($6,23 \pm 1,12$) khi QHTD là nên làm hơn so với việc sử dụng kết hợp cả BPTT và BCS khi QHTD ($5,61 \pm 1,43$), và họ cũng mong muốn sinh viên sử dụng BCS khi QHTD nhiều hơn các biện pháp còn lại ($6,05 \pm 1,43$). Sinh viên cũng có điểm số đồng ý cao hơn với việc sử dụng BCS khi QHTD ($6,28 \pm 1,28$) so với việc sử dụng BPTT ($6,03 \pm 1,59$) hay sử dụng đồng thời cả BPTT và BCS ($5,47 \pm 1,64$).

3.4 Mối tương quan giữa thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội đối với ý định QHTD an toàn.

Bảng 4. Mối tương quan giữa thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội đối với ý định QHTD an toàn (n=131)

		Thái độ cá nhân đối với QHTD an toàn	Chuẩn mực xã hội	Giới tính	Tuổi
Ý định QHTD an toàn	r	0,51	0,56	0,01	0,14
	p	<0,05	<0,05	0,84	0,09

Bảng 4 cho ta thấy, có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thái độ cá nhân đối với QHTD an toàn, chuẩn mực xã hội với ý định QHTD an toàn..

4. BÀN LUẬN

4. 1Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên đối tượng là toàn bộ sinh viên độ tuổi dao động từ 18 đến 25 tuổi, mức độ dao động rộng hơn so với nghiên cứu tại các trường Đại học tại Trung Quốc với khoảng tuổi từ 18 đến 23 tuổi và nghiên cứu tại Botswana với khoảng tuổi từ 13 tới 18 tuổi . Độ tuổi trung bình của sinh viên tham gia nghiên cứu là $21,29 (\pm 1,72)$, lớn hơn so với độ tuổi trung bình nghiên cứu tại Botswana [11]. Độ tuổi trung bình sinh viên trong nghiên cứu này lớn hơn là phù hợp vì địa điểm nghiên cứu là một trường đại học y khoa có thời gian đào tạo từ 4 đến 6 năm. Tỷ lệ sinh viên tham gia nghiên cứu lần lượt là 60,31% nữ, 50% nam và 1,52% giới tính khác. Tỷ lệ giới tính của nghiên cứu này tương tự nghiên cứu tại Botswana là

53,65% nữ và 46,35% nam [11]. Với sự đa dạng giới tính này, việc đánh giá ý định QHTD an toàn sẽ bao quát hơn và không còn tình trạng phân biệt giới tính.

4.2 Thái độ cá nhân, Chuẩn mực xã hội và Ý định QHTD an toàn của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm ở từng thang đo thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội và ý định QHTD an toàn đều ở mức tích cực, điều này tương đồng với các nghiên cứu trước đó tại Mỹ [13]. Kết quả này cũng phần nào cho thấy sự hiệu quả của các chương trình giáo dục giới tính, giáo dục sức khỏe sinh sản đang được các nhà giáo dục quan tâm đẩy mạnh [1]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Wang và cộng sự [11] đã chỉ ra rằng chuẩn mực xã hội về các hành vi ảnh hưởng đến sức khỏe sẽ bị ảnh hưởng bởi gia đình, bạn bè và môi trường tại trường học. Việc trao đổi thông tin về sức khỏe tình dục sớm giữa cha mẹ và con cái có tác dụng nâng cao sức khỏe tình dục cho trẻ vị thành niên, đặc biệt là đối với con gái [9]. Mặc dù, tại Việt Nam việc trao đổi thông tin về sức khỏe tình dục giữa cha mẹ và con cái vẫn còn hạn chế nhưng với sự ảnh hưởng của văn hóa phương Tây cùng với sự phát triển của mạng xã hội như hiện nay, cả phụ huynh và sinh viên vẫn có thể dễ dàng tìm hiểu, tiếp cận với các biện pháp tránh thai, kiến thức về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục. Hơn nữa, môi trường tại trường học cũng đang trong quá trình thay đổi về phương pháp giảng dạy các chủ đề về giáo dục giới tính, sức khỏe sinh sản nên việc trao đổi thông tin giữa sv với thầy cô, bạn bè cũng dần trở nên gần gũi hơn, cởi mở hơn. Chính những yếu tố trên đã giúp cho thái độ đối với QHTD an toàn tích cực hơn, các chuẩn mực xã hội cũng ủng hộ QHTD an toàn nhiều hơn và nhận thức kiểm soát hành vi QHTD an toàn của mỗi cá nhân cũng cao hơn so với trước đây.

Có mối tương quan ở mức vừa phải có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa thái độ cá nhân đối với QHTD an toàn, chuẩn mực xã hội với ý định QHTD an toàn với hệ số tương quan lần lượt là $r = 0,51$, $r = 0,56$ và $r = 0,63$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đó tại các khu vực Châu Phi [7] với các mối tương quan đều ở mức vừa phải giữa ý định đối với thái độ cá nhân ($r = 0,58$, $p < 0,05$), chuẩn mực xã hội ($r = 0,60$, $p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu tại Botswana [11] cũng xác định có mối tương quan giữa ý định đối với thái độ cá nhân ($r = 0,30, p < 0,05$), và chuẩn mực xã hội ($r = 0,51, p < 0,05$) ở mức vừa phải. Nguyên nhân dẫn đến sự tương đồng về mối tương quan giữa các biến là vì mối tương quan này không những được Azjen ủng hộ thông qua mô hình Lý thuyết hành vi có kế hoạch, mà các nghiên cứu trước đây về ý định QHTD an toàn nói riêng và ý định hành vi ở nhiều lĩnh vực khác nói chung, cũng cho thấy khá rõ mối tương quan giữa các biến số này [12].

5. KẾT LUẬN

Thái độ cá nhân, chuẩn mực xã hội có mối tương quan với ý định QHTD an toàn của sinh viên Đại học Y dược TPHCM. Nhà trường có những giải pháp thích hợp, kịp thời nhằm tác động tích cực đến ý định QHTD an toàn của sinh viên, giúp giảm thiểu những hậu quả do QHTD không an toàn gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2018) "Quyết định số 2276/QĐ-BGDĐT".
2. Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương (2019) Kết quả Tổng điều tra Dân số và Nhà ở thời điểm 0 giờ Ngày 01 tháng 4 năm 2019, NXB Thống kê, Tr. 68.
3. Trần Thị Thanh Tuyền, Phạm Văn Hậu (2020) "Thực trạng quan hệ tình dục trước hôn nhân và một số yếu tố liên quan của sinh viên một trường cao đẳng tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2020". Tạp Chí Y học Dự phòng, 30 (6), 98-104.
4. Ajbo T. H, Susanne K. K., Lisen A. D., Kal L. L., Kirsten E. J. (2020) "Age at first intercourse, number of partners and sexually transmitted infection prevalence among Danish, Norwegian and Swedish women: estimates and trends from nationally representative cross-sectional surveys of more than 100 000 women". Acta Obstet Gynecol Scand, 99 (2), 175-185.
5. Blum R. W. (1998) "Healthy youth development as a model for youth health promotion. A review". J Adolesc Health, 22 (5), 368-375.
6. Cheng C. M., Huang J. H. (2018) "Moderating Effects of Sexual Orientation and Gender

Characteristic on Condom Use Intentions Among Boys' Senior High School Students in Taiwan: An Exploration Based on the Theory of Planned Behavior". J Sex Res, 55 (7), 902-914.

7. Eggers S. M., Aaro L. E., Bos A. E., Mathews C., Kaaya S. F., Onya H., et al. (2016) "Sociocognitive Predictors of Condom Use and Intentions Among Adolescents in Three Sub-Saharan Sites". Arch Sex Behav, 45 (2), 353-65

8. Gladys M. M., Joyce C. A. (2020) Sexual Activity and Contraceptive Use Among Teenagers Aged 15-19 in the United States, 2015-2017, CDC

9. Grigsby S. R. (2018) "Giving Our Daughters What We Never Received: African American Mothers Discussing Sexual Health With Their Preadolescent Daughters.". J Sch Nurs, 34 (2), 128 - 138.

10. Kugler K. C., Vasilenko S. A., Butera N. M., Coffman D. L. (2017) "Long-term consequences of early sexual initiation on young adult health: A causal inference approach". J Early Adolesc, 37 (5), 662-676.

11. Mpeti K. N., Moroke N. D., Gabaitiri (2021) "Explicating factors that explain condom use intention among in-school adolescents in Botswana: a structural equation modelling approach.". SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance, 18 (1), 156-169

12. Phạm Lê An, Han Thi Ngọc Nguyễn, Dung Dang Nguyễn, Lan Y Vo, Giao Huỳnh (2021) "The intention to get a COVID-19 vaccine among the students of health science in Vietnam". Human Vaccin Immunother, 17 (12), 4823-4828

13. Turchik J. A., Gidycz C. A. (2012) "Prediction of Sexual Risk Behaviors in College Students Using the Theory of Planned Behavior: A Prospective Analysis". Journal of Social and Clinical Psychology, 31 (1), 1-27.

14. James E. B., Joe W. K., Chadwick C. H. (2001) "Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research". Information Technology, Learning, and Performance Journal, 19 (1)

15. Wang Y., Chen M., Lee J. H. (2019) "Adolescents' Social Norms across Family, Peer, and School Settings: Linking Social Norm Profiles to Adolescent Risky Health Behaviors". J Youth Adolesc, 48 (5), 935-948.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI NGHIỆN INTERNET CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

FACTORS RELATED TO INTERNET ADDICTION AMONG STUDENTS
AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

✍ PHẠM THỊ THU HƯỜNG^{1*}, PHẠM THỊ TÌNH², LÊ CHÂU ANH¹, TRỊNH THỊ THUỶ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: (i) Mô tả thực trạng nghiện Internet và (ii) phân tích một số yếu tố liên quan tới nghiện Internet của sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 811 sinh viên từ năm thứ 1 đến năm 6 Trường Đại học Y Hà Nội.

Kết quả: Toàn bộ sinh viên đều sử dụng Internet trong 3 tháng gần đây với số giờ dùng trung bình là $7,8 \pm 3,4$ giờ; Phần lớn sinh viên sử dụng Internet vào mục đích kết nối mạng xã hội với 54,2%, lướt web (21,9%) và chơi game online (5,1%), chỉ có 18,8% sử dụng với mục đích học tập; 73,6% sinh viên có nguy cơ nghiện Internet và 45,6% sinh viên đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện Internet theo thang điểm CIAS. Sinh viên có căng thẳng tâm lý chiếm 57,2%. Các số yếu tố liên quan đến nghiện Internet có ý nghĩa thống kê là: giới tính, thời gian sử dụng Internet, và mức độ căng thẳng tâm lý.

Kết luận: Tỷ lệ sinh viên có nguy cơ nghiện Internet cao (73,6%); 45,6% sinh viên đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện Internet theo thang điểm CIAS. Từ kết quả trên, cần khuyến khích sàng lọc mức độ quy mô rộng hơn và cần có chương trình hỗ trợ toàn diện nhằm nâng cao nhận thức về hậu quả có hại của việc sử dụng Internet quá mức.

Từ khóa: Nghiện Internet, căng thẳng tâm lý, sinh viên y.

ABSTRACT

Objective: (i) To describe the current state of Internet addiction and (ii) to identify factors related to Internet addiction among students at Hanoi Medical University.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted on 811 students from the first to the sixth year at Hanoi Medical University.

Results: In total, all students have used the Internet in the last 3 months with an average usage time of 7.8 ± 3.4 hours; The majority of students use the Internet for the purpose of connecting to social networks with 54.2%, surfing the web (21.9%) and playing online games (5.1%), only 18.8% use it for learning purposes; 73.6% of students are at risk of Internet addiction and 45.6% of students meet the criteria for diagnosis of Internet addiction according to the CIAS scale. Students with psychological stress account for 57.2%. The statistically significant factors related to Internet addiction include gender, Internet usage time, and psychological distress levels.

Conclusion: The percentage of students at risk of Internet addiction is high (73.6%); 45.6% of students met the criteria for diagnosis of Internet addiction according to the CIAS scale. Based on the above results, broader screening should be encouraged and a comprehensive support program should be in place to raise awareness of the harmful consequences of excessive Internet use.

Keywords: Internet addiction, psychological stress, medical students.

^{1*}Trường Đại học Y Hà Nội; ²Khoa Nội Ung bướu – Bệnh viện Đại học Phenikaa

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; ^{1*}

ĐT: 0914914636; Email: phamhuong@hmu.edu.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 13.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 17.2.25

1. GIỚI THIỆU

Internet ngày càng đóng vai trò quan trọng trong công việc và giải trí. Tuy nhiên, việc lạm dụng Internet có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần, thể chất, mối quan hệ và chất lượng cuộc sống [1]. Thanh thiếu niên và sinh viên là nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc rối loạn sử dụng Internet làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe, giáo dục và tương tác xã hội [18]. Đặc biệt, tỷ lệ sử dụng Internet ở bậc đại học ngày càng tăng kéo theo nguy cơ ảnh hưởng tiêu cực đến thể chất, tinh thần và xã hội [9]. Nghiên cứu tại Canada cho thấy 1/3 sinh viên y khoa nghiện Internet có nguy cơ cao mắc trầm cảm, lo âu, rối loạn chú ý và suy giảm chức năng nhận thức [16]. Ngoài ra, khảo sát tại bảy quốc gia cũng ghi nhận mối liên quan giữa nghiện Internet và chất lượng giấc ngủ kém ở sinh viên y khoa [15], cùng với nguy cơ rối loạn trầm cảm và lo âu [4]. Tại Việt Nam nghiên cứu trên sinh viên Y Đa khoa từ trường Đại học Y Dược Huế năm 2018 và Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019 cũng chỉ ra có tới 36,9% và 38,5% sinh viên nghiện Internet [2,3]. Sinh viên y khoa là đối tượng chịu nhiều áp lực học tập cả ở trường và trên lâm sàng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng sử dụng Internet và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nguy cơ nghiện Internet của sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên đại học hệ chính quy từ Y1 đến Y6 trên tất cả 9 chuyên ngành đào tạo của trường Đại học Y Hà Nội.

1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trường Đại học Y Hà Nội, số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023.

1.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

1.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể.

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

Thay vào công thức với $p=0,431$ (Tỷ lệ nghiện Internet theo nghiên cứu của Ko và cộng sự sử dụng thang đo

CIAS trên sinh viên y khoa tại Đài Loan [9]), ta có cỡ mẫu là $n=754$. Nghiên cứu lấy thêm 10% cỡ mẫu để đề phòng hao hụt mẫu nên cỡ mẫu là 830. Trên thực tế có 811 sinh viên tham gia vào nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên được áp dụng trong nghiên cứu này.

1.5. Phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu bằng cách hướng dẫn sinh viên tham gia điền trực tiếp bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Bộ câu hỏi khảo sát gồm 3 phần:

Đặc điểm chung: được xây dựng dựa trên tổng quan tài liệu bao gồm các biến số: tuổi, giới, ngành học, năm học, điểm tổng kết kì học vừa rồi, khó khăn về kinh tế, thời gian đi làm trong tuần, nơi ở, số người ở cùng, tiền sử lạm dụng chất kích thích, người tâm sự khi buồn chán, số giờ sử dụng Internet mỗi ngày, mục đích sử dụng.

Mức độ căng thẳng tâm lý (The five-item Brief Symptom Rating Scale –BSRS-5) được phát triển bởi Lee và cộng sự [11] đã được Hường và cộng sự đánh giá tính giá trị ở Việt Nam với độ tin cậy tốt (Cronbach's alpha = 0,72) [13]. Bộ công cụ bao gồm 5 triệu chứng của căng thẳng tâm lý gồm Mất ngủ, Lo âu, Trầm cảm, Kích thích, Tự ti và câu hỏi cuối dùng để sàng lọc về ý tưởng tự sát. Các câu hỏi được đánh giá mức độ căng thẳng tâm lý trong 1 tuần vừa qua với điểm số từ 0 đến 4 (0 - Hoàn toàn không, 1 - Một chút, 2 - Vừa phải, 3 - Nhiều, 4 - Rất nhiều). Tổng điểm BSRS-5 được tính tổng từ câu hỏi số 1 tới 5 và với đánh giá sàng lọc tại cộng đồng và bệnh viện đa khoa. Mức điểm ≥ 6 được coi là có căng thẳng tâm lý và cần được hỗ trợ can thiệp (theo khuyến cáo của tác giả bộ công cụ).

Thang đánh giá nghiện Internet (Chen Internet Addiction Scale – CIAS) của tác giả Sue-Huei Chen [5] lần đầu tiên được sự đồng ý của tác giả sử dụng tại Việt Nam. Sau quá trình dịch thuật theo quy trình dịch thuật chuẩn của Tổ chức tiêu chuẩn hóa quốc tế (International Organization for Standardization -ISO 9001:2015) bộ công cụ được thống nhất phiên bản cuối và được đánh giá bởi hội đồng chuyên môn gồm 5 chuyên gia có kinh nghiệm làm việc trong chuyên ngành sức khỏe tâm thần ít nhất là 10 năm (2 bác sĩ, 2 điều dưỡng, 1 nhân viên tâm lý) với chỉ số CVI = 1. Bộ công cụ được thử nghiệm trên 30 sinh viên với độ tin cậy Cronbach's alpha = 0,92 trước khi tiến hành thu thập số liệu.

1.6. Phương pháp phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

Thống kê mô tả: Các biến được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, số lượng và tỷ lệ để

mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng nghiện Internet, với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Trước khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến, kiểm định đa cộng tuyến được thực hiện. Do biến tuổi có hệ số phóng đại phương sai ($VIF > 4$), nên chỉ số này bị loại khỏi mô hình.

1.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ mô tả thực trạng, không can thiệp hay gây bất kỳ tác hại nào cho đối tượng. Quá trình nghiên cứu thực hiện nghiêm chỉnh các quy định trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ

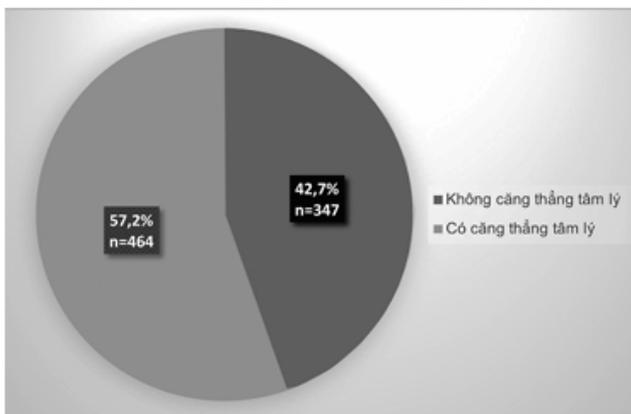
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=811)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 20 tuổi	347	42,8
	21 - 22 tuổi	343	42,2
	23 - 28 tuổi	121	15
Tuổi trung bình Min-Max	20,94 ± 1,7 18 - 28		
Giới tính	Nữ	546	67,3
	Nam	265	32,7
Chuyên ngành	Bác sĩ	467	57,6
	Cử nhân	344	42,4
Năm học	Năm 1 - 2	341	42
	Năm 3 - 6	470	58
Điểm tổng kết học kì trước	< 7 điểm	403	49,7
	≥ 7 điểm	408	50,3
Khó khăn về kinh tế	Không	416	51,3
	Có	395	48,7
Làm thêm	Không	410	50,6
	Có	401	49,4
Nơi ở hiện tại	Kí túc xá	438	54
	Thuê nhà trọ bên ngoài	268	33
	Ở với gia đình	105	13

Ảnh hưởng bởi cồn, chất kích thích	Không	658	81,1
	Có	153	18,9
Người tâm sự	Không	171	21
	Có	640	79
Giờ dùng Internet hàng ngày	≤4	128	15,8
	>4 - ≤6	209	25,8
	>6 - ≤8	202	24,9
	>8	272	33,5
Mục đích sử dụng	Học tập	153	18,9
	Kết nối mạng xã hội	439	54,1
	Lướt web	178	21,9
	Chơi game online	41	5,1

Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $20,94 \pm 1,7$. Tỷ lệ nữ giới cao gấp 2,06 lần nam giới. Số lượng sinh viên hệ Bác sĩ và hệ cử nhân lần lượt là 57,6% và 42,4%. Tỷ lệ sinh viên có khó khăn về kinh tế và sinh viên có công việc làm thêm khá tương đồng, lần lượt là 48,7% và 49,4%. Hơn một nửa sinh viên (54%) ở kí túc xá. Phần lớn sinh viên không bị ảnh hưởng bởi đồ uống có cồn hoặc chất kích thích với tỷ lệ 81,1%. Thời gian trung bình sử dụng Internet/ngày là $7,8 \pm 3,4$ giờ. Hầu hết sinh viên sử dụng Internet nhiều hơn 4 giờ mỗi ngày (84,2%). Hơn ½ tỷ lệ sinh viên sử dụng Internet để kết nối mạng xã hội (54,1%), tỷ lệ sinh viên sử dụng Internet để học chiếm tỷ lệ thấp với 18,9%.

Biểu đồ 3.1. Mức độ căng thẳng tâm lý (N=811)



Theo kết quả từ biểu đồ 3.1, có tới hơn ½ sinh viên báo cáo có căng thẳng tâm lý (tổng điểm ≥ 6) với 57,2% (n=464) và 42,7% (n=347) không có căng thẳng tâm lý.

Bảng 3.2. Phân bố nghiện Internet của sinh viên theo thang CIAS (N=811).

Phân loại		n	%
Sàng lọc	Không có nguy cơ (CIAS<58)	214	26,4
	Nguy cơ nghiện (CIAS≥58)	597	73,6
Chẩn đoán	Không nghiện (CIAS<64)	441	54,4
	Nghiện (CIAS≥64)	370	45,6

Theo khuyến cáo của tác giả bộ công cụ CIAS, tiêu chuẩn sàng lọc sinh viên có nguy cơ nghiện Internet với mức điểm phân loại ≥ 58 điểm, có tới gần ¾ tỷ lệ sinh viên tham gia nghiên cứu có nguy cơ nghiện Internet với tỷ lệ 73,6% (n=597). Bên cạnh đó, theo tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện Internet với mức điểm phân loại ≥ 64 điểm, gần ½ sinh viên tham gia nghiên cứu có đủ tiêu chuẩn nghiện Internet với tỷ lệ 45,6% (n=370).

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan tới nghiện Internet của sinh viên

Đặc điểm	Hồi quy Logistic Đơn biến			Hồi quy Logistic Đa biến		
	B	OR (95% CI)	P	B	OR (95% CI)	P
Tuổi						
18 – 20		1		-	-	-
21 – 22	0,72	1,08 (0,77-1,51)	0,67	-	-	-
23 – 28	0,24	1,27 (0,78-2,06)	0,33	-	-	-
Giới tính						
Nam		1			1	
Nữ	0,29	1,33 (0,96-1,84)	0,09	0,36	1,44 (1,00-2,07)	0,05
Ngành học						
Bác sĩ		1			1	
Cử nhân	0,13	1,13 (0,82-1,56)	0,44	0,19	1,20 (0,82-1,77)	0,34
Năm học						
Năm 1-2		1				
Năm 3-6	0,13	1,00 (0,73-1,37)	0,997	0,05	1,05 (0,73-1,49)	0,81
Điểm tổng kết kì học trước						
< 7		1			1	
≥ 7	-0,03	0,97 (0,71-1,32)	0,83	-0,005	1,00 (0,70-1,42)	0,98
Khó khăn về kinh tế						
Không		1			1	
Có	0,49	1,28 (0,94-1,76)	0,12	-0,18	0,98 (0,69-1,39)	0,92
Nơi ở						
Kí túc xá		1			1	
Thuê trọ bên ngoài	-0,005	0,995 (0,70-1,41)	0,98	0,01	1,01 (0,47-2,19)	0,98
Ở với gia đình, hàng họ	-0,13	0,60 (0,55-1,41)	0,60	-0,09	0,92 (0,42-1,99)	0,83
Số người sống cùng						
≤4		1			1	

≥5	0,02	1,02 (0,75-1,40)	0,88	0,004	1,00 (0,49-2,08)	0,99
Ảnh hưởng bởi cồn, chất kích thích						
Không		1			1	
Có	0,617	1,85 (1,18-2,90)	0,007	0,43	1,54 (0,95-2,51)	0,08
Người tâm sự						
Không		1			1	
Có	0,07	1,07 (0,74-1,57)	0,71	-0,04	0,96 (0,63-1,46)	0,86
Giờ dùng Internet hàng ngày						
≤4		1			1	
>4 - ≤6	0,80	2,22 (1,39-3,54)	0,001	0,74	2,10 (1,28-3,43)	0,003
>6 - ≤8	0,88	2,42 (1,50-3,89)	0,00	0,80	2,22 (1,34-3,68)	0,002
>8	1,02	2,78 (1,76-4,38)	0,00	0,83	2,28 (1,41-3,71)	0,001
Mục đích sử dụng						
Học tập	0,56	1			1	
Kết nối mạng xã hội	0,54	1,74 (1,17-2,59)	0,006	0,38	1,46 (0,95-2,23)	0,08
Lướt web	0,84	1,71 (1,06-2,75)	0,03	0,48	1,62 (0,97-2,68)	0,06
Chơi game online	0,58	2,32 (1,00-5,36)	0,05	0,80	2,22 (0,91-5,46)	0,08
Mức độ căng thẳng tâm lý						
Không (<6)		1	p<0,01		1	p<0,01
Có (≥6)	1,08	2,94 (2,13-4,06)	p<0,01	0,96	2,61 (1,85-3,66)	p<0,01

Kết quả hồi quy đa biến ở Bảng 3.3 cho thấy có 3 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới nguy cơ nghiện Internet. Sinh viên nữ có nguy cơ nghiện Internet cao hơn so với sinh viên nam (OR= 1,44). Sinh viên sử dụng Internet từ 4 -6 giờ có nguy cơ nghiện internet cao hơn so với sinh viên sử dụng Internet < 4 giờ (OR= 2,10). Nguy cơ nghiện Internet ở những sinh viên sử dụng Internet từ 6- 8 giờ và >8 giờ cao hơn so với sinh viên sử dụng Internet <4 giờ (OR lần lượt là 2,22 và 2,28). Nguy cơ nghiện Internet ở những sinh viên có căng thẳng tâm lý cao hơn so với sinh viên không có căng thẳng tâm lý (OR=2,61).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu trung bình là 20,94 ±1,7 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên đối tượng sinh viên ngành y trên thế giới với độ tuổi trung bình từ 20 đến 23 tuổi [14]. Trong nghiên cứu của Langarizadeh và cộng sự tuổi của sinh viên cũng dao động trong khoảng từ 19 đến 28 tuổi [10]. Tỷ lệ sinh viên nữ tham gia nghiên cứu là 67,3%, tỷ lệ này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như của Hồ Thị Linh Đan [2] và Malaysia

của Radeef trên đối tượng sinh viên ngành y, với tỉ lệ nữ cũng cao hơn 2,7 lần so với nam giới [14].

Sinh viên sử dụng Internet với mục đích kết nối mạng xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Linh Phương Doan và cộng sự với 43,9% và 47,4% số sinh viên sử dụng Internet với mục đích trò chuyện trực tuyến và cập nhật tin tức [17]. Tương tự trong nghiên cứu của Ali và cộng sự tỷ lệ này là 80,2% [2]. Trung bình sinh viên sử dụng Internet $7,8 \pm 3,4$ giờ, với số sinh viên sử dụng Internet phổ biến nhất là từ 4 giờ đến 12 giờ mỗi ngày. Kus và cộng sự chỉ ra kết quả tương đồng với số giờ sử dụng với mỗi ngày trong tuần là 7,79 giờ và số giờ sử dụng Internet với ngày cuối tuần là 8,47 giờ [16]. Tương tự, nghiên cứu của Gs Wu và cộng sự ở Đài Loan, số người sử dụng Internet dưới 13 giờ chiếm 71,2% và trên 13 giờ là 28,8% [17].

Nghiên cứu cho thấy 73,6% sinh viên có nguy cơ nghiện Internet (CIAS ≥ 58), trong đó 45,6% đủ tiêu chuẩn nghiện (CIAS ≥ 64). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ko et al. tại Đài Loan (43,1%) và Ali et al. tại Hàn Quốc (47,7%), nhưng cao hơn so với Langarizadeh et al. (31,2%) và Hồ Thị Linh Đan (36,9%) [3,10,14]. Đáng chú ý, tỷ lệ này cao gấp 4 lần so với nghiên cứu của Wu et al. trên người trưởng thành trong cộng đồng [17]. Sự khác biệt có thể do yếu tố môi trường, đặc điểm đối tượng và các tác động khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ nghiện Internet ở sinh viên nữ cao gấp 1,44 lần so với sinh viên nam (95% CI=1,00-2,07; $p=0,05$). Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận kết quả tương đồng như nghiên cứu của Gedam ($p=0,033$) [7]. Sự khác biệt này có thể do nữ giới có nhu cầu bày tỏ và quan tâm đến nhiều lĩnh vực hơn nam giới, trong khi Internet cung cấp phương tiện thuận lợi để đáp ứng những nhu cầu này. Ngoài ra, sự phát triển của các dịch vụ trực tuyến như mua sắm, kết bạn, chia sẻ tâm sự cũng thu hút nữ giới nhiều hơn. Khi không kiểm soát tốt hành vi sử dụng, họ có nguy cơ nghiện Internet cao hơn.

So sánh kết quả trong nghiên cứu này với những nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy sự tương đồng, sinh viên có thời gian sử dụng Internet càng cao thì tỷ lệ nghiện Internet càng cao. Với tỷ lệ sinh viên sử dụng Internet trên 8 giờ cao gấp 2,28 lần sinh viên sử dụng dưới 4 giờ. Tương tự nghiên cứu của Mboya và cộng sự năm 2020, tỉ lệ nghiện Internet ở những sinh viên sử dụng Internet trên 5 giờ (40,2%) cao gấp 2,05

lần so với nhóm sử dụng ít hơn 5 giờ (19,6%) (95% CI=1,44-2,90) [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sinh viên sử dụng Internet chủ yếu vào kết nối mạng xã hội, lướt web, thời gian sử dụng Internet dài trung bình 7,8 giờ mỗi ngày là hệ quả của triệu chứng rối loạn kiểm soát thời gian sử dụng, sự ưu tiên sử dụng Internet, những triệu chứng quan trọng trong chẩn đoán nghiện Internet.

Nghiên cứu này chỉ ra nguy cơ nghiện Internet ở những sinh viên có căng thẳng tâm lý có cao gấp 2,61 lần so với sinh viên không có căng thẳng tâm lý (95% CI=1,85-3,66; $p=0,00$). Tương tự nghiên cứu của Wu và cộng sự cho thấy những người nghiện Internet có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần cao hơn (65,0%), và có ý tưởng tự sát trong 1 tuần qua là 47,0%, Gedam chỉ ra mối liên quan giữa nghiện Internet và trầm cảm ở sinh viên y ($p<0,05$) [7,17]. Căng thẳng tâm lý như trầm cảm, lo âu có thể dẫn đến lạm dụng Internet như một cách trốn tránh cảm xúc tiêu cực, thay thế các hành vi nghiện chất. Những người thiếu kết nối xã hội, kỹ năng giao tiếp kém để tìm đến mối quan hệ ảo để thỏa mãn nhu cầu tương tác. Ngoài ra, tính bảo mật, ẩn danh và khả năng truy cập dễ dàng của Internet khiến họ dần lệ thuộc. Một số người có tính nhạy cảm cao, lo sợ bị chỉ trích hoặc bỏ lỡ thông tin, dẫn đến hành vi kiểm tra mạng xã hội liên tục, làm tăng nguy cơ nghiện Internet.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 811 sinh viên thu được kết quả: toàn bộ sinh viên đều sử dụng Internet trong 3 tháng gần đây với số giờ dùng trung bình là $7,8 \pm 3,4$ giờ; Phần lớn sinh viên sử dụng Internet vào mục đích kết nối mạng xã hội với 54,2%, lướt web (21,9%) và chơi game online (5,1%), chỉ có 18,8% sử dụng với mục đích học tập; 73,6% sinh viên có nguy cơ nghiện Internet và 45,6% sinh viên đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện Internet theo thang điểm CIAS. Sinh viên có căng thẳng tâm lý chiếm đến 57,2% ($n=464$).

Các yếu tố: giới tính nữ, thời gian sử dụng internet >4 giờ/ngày và căng thẳng tâm lý có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ nghiện internet ở sinh viên.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Cần triển khai các chương trình sàng lọc định kỳ để phát hiện sớm nguy cơ nghiện Internet ở sinh viên,

đặc biệt là nhóm có căng thẳng tâm lý, giúp can thiệp kịp thời; (ii) Nhà trường nên tổ chức các khóa đào tạo kỹ năng quản lý thời gian và nâng cao nhận thức về tác động tiêu cực của lạm dụng Internet, đồng thời khuyến khích sinh viên sử dụng Internet cho mục đích học tập; (iii) Cần thiết lập hoặc mở rộng các dịch vụ tư vấn tâm lý trong trường đại học nhằm hỗ trợ sinh viên kiểm soát căng thẳng, giảm nguy cơ lệ thuộc vào Internet như một cơ chế đối phó không lành mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Các rối loạn tâm thần liên quan tới Internet. Bệnh viện Quân Y 103. Published October 9, 2020. <http://benhvien103.vn/cac-roi-loan-tam-than-lien-quan-toi-internet/>.

Hồ Thị Linh Đan và cộng sự (2018). Thực trạng nghiện Internet và một số yếu tố liên quan của sinh viên trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế năm 2018. Tạp chí Y tế Công cộng số 56 tháng 9/2011. 25-35

Nguyễn Thị Minh Ngọc và cộng sự (2019). Thực trạng nghiện internet và một số yếu tố liên quan của sinh viên y đa khoa Trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2019. Tạp chí Y học Dự phòng tập 29 số 9 năm 2019. 165

Ali R, Mohammed N, Aly H. Internet addiction among medical students of Sohag University, Egypt. *Journal of Egyptian Public Health Association*. 2017;92(2):86-95. doi:10.21608/EPX.2018.8946.

Chen SH, Weng LJ, Su YJ, Wu HM, Yang PF. Development of a Chinese Internet Addiction Scale and Its Psychometric Study. *Chinese Journal of Psychology*. 2003;45:279-294.

Doan LP, Le LK, Nguyen TT, et al. Social Media Addiction among Vietnam Youths: Patterns and Correlated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(21):14416. doi:10.3390/ijerph192114416

Gedam SR, Shivji IA, Goyal A, Modi L, Ghosh S. Comparison of internet addiction, pattern and psychopathology between medical and dental students. *Asian Journal of Psychiatry*. 2016;22:105-110. doi:10.1016/j.ajp.2016.06.007.

Ko CH, Yen JY, Chen SH, Yang MJ, Lin HC, Yen CF. Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(4):378-384. doi:10.1016/j.comppsy.2007.05.019.

Kuss DJ, Griffiths MD, Binder JF. Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*. 2013;29(3):959-966. doi:10.1016/j.chb.2012.12.024.

Langarizadeh M, Naghipour M, Tabatabaei SM, Mirzaei A, Vaghar ME. Prediction of internet addiction based on information literacy among students of Iran University of Medical Sciences. *Electron Physician*. 2018;10(2):6333-6340. doi:10.19082/6333.

Lee MB, Liao SC, Lee YJ, et al. Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *J Formos Med Assoc*. 2003;102(10).

Mboya IB, Leyaro BJ, Kongo A, Mkombe C, Kyando E, George J. Internet addiction and associated factors among medical and allied health sciences students in northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2020;8(1):73. doi:10.1186/s40359-020-00439-9.

Pham Thi Thu Huong. Suicidal tendency, psychological factors, and community integration in Vietnamese patients with refractory depression: a short-term follow-up study. Thesis. 2023. <http://tdr.lib.ntu.edu.tw/jspui/handle/123456789/83273>

Radeef AS, Faisal GG. Prevalence of Internet Addiction and its association with depression, anxiety and stress among Medical Students in Malaysia.

Tahir MJ, Malik NI, Ullah I, et al. Internet addiction and sleep quality among medical students during the COVID-19 pandemic: A multinational cross-sectional survey. Mortazavi F, ed. *Plos one*. 2021;16(11):e0259594. doi:10.1371/journal.pone.0259594.

Van Ameringen M, Simpson W, Patterson B, Turna J, Khalesi Z. Internet addiction or psychopathology in disguise? Results from a survey of college-aged internet users. *European Neuropsychopharmacology*. 2018;28(6):762. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.10.003

Wu CY, Lee MB, Liao SC, Chang LR. Risk Factors of Internet Addiction among Internet Users: An Online Questionnaire Survey. *Plos one*. 2015;10(10):e0137506. doi:10.1371/journal.pone.0137506

Wallace P. Internet addiction disorder and youth. *EMBO reports*. 2014;15(1):12-16. doi:10.1002/embr.201338222

THỰC TRẠNG STRESS CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2024

STRESS STATUS AMONG NURSES AT
HUNG YEN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

✍ CAO THỊ THANH HƯƠNG¹, TRẦN THỊ THEN², NGUYỄN THỊ TIỀN²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng stress nghề nghiệp của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 176 điều dưỡng đang làm việc tại 4 khối lâm sàng của bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên. Dữ liệu được thu thập bằng câu hỏi tự điền bao gồm thông tin cá nhân và thang đo Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) để đánh giá mức độ stress.

Kết quả: Điều dưỡng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 38.19 ± 4.8 tuổi, nữ giới chiếm 89.2%. Trung bình năm công tác là 13.8 ± 4.7 năm. Tỷ lệ điều dưỡng có dấu hiệu stress là 26.7%, trong đó không có trường hợp nào đạt mức độ stress cao.

Kết luận: Mặc dù tình trạng stress nghề nghiệp ở điều dưỡng lâm sàng chưa phổ biến nhưng vẫn có các biện pháp can thiệp để kiểm soát và phòng ngừa stress trong môi trường làm việc. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu nhằm đánh giá nguy cơ và đề xuất các biện pháp giảm stress nghề nghiệp cho điều dưỡng.

Từ khóa: Stress nghề nghiệp, điều dưỡng, bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên.

ABSTRACT

Objective: to describe the occupational stress status of nurses at Hung Yen Provincial General Hospital in 2024.

Methodology: a cross-sectional descriptive study was conducted on 176 nurses working in four clinical departments of Hung Yen Provincial General Hospital. Data were collected using a self-administered questionnaire, which included personal information and the Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) to assess stress levels.

Results: the average age of the participating nurses was 38.19 ± 4.8 years, with females accounting for 89.2%. The average years of experience were 13.8 ± 4.7 years. The proportion of nurses showing signs of stress was 26.7%, with no cases reaching a high-stress level.

Conclusion: although occupational stress among clinical nurses is not widespread, interventions are still necessary to manage and prevent stress in the workplace. Further studies should be conducted to assess risk factors and propose measures to reduce occupational stress in nursing.

Keywords: Occupational stress, nurses, Hung Yen provincial general hospital.

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên

² Trường Cao đẳng Y tế Hưng Yên

¹ĐT. 0583268666; Email: huongnurse2986@gmail.com

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 9.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 15.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress được định nghĩa theo thuật ngữ chung là một hội chứng bao gồm những đáp ứng không đặc hiệu của cơ thể với kích thích từ môi trường. Stress đặt chủ thể vào quá trình dần xếp thích ứng, tạo ra một cân bằng mới cho cơ thể sau khi chịu những tác động của môi trường [2], [6].

Stress ở điều dưỡng từ lâu đã là chủ đề nghiên cứu và được chứng minh là quan trọng đối với mục đích an toàn liên quan tới sức khỏe nghề nghiệp, cũng như cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng, hiệu quả cho người bệnh [5], [8]. Stress ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả, hiệu suất và giảm tính an toàn trong chăm sóc người bệnh làm giảm chất lượng chăm sóc người bệnh [7]. Thêm vào đó quan điểm xem người bệnh là khách hàng, chú trọng sự hài lòng của người bệnh càng tạo nhiều áp lực cho nhân viên y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng [4]. Như vậy, stress làm giảm khả năng làm việc, giao tiếp, giảm sự hài lòng với công việc, thậm chí bỏ nghề [4], [9]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng stress ở điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng đang làm việc tại các khoa lâm sàng, bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Điều dưỡng lâm sàng có thời gian làm việc tại bệnh viện từ 1 năm trở lên
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Điều dưỡng đang trong thời gian học việc học chưa có hợp đồng lao động
- Điều dưỡng đang nghỉ sinh, nghỉ phép, nghỉ ốm trong thời gian thu thập số liệu
- Điều dưỡng làm tại các phòng ban chức năng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01 tháng 05 đến ngày 01 tháng 10 năm 2024 tại các khoa lâm sàng, bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

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

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Toàn bộ điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên.

- Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên toàn bộ với tất cả đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Bộ công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ đo lường stress ở điều dưỡng (ENSS) gồm 2 phần :

Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi tự điền để thu thập thông tin cá nhân và đánh giá stress của điều dưỡng bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên. Bộ công cụ Expanded Nursing Stress Scale (ENSS) đã xin phép quyền tác giả và được cho phép sử dụng bộ tiếng Việt Thang đo gồm 54 mục trên 8 lĩnh vực gồm: Đối mặt với cái chết của NB (7 câu); mâu thuẫn với bác sĩ (5 câu); chưa có sự chuẩn bị về mặt cảm xúc (3 câu); các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng (6 câu); Các vấn đề liên quan đến cấp trên (7 câu); khối lượng công việc (9 câu); không chắc chắn về hướng điều trị cho NB (9 câu); NB và gia đình NB (8 câu). Thang điểm đánh giá gồm 4 bậc theo thang điểm Likert gồm: chưa bao giờ stress, thỉnh thoảng stress, thường xuyên stress, vô cùng stress. Tổng số điểm dao động từ 54 - 216. Điểm càng cao, có nghĩa là ĐD càng stress. Mức độ stress được chia làm 3 mức độ như sau (Polit & Hungler, 1999). Phân loại tình trạng stress ở điều dưỡng là không stress cho mức độ stress thấp, có stress cho mức độ stress trung bình và cao.

Số liệu được thu thập bằng phương pháp phát vấn.

- Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm SPSS 25.0 để phân tích và xử lý. Sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm để mô tả thực trạng stress của điều dưỡng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự đồng ý tham gia của đối tượng nghiên cứu và sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được bảo mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu (n=176)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Mean: 38,19; SD: 4.86)	≤ 38 tuổi	90	51,1
	> 38 tuổi	86	48,9
Giới tính	Nam	19	10.8
	Nữ	157	89.2
Trình độ chuyên môn	Trung cấp	6	3,4
	Cao đẳng	96	54.5
	Đại học	74	42.0
	Sau ĐH	0	0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	9	5.1
	Kết hôn	167	94.9
Số năm công tác	< 5 năm	7	4,0
	≥ 5 năm	169	96,0
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn: 13.8 ± 4.7 (1 – 30)		
Khoa công tác	Khối Hồi sức – Cấp cứu	22	12.5
	Khối Ngoại	44	25.5
	Khối Nội	76	43.2
	Khối Chuyên khoa	34	19.3

Tổng số 176 đối tượng tham gia nghiên cứu, có độ tuổi trung bình: 38,19 ± 4.86 tuổi, nữ giới chiếm 89.2%. Phần lớn điều dưỡng có trình độ Cao đẳng (54.5%) và đã kết hôn (94.9%). Số năm công tác trung bình của đối tượng nghiên cứu là 13.8 ± 4. trong đó thâm niên công tác từ trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao 96.0%. Số điều dưỡng tham gia nghiên cứu thuộc khối Nội chiếm 43.2%.

3.1.2. Đặc điểm về công việc của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm về công việc của đối tượng nghiên cứu (n = 176)

Biến số	Đặc tính	N	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng cơ sở vật chất	Không đạt yêu cầu	3	1.7
	Đạt yêu cầu	155	88.1
	Rất tốt	18	10.2
Số buổi trực trong 1 tháng	≤ 5 buổi	146	83.0
	> 5 buổi	30	17.0
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn: 4.6 ± 1.5		
Kiểm nhiệm	Có	41	23.3
	Không	135	76.7
Làm thêm ngoài giờ	Có	70	39.8
	Không	106	60.2
Nghỉ phép	Có	163	92.6
	Không	13	7.4
Đáp ứng lương	Có	167	94.9
	Không	9	5.1

Kết quả nghiên cứu cho thấy 88,1% đối tượng tham gia nghiên cứu đánh giá cơ sở vật chất hiện tại của bệnh viện đã đáp ứng nhu cầu làm việc. Số buổi trực trung bình của điều dưỡng khoảng 5 buổi trong 1 tháng, đa số có số buổi trực ≤ 5 buổi (83%). 23% điều dưỡng phải kiểm nhiệm thêm công việc, 39.8% điều dưỡng tham gia nghiên cứu có làm thêm ngoài giờ. Đối tượng nghiên cứu cho rằng có được ngày lễ/ phép đầy đủ chiếm 92.6% và 94.9% cho rằng mức lương hiện tại đã phản ánh đúng công sức lao động cống hiến.

3.2. Thực trạng stress ở điều dưỡng

3.2.1. Thực trạng stress chung ở điều dưỡng

Bảng 3.3. Thực trạng stress chung ở điều dưỡng (n = 176)

Stress nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Phân loại tình trạng Stress
Thấp (54 – 108)	129	73.3	Không
Trung bình (109 – 162)	47	26.7	
Cao (163 – 216)	0.0	0.0	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn: 91.23 ± 23.7 Min – Max: 54 – 161			Có

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu stress chiếm 26.7% (trong đó chỉ có phân loại mức độ stress trung bình, không có điều dưỡng nào có phân loại mức độ cao), không có dấu hiệu stress chiếm 73.3%.

3.2.2. Mức độ stress của điều dưỡng theo từng lĩnh vực

Bảng 3.4. Mức độ stress của điều dưỡng trong 8 lĩnh vực

TT	Lĩnh vực	Trung bình (độ lệch)	Phân loại mức độ stress
1	Lĩnh vực 1: Đối mặt với cái chết của người bệnh	1.95 (0.6)	Thấp
2	Lĩnh vực 2: Mâu thuẫn với bác sĩ	1.6 (0.4)	Thấp
3	Lĩnh vực 3: Chưa chuẩn bị về mặt cảm xúc	1.7(0.5)	Thấp
4	Lĩnh vực 4: Các vấn đề liên quan đến đồng nghiệp điều dưỡng	1.4 (0.4)	Thấp
5	Lĩnh vực 5: Các vấn đề liên quan đến người giám sát/ cấp trên	1.5(0.5)	Thấp
6	Lĩnh vực 6: Khối lượng công việc	1.6 (0.4)	Thấp
7	Lĩnh vực 7: Không chắc chắn về hướng điều trị cho người bệnh	1.6 (0.5)	Thấp
8	Lĩnh vực 8: Người bệnh và gia đình người bệnh	2.0(0.6)	Trung bình

Kết quả nghiên cứu cho thấy 7 lĩnh vực từ 1 đến 7 có điểm trung bình dưới 2.0 được phân loại mức độ stress thấp. Lĩnh vực 8: Người bệnh và gia đình người bệnh có điểm trung bình 2.0 (0.6) được phân loại mức độ stress là trung bình.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số 89.2%. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu của Tăng Thị Hào tại Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình (86.2%) [2]. Nhóm Điều dưỡng trẻ có độ tuổi từ 31 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 67.6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Mạnh Cường tại hệ thống bệnh viện Vimec tỷ lệ điều dưỡng trong nhóm tuổi từ 31 đến 45 chiếm tỷ lệ cao nhất là 51.1% [1].

Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ cao

đẳng và trung cấp chiếm 58%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh tại Bệnh viện Bưu điện năm 2023 (82.3%) trình độ là cao đẳng và đại học [3] và trong nghiên cứu của Ali – Zera tại Iran năm 2022 cử nhân và thạc sĩ thì tỷ lệ cử nhân trong đạt 100% [6].

Thâm niên công tác của điều dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung trong trên 10 năm chiếm 80.1% chiếm tỷ lệ cao so với kết quả trong nghiên cứu Ngô Mạnh Cường có thâm niên công tác trên 5 năm là 78.8% [1].

Nghiên cứu này cũng phân loại đối tượng theo 4 khối lâm sàng, trong đó tỷ lệ điều dưỡng cao nhất thuộc khối Nội chiếm 43.2%. Trong nghiên cứu của Ali – Reza tại Iran năm 2022 đối tượng nghiên cứu thuộc

8 khoa lâm sàng và văn phòng trong đó điều dưỡng thuộc khoa Nội khoa nam tham gia nghiên cứu nhiều nhất 20% [6].

4.1.2. Đặc điểm công việc của đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83% điều dưỡng trực từ 1 đến 5 ngày mỗi tháng. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Bưu điện năm 2023, khi chỉ có 73% điều dưỡng có số buổi trực trong tháng ≤ 6 [14]. 23.3% đối tượng tham gia có kiêm nhiệm công việc khác. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả năm 2018 tại Bệnh viện Y Dược TP. Hồ Chí Minh, nơi có đến 48,9% điều dưỡng phải kiêm nhiệm [7].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy 39,8% điều dưỡng tham gia làm thêm ngoài giờ, cao hơn so với nghiên cứu của Tăng Thị Hảo tại Bệnh viện Nhi Thái Bình, nơi chỉ có 9 điều dưỡng (6.2%) làm thêm ngoài giờ [2].

Đặc biệt, có đến 94.9% điều dưỡng tham gia nghiên cứu cho rằng mức lương hiện tại phản ánh đúng công sức mà họ đã bỏ ra. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lâm Minh Quang tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, khi tỷ lệ này là 82.7% [7].

4.2. Thực trạng stress của điều dưỡng bệnh viện Đa khoa Hưng Yên

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều dưỡng bị stress ở mức độ trung bình chiếm 26.7%. Con số này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh và cộng sự tại Bệnh viện Bưu điện năm 2023, khi tỷ lệ này lên đến 48.1% [14]. Sự chênh lệch có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu Nguyễn Thùy Linh lớn hơn, với 322 điều dưỡng tham gia. Ngoài ra, Bệnh viện Bưu điện tại Hà Nội có lượng bệnh nhân đông hơn, dẫn đến áp lực công việc và môi trường làm việc cao hơn so với Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên.

Điểm trung bình stress của điều dưỡng trong nghiên cứu này là 91.23 ± 23.7 xếp vào mức độ stress thấp. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Ali-Zera vào năm 2022 trên 155 điều dưỡng, với điểm trung bình căng thẳng nghề nghiệp là 2.77 (0.54), tương đương mức stress trung bình [24]. Mức độ stress của điều dưỡng trong lĩnh vực đối mặt với cái chết của người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 8 lĩnh vực thì 7 lĩnh vực từ 1 đến 7 đều phân loại mức stress thấp, chỉ có lĩnh vực 8: Người bệnh và gia đình người bệnh là phân loại mức stress trung bình. Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu của Tăng Thị Hảo tại bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình năm 2018 cho kết quả điểm trung bình là 2.11 (0.26) xếp lại trung bình [2].

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy 26.7% có tình trạng stress với mức độ mức độ trung bình. Trong 8 lĩnh vực được khảo sát, 7 lĩnh vực có mức độ stress thấp bao gồm: Đối mặt với cái chết, Mâu thuẫn với bác sĩ, Thiếu chuẩn bị về mặt cảm xúc, Quan hệ đồng nghiệp, Quan hệ với cấp trên, Quyết định trong tình huống căng thẳng, Thiếu chắc chắn về hướng điều trị có mức độ stress thấp. Lĩnh vực: Vấn đề liên quan đến người bệnh và gia đình người bệnh có mức độ stress trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Mạnh Cường , Nguyễn Thị Hoa Huyền và cộng sự (2023). Khảo sát mức độ áp lực công việc của điều dưỡng viên làm việc trong hệ thống y tế Vinmec. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 6 - số 5, pp. 128 - 134.
2. Tăng Thị Hảo (2019). Thực trạng stress của Điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Thái Bình năm 2019, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
3. Nguyễn Thị Thùy Linh và cộng sự (2023). Thực trạng căng thẳng nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Bưu điện năm 2023. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, Tập 06 - Số 06 (2023), pp. 6 - 14.
4. Lâm Minh Quang và cộng sự (2019). Stress và các yếu tố liên quan đến stress ở điều dưỡng tại bệnh viện Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 23* số 2* 2019, pp. 279 - 285.
5. Vũ Văn Thành, Thân Thị Bình (2022). Thực trạng stress của điều dưỡng viên tại Trung tâm Y tế huyện Cao Lộc tỉnh Lạng Sơn năm 2022. Nghiên cứu khoa học, pp. 6-14.
6. Babapour A.-R., Gahassab-Mozaffari N. , Fathnezhad-Kazemi A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. BMC nursing, 21 (1), pp. 75.
7. Isfort M. (2013). Influence of personnel staffing on patient care and nursing in German intensive care units. Descriptive study on aspects of patient safety and stress indicators of nursing. Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin, 108 (1), pp. 71-77.
8. Okuhara M., Sato K. , Kodama Y. (2021). The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. Nursing open, 8 (5), pp. 2153-2174.
9. Shirey M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers: two decades of research. Nursing Economic, 24 (4).

MỐI LIÊN QUAN GIỮA YẾU TỐ XÃ HỘI QUYẾT ĐỊNH SỨC KHỎE VỚI KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA COVID - 19 CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND KNOWLEDGE AND PRACTICE OF COVID-19 DISEASE PREVENTION AMONG THE ELDERLY

✍ PHAN THỊ THU HƯỜNG^{1*}, NGUYỄN THỊ NGỌC PHƯƠNG¹, DOÃN THỊ HỒNG DIỆU²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức và thực hành đúng về phòng ngừa COVID-19, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 của họ.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện trên 142 người cao tuổi tại một bệnh viện ở TP. Hồ Chí Minh. Dữ liệu thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, phân tích bằng SPSS 22.0 với mức ý nghĩa $p \leq 0,05$.

Kết quả: Tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức đúng đạt 73,9%, thực hành đúng đạt 91,5%. Kiến thức đúng có mối liên quan thuận với nhóm mắc từ hai bệnh lý trở lên (OR = 7,222; $p < 0,001$), có bảo hiểm y tế (OR = 3,850; $p = 0,040$), sống tại TP. Hồ Chí Minh (OR = 2,879; $p = 0,007$), nhưng liên quan nghịch với một số nhóm nghề nghiệp như kinh doanh, nội trợ và nông dân. Thực hành đúng cao hơn ở nhóm dưới 70 tuổi (OR = 4,047; $p = 0,028$) và thu nhập trên 4,6 triệu đồng/tháng (OR = 3,519; $p = 0,048$).

Kết luận: Người cao tuổi có tỷ lệ kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 khá cao, nhưng cần tiếp tục ưu tiên hỗ trợ các nhóm dễ tổn thương. Các chính sách và chương trình giáo dục sức khỏe cần mở rộng, đặc biệt cho những nhóm có nguy cơ thấp về kiến thức và thực hành phòng ngừa.

Từ khóa: Covid- 19, người cao tuổi, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

ABSTRACT

Objective: To determine the proportion of elderly individuals with correct knowledge and practice regarding COVID-19 prevention and to assess the relationship between social determinants of health and their knowledge and practice of COVID-19 prevention.

Methods: A cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 142 elderly individuals at a hospital in Ho Chi Minh City. Data were collected through direct interviews and analyzed using SPSS 22.0 with a significance level of $p \leq 0.05$.

Results: The proportion of elderly individuals with correct knowledge was 73.9%, and correct practice was 91.5%. Correct knowledge was positively associated with having two or more underlying diseases (OR = 7.222; $p < 0.001$), possessing health insurance (OR = 3.850; $p = 0.040$), and residing in Ho Chi Minh City (OR = 2.879; $p = 0.007$), but negatively associated with certain occupations such as business, housework, and farming. Correct practice was higher among individuals under 70 years old (OR = 4.047; $p = 0.028$) and those with an income above 4.6 million VND per month (OR = 3.519; $p = 0.048$).

Conclusion: The proportion of elderly individuals with correct knowledge and practice of COVID-19 prevention was relatively high. However, further efforts should prioritize support for vulnerable groups. Health education programs and policies should be expanded, especially for populations at risk of low knowledge and practice in disease prevention.

Keyword: Covid – 19, elderly, social determinants of health

^{1,1*} Khoa Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*ĐT: 0986099542 – Email: thuongphan@ump.edu.vn.

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025

NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 10.2.2025

NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 14.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm phổi cấp do chủng vi rút Corona mới (Coronavirus disease 2019 – COVID-19) đã gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là người cao tuổi (NCT), nhóm có nguy cơ trung bình và cao [1]. Việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của NCT còn gặp nhiều rào cản như không có bảo hiểm y tế, khó khăn trong việc thu thập, xử lý và hiểu thông tin y tế để đưa ra quyết định phù hợp [2]. Hiện nay, chăm sóc sức khỏe cho NCT chủ yếu dựa vào gia đình, mang tính tự phát, dẫn đến chất lượng quản lý và chăm sóc chưa cao [2]. Vì vậy, nâng cao sức khỏe và phòng ngừa COVID-19 ở nhóm đối tượng này là vấn đề cấp thiết.

Bên cạnh những ảnh hưởng trực tiếp, COVID-19 còn tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần. Một nghiên cứu cho thấy đại dịch làm gia tăng đáng kể các triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi, đặc biệt ở nhóm trên 70 tuổi và/hoặc sống một mình, với tỷ lệ dao động từ 7,2% đến 19,8% [7].

Theo Cơ quan Quản lý An toàn và Sức khỏe Nghề nghiệp Hoa Kỳ (OSHA), các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe (Social Determinants of Health) được chia thành năm lĩnh vực: ổn định kinh tế, tiếp cận và chất lượng chăm sóc y tế, tiếp cận và chất lượng giáo dục, môi trường sống và bối cảnh xã hội [13]. Những yếu tố này có tác động lớn đến khả năng phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm, bao gồm COVID-19 [8][13]. Ataguba JE và cộng sự nhận định rằng sức khỏe và bệnh tật không chỉ bị ảnh hưởng bởi hệ thống y tế, mà còn là kết quả của nhiều yếu tố xã hội phức tạp [6]. Các nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố như rào cản xét nghiệm, khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế, yếu tố văn hóa, điều kiện kinh tế, độ tuổi, chủng tộc, dân tộc và môi trường sinh thái có thể góp phần làm tăng nguy cơ lây nhiễm vi rút viêm gan B [9][14].

Trên thế giới và tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 trong cộng đồng. Tuy nhiên, nghiên cứu về mối liên quan giữa các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 ở người cao tuổi vẫn còn hạn chế. Do đó, đề tài "Mối liên quan giữa yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 của người cao tuổi" được thực hiện nhằm mục tiêu: (i) Xác định tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức và thực hành đúng về phòng ngừa COVID-19; Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 của người cao tuổi. Trên cơ sở đó nâng cao hiểu biết về tác động của các yếu tố xã hội đến sức khỏe NCT, đồng thời hỗ

trợ phát triển các chính sách và chương trình y tế phù hợp. Kết quả nghiên cứu cũng sẽ là cơ sở để xây dựng nội dung truyền thông và giáo dục sức khỏe cho nhóm đối tượng này.

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 03/2023 đến tháng 07/2023 tại Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh (TP HCM)

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: NCT từ 60 tuổi trở lên đến khám, điều trị hoặc chăm sóc người bệnh tại bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: Người bệnh trong giai đoạn nặng, người không hiểu được tiếng Việt, người mắc các bệnh lí rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu là 174 được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0.05$, khoảng sai lệch $d = 0,05$, $\sigma = 7.6$ (theo nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự (2020)3.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Nhóm nghiên cứu phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi in sẵn trong thời gian từ 20 đến 30 phút.

Công cụ nghiên cứu

Bộ công cụ gồm 47 câu, bao gồm 03 phần:

Phần A: Thông tin nền gồm 16 câu hỏi, bao gồm 02 câu hỏi về đặc điểm cá nhân (tuổi, giới tính) và 14 câu hỏi về các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe (trình độ học vấn, nghề nghiệp trước đây, thu nhập bình quân đầu người một tháng, số lượng thành viên trong gia đình, hiện đang sống cùng ai, loại nhà ở, nơi ở hiện tại, phương tiện di chuyển, bảo hiểm y tế, cơ sở y tế thường xuyên đến khám sức khỏe, bệnh lí hiện đang mắc phải, sự hỗ trợ nhận được khi gặp khó khăn, sự tham gia các tổ chức xã hội).

Phần B: bộ câu hỏi Kiến thức về phòng ngừa COVID – 19 của tác giả Lee F và cộng sự (2022) gồm 22 câu hỏi [10]. Mỗi câu hỏi kiến thức được đánh giá bằng đúng, sai và không biết. Ứng với mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, sai và không biết là 0 điểm, điểm kiến thức chung được ghi nhận từ 0 (không có câu

trả lời đúng) đến 22 (tất cả các câu đều trả lời đúng), tổng điểm ≥ 16 được phân loại là kiến thức đúng, <16 là kiến thức không đúng. Hệ số Cronbach's alpha nghiên cứu thử nghiệm là 0,682.

Phần C: Bộ câu hỏi thực hành phòng ngừa COVID – 19 của tác giả Lee F và cộng sự (2022) gồm 11 câu hỏi [10]. Trong phần thực hành, tất cả các mục đều có trọng số đồng đều và có bốn thang đánh giá, trong đó không bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng và luôn luôn cho điểm lần lượt là 1, 2, 3 và 4. Với câu 05 là câu hỏi nghịch đảo. Điểm tối đa có thể đạt được là 44 điểm, tổng điểm ≥ 32 được phân loại thực hành đúng, < 32 là thực hành không đúng. Hệ số Cronbach's alpha nghiên cứu thử nghiệm là 0,644.

Phương pháp xử lý số liệu

Các bảng câu hỏi đã hoàn thành đầy đủ được trích xuất từ biểu mẫu giấy và được sao chép qua Microsoft Excel để làm sạch và mã hóa. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0, với mức ý nghĩa thống kê $p \leq 0,05$. Phép kiểm Chi bình phương và phép kiểm Fisher's Exact test để tìm mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID – 19 của người cao tuổi.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 314/HĐĐĐ – ĐHYD kí ngày 14/03/2023 và hội đồng

Đạo đức nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Thống Nhất số 29/2023/BVTN – HDYD kí ngày 28/04/2023.

3.KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm người tham gia nghiên cứu (n = 142)

Trong số 142 người tham gia nghiên cứu, nhóm dưới 70 tuổi (64,1%) có tỉ lệ cao hơn nhóm từ 70 tuổi trở lên (35,9%). Tương tự, tỉ lệ nam (54,9%) tham gia nghiên cứu cao hơn nữ (45,1%).

3.2. Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

Liên quan đến yếu tố ổn định kinh tế, kết quả nghiên cứu ghi nhận đa số người tham gia nghiên cứu từng là công nhân viên chức (50,7%), thu nhập bình quân đầu người một tháng trên 4,6 triệu đồng (69%). Về yếu tố chăm sóc sức khỏe, NCT chủ yếu đến các bệnh viện trung ương để thăm khám và chăm sóc sức khỏe (66,2%), mắc từ hai bệnh lí trở lên (48,6%), hầu hết có sử dụng bảo hiểm y tế (90,8%). Về chất lượng giáo dục, trình độ học vấn đa số từ cấp 2 trở xuống (46,5%). Đặc điểm nơi ở và môi trường của NCT cho thấy gần 2/3 sống ở Thành phố Hồ Chí Minh (69%), đa số sống trong nhà ở độc lập (91,5%) và sử dụng phương tiện cá nhân để di chuyển (80,3%). Yếu tố xã hội và cộng đồng, NCT sống chung và nhận được sự hỗ trợ từ gia đình là chủ yếu (89,4% và 75,1%), chiếm phần lớn không tham gia các tổ chức xã hội (71,1%). Chi tiết xem Bảng 1.

Bảng 3.1. Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe (n = 142)

Đặc điểm		Tần số (N)	Tỉ lệ (%)
Ổn định kinh tế			
Nghề nghiệp	Công nhân/viên chức	72	50,7
	Kinh doanh	31	21,8
	Nội trợ	21	14,8
	Nông dân	18	12,7
Thu nhập bình quân đầu người một tháng	$\geq 4,6$ đồng/tháng	98	69,0
	$< 4,6$ đồng/tháng	44	31,0
Tiếp cận và chất lượng chăm sóc sức khỏe			
Cơ sở y tế thường xuyên đến khám sức khỏe	Bệnh viện thuộc trung ương	94	66,2
	Bệnh viện thuộc Sở y tế/quận/ trạm y tế	37	26,1
	Bệnh viện tư nhân	11	7,7

<i>Bệnh lí hiện đang mắc phải</i>	Không có bệnh	25	17,6
	Một bệnh	48	33,8
	≥ Hai bệnh	69	48,6
<i>Bảo hiểm y tế</i>	Có	129	90,8
	Không	13	9,2
Tiếp cận và chất lượng giáo dục			
<i>Trình độ học vấn</i>	Đại học/cao đẳng	44	31,0
	Cấp 3	32	22,5
	≤ Cấp 2	66	46,5
Khu dân cư và môi trường			
<i>Nơi ở hiện tại</i>	Thành phố Hồ Chí Minh	98	69,0
	Tỉnh	44	31,0
<i>Loại nhà</i>	Nhà ở độc lập	130	91,5
	Nhà ở tập thể	12	8,5
<i>Phương tiện di chuyển</i>	Phương tiện cá nhân	114	80,3
	Phương tiện công cộng	28	19,7
Bối cảnh xã hội và cộng đồng			
<i>Sống cùng ai</i>	Một mình	15	10,6
	Với vợ chồng/con cái/cha mẹ	127	89,4
<i>Số lượng thành viên</i>	Một thành viên	15	10,6
	≥ Hai thành viên	127	89,4
<i>Sự hỗ trợ khi gặp khó khăn</i>	Từ gia đình	107	75,4
	Từ gia đình bạn bè	18	12,7
	Không có	17	11,9
<i>Sự tham gia các tổ chức xã hội</i>	Không tham gia	101	71,1
	Có tham gia	41	28,9

3.3. Kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người tham gia có kiến thức đúng (73,9%) về phòng ngừa COVID-19 cao hơn nhóm không đúng (26,1%) và tỷ lệ người tham gia thực hành phòng ngừa COVID-19 đúng rất cao (91,5%).

3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức phòng ngừa COVID-19

Kết quả của kiểm định Chi square và Fisher's Exact test với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê cho thấy tỉ lệ kiến thức đúng có mối tương quan thuận với yếu tố

mắc từ hai bệnh lí trở lên (OR = 7,222; KTC 95% 2,523 – 20,678; $p < 0,001$), có bảo hiểm y tế (OR = 3,850; KTC 95% 1,202 – 12,336; $p = 0,040$), nơi ở tại Thành phố Hồ Chí Minh (OR = 2,879; KTC 95% 1,317 – 6,294; $p = 0,007$). Ngoài ra tỉ lệ kiến thức đúng cũng có mối tương quan nghịch với các yếu tố nghề nghiệp như kinh doanh (OR = 0,293; KTC 95% 0,109 – 0,792; $p = 0,016$), nội trợ (OR = 0,215; KTC 95% 0,072 – 0,641; $p = 0,006$), nông dân (OR = 0,253; KTC 95% 0,080 – 0,808; $p = 0,020$) và khám bệnh tại bệnh viện tư nhân (OR = 0,135; KTC 95% 0,036 – 0,513; $p = 0,003$). Chi tiết xem Bảng 2.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với kiến thức phòng ngừa COVID – 19 (n = 142)

Các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe	Kiến thức		OR (KTC 95%)	Giá trị p
	Đúng (N, %)	Không đúng (N, %)		
Nghề nghiệp				
Công nhân/viên chức	62 (86,1)	10 (13,9)	1	
Kinh doanh	20 (64,5)	11 (35,5)	0,29 (0,11 – 0,79) ^a	0,016*
Nội trợ	12 (57,1)	9 (42,9)	0,21 (0,07 – 0,64) ^a	0,006*
Nông dân	11 (61,1)	7 (38,9)	0,25 (0,08– 0,81) ^a	0,020*
Cơ sở y tế thường xuyên đến khám sức khỏe				
Bệnh viện thuộc trung ương	76 (80,9)	18 (19,1)	1	
Bệnh viện thuộc Sở y tế/quận/trạm y tế	25 (67,6)	12 (32,4)	0,49 (0,21 – 1,165) ^a	0,107
Bệnh viện tư nhân	4 (36,4)	7 (63,6)	0,13 (0,03 – 0,51) ^a	0,003*
Bệnh lí hiện đang mắc phải				
Không có bệnh	12 (48,0)	13 (52,0)	1	
Một bệnh	33 (68,8)	15 (31,2)	2,38 (0,88 – 6,44) ^a	0,087
≥ Hai bệnh	60 (87,0)	9 (13,0)	7,22 (2,52 – 20,67) ^a	<0,001**
Bảo hiểm y tế				
Có	99 (76,7)	30 (23,3)	3,85 (1,20 – 12,34) ^b	0,040*
Không	6 (46,2)	7 (53,8)	1	
Nơi ở hiện tại				
Thành phố Hồ Chí Minh	79 (80,6)	19 (19,4)	2,88 (1,32 – 6,29) ^b	<0,001**
Tỉnh	26 (59,1)	18 (40,9)	1	

3.5. Liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với thực hành phòng ngừa COVID – 19

Kết quả của kiểm định Chi square và Fisher’s Exact test với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê cho thấy tỉ lệ thực hành đúng có mối tương quan thuận với các yếu tố như nhóm tuổi dưới 70 (OR = 4,047; KTC 95% 1,154 – 14,189; $p = 0,028$), thu nhập bình quân đầu người một tháng trên 4,6 triệu đồng (OR = 3,519; KTC 95% 1,050 – 11,791; $p = 0,048$). Chi tiết xem Bảng 3.

Bảng 3.3: Liên quan giữa đặc điểm cá nhân, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe với thực hành phòng ngừa COVID – 19 (n = 142)

Đặc điểm	Thực hành		OR (KTC 95%)	p
	Đúng N (%)	Không đúng N (%)		
Đặc điểm cá nhân				
Tuổi				
Dưới 70 tuổi	87 (95,6)	4 (4,4)	4,047 (1,15 – 14,18) ^b	0,028*
Từ 70 tuổi trở lên	43 (84,3)	8 (15,7)	1	0,048*
Thu nhập bình quân đầu người một tháng				
≥ 4,6 triệu đ/ tháng	93 (94,9)	5 (5,1)	3,519 (1,05 – 11,79) ^b	
< 4,6 triệu đ/ tháng	37 (84,1)	7 (15,9)	1	

4. BÀN LUẬN

Về kiến thức phòng ngừa COVID-19, tỷ lệ người tham gia có kiến thức đúng đạt 73,9%. Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và thế giới. Nghiên cứu của Lee F và cộng sự (2022) trên dân số chung tại Indonesia cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng đạt 79,8% [10]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2021) trên người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ kiến thức đúng lên tới 93,75% [11]. Tương tự, nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022) trên dân số chung tại Thành phố Cần Thơ cũng ghi nhận tỷ lệ kiến thức và thực hành đúng khá cao (86,0%) [4]. Ngoài ra, nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự (2020) trên người bệnh tại Bệnh viện Quận 2 cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng là 79,2% [3].

So với các nghiên cứu trên, tỷ lệ kiến thức đúng về phòng ngừa COVID-19 trong nghiên cứu này vẫn còn thấp. Nguyên nhân có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, những người thường gặp khó khăn trong việc tiếp cận thông tin y tế do suy giảm khả năng nghe, đọc và ghi nhớ. Một báo cáo chỉ ra rằng, tỷ lệ gặp khó khăn trong ghi nhớ và tập trung tăng dần theo độ tuổi, với nhóm 60–69 tuổi là 10,87%, nhóm 70–79 tuổi là 23,26%, và nhóm trên 80 tuổi lên đến 33,61% [5]. Bên cạnh đó, sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu cũng có thể xuất phát từ việc các nghiên cứu trước đây được thực hiện trên dân số chung từ 18 tuổi trở lên, trong khi nghiên cứu này tập trung vào người cao tuổi. Ngoài ra, sự khác biệt về công cụ đo lường có thể dẫn đến kết quả không đồng nhất giữa các nghiên cứu.

Về thực hành phòng ngừa COVID-19, tỷ lệ người tham gia có thực hành đúng đạt 91,5%. Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và thế giới. Nghiên cứu của Lee F và cộng sự (2022) trên dân số chung tại Indonesia ghi nhận tỷ lệ thực hành tốt là 85,4% [10]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2021) trên người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ thực hành đúng chỉ đạt 57,7% [11]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022) trên dân số chung tại Thành phố Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ thực hành đúng khá cao (82,3%) [4]. Tương tự, nghiên cứu của Huỳnh Giao và cộng sự (2020) trên người bệnh tại Bệnh viện Quận 2 cho thấy tỷ lệ thực hành đúng đạt 76,1% [3].

So với các nghiên cứu trên, tỷ lệ thực hành đúng trong nghiên cứu này khá cao (91,5%). Điều này có thể lý giải bởi nhóm đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi – nhóm có nguy cơ cao trong đại dịch COVID-19, do đó họ có xu hướng tuân thủ nghiêm ngặt các biện pháp phòng ngừa sau khi chứng kiến những hậu quả nghiêm trọng của dịch bệnh. Ngoài ra, phần lớn người cao tuổi trong nghiên cứu này nhận được sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè (88,1%), điều này có thể giúp họ thực hiện tốt hơn các biện pháp phòng ngừa COVID-19.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng có mối tương quan thuận với nơi cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh (OR = 2,879; KTC 95% 1,317 – 6,294; $p = 0,007$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc và cộng sự (2021) trên người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, cũng như nghiên cứu của Roy D và cộng sự (2022) trên dân số chung tại Bangladesh, khi cả hai nghiên cứu đều chỉ ra rằng mức độ kiến thức đầy đủ về COVID-19 ở khu vực thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn [11][12]. Điều này có thể được

giải thích bởi sự phổ biến rộng rãi của các thông tin và biện pháp phòng chống dịch COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh – một trong những điểm nóng của đại dịch. Người dân tại khu vực này có nhiều cơ hội hơn để tiếp cận, cập nhật thông tin mới nhất về COVID-19 thông qua các phương tiện truyền thông đa dạng.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng tìm thấy mối tương quan nghịch giữa tỷ lệ kiến thức đúng và nhóm người cao tuổi đến khám tại bệnh viện tư nhân (OR = 0,135; KTC 95% 0,036 – 0,513; p = 0,003). Tuy nhiên, hiện tại chưa có nghiên cứu nào lý giải rõ ràng cho kết quả này, do đó cần có thêm các nghiên cứu sâu hơn để làm sáng tỏ mối liên hệ này.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thực hành đúng có mối tương quan thuận với nhóm người có thu nhập bình quân đầu người trên 4,6 triệu đồng/tháng (OR = 3,519; KTC 95% 1,050 – 11,791; p = 0,048). Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Vicerra (2021) trên người cao tuổi tại Thái Lan, trong đó nhóm có thu nhập thấp lại có tỷ lệ thực hành đúng cao hơn [15].

Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi những thuận lợi mà nhóm thu nhập cao sở hữu, bao gồm điều kiện sống tốt hơn, môi trường an toàn và sạch sẽ hơn, cũng như sức khỏe thể chất và tinh thần ổn định hơn. Ngoài ra, họ cũng có điều kiện tiếp cận và thực hiện các biện pháp phòng ngừa hiệu quả hơn, chẳng hạn như bổ sung vitamin, khoáng chất, dự trữ thực phẩm và hạn chế tiếp xúc với các khu vực công cộng. Những yếu tố này góp phần nâng cao khả năng thực hành phòng ngừa COVID-19 và giảm nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng.

Từ những kết quả trên, việc nâng cao kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19, cũng như các bệnh lây truyền qua đường hô hấp, cần tiếp tục được ưu tiên, đặc biệt đối với nhóm người cao tuổi sống ở vùng nông thôn, không có bảo hiểm y tế, mắc ít hơn hai bệnh lý nền, không thuộc nhóm công nhân viên chức, từ 70 tuổi trở lên và có thu nhập dưới mức trung bình. Điều này sẽ góp phần cải thiện sức khỏe và giảm nguy cơ phơi nhiễm bệnh trong cộng đồng.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ người cao tuổi có kiến thức và thực hành đúng về phòng chống dịch COVID-19 ở mức khá cao, lần lượt đạt 73,9% và 91,5%. Nghiên cứu đã phân tích

mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng ngừa COVID-19 với một số yếu tố xã hội quyết định sức khỏe, bao gồm số lượng bệnh lý mắc phải, bảo hiểm y tế, nơi cư trú, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, loại cơ sở y tế thường xuyên lui tới, nhóm tuổi, sự tham gia vào các tổ chức xã hội và thu nhập bình quân đầu người/tháng.

Để nâng cao hiệu quả phòng ngừa COVID-19 ở người cao tuổi, cần tiếp tục ưu tiên hỗ trợ các nhóm dễ bị tổn thương, đồng thời đẩy mạnh và mở rộng các chương trình, chính sách hỗ trợ phù hợp với nhóm đối tượng này. Các nghiên cứu trong tương lai nên mở rộng cỡ mẫu, áp dụng thiết kế nghiên cứu đa trung tâm và chọn mẫu ngẫu nhiên nhằm đánh giá toàn diện hơn tác động của các yếu tố xã hội đến sức khỏe người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế. Quyết định số 5525/QĐ-BYT ban hành ngày 01 tháng 12 năm 2021 về hướng dẫn phân loại nguy cơ người nhiễm SARS-CoV-2 và định hướng xử lý, cách ly, điều trị. Hà Nội.

Bộ Y tế. Tăng cường tiếp cận dịch vụ y tế dành cho người cao tuổi. Updated Ngày 25 tháng 10 năm 2017. Accessed Ngày 31 tháng 07, 2023. https://moh.gov.vn/tin-tong-hop//asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/tang-cuong-tiep-can-dich-vu-y-te-danh-cho-nguoi-cao-tuoi?inheritRedirect=false.

Huỳnh Giao, Nguyễn Thị Ngọc Hân, Võ Kim Ngân, Võ Văn Tâm, Phạm Lê An. Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*. 2020;13(6) doi:10.4103/1995-7645.280396

Trần Đỗ Hùng, Trần Phước Thịnh, Nguyễn Tấn Đạt. Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan trong phòng chống dịch COVID-19 của người dân thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/23 2022;518(1) doi:10.51298/vmj.v518i1.3325

Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. 2021. Accessed Ngày 04 tháng 02 năm 2023. <https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/08/Dan-so-gia-hoaVI.pdf>

Ataguba JE, Day C, McIntyre D. Explaining the role of the social determinants of health on health inequality in South Africa. *Glob Health Action*. 2015; 8:28865. doi:10.3402/gha.v8.28865

Briggs R, McDowell CP, De Looze C, Kenny RA, Ward M. Depressive Symptoms Among Older Adults Pre- and Post-COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. Nov 2021;22(11):2251-2257. doi: 10.1016/j.jamda.2021.09.003

Centers for Disease Control and Prevention. Social Determinants of Health at CDC. Updated December 8, 2022. Accessed January 31, 2023. <https://www.cdc.gov/about/sdoh/index.html>

Hu DJ, Xing J, Tohme RA, Liao Y, Pollack H. Hepatitis B testing and access to care among racial and ethnic minorities in selected communities across the United States, 2009-2010. *Hepatology*. Sep 2013;58(3):856-62. doi:10.1002/hep.26286

Lee F, Suryohusodo AA. Knowledge, attitude, and practice assessment toward COVID-19 among communities in East Nusa Tenggara, Indonesia: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022;10:957630. doi:10.3389/fpubh.2022.957630

Nguyen HB, Nguyen THM, Tran TTT, et al. Knowledge, Attitudes, Practices, and Related Factors Towards COVID-19 Prevention Among Patients at University Medical Center Ho Chi Minh City, Vietnam. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2119-2132.

doi:10.2147/RMHP.S305959

Roy D, Shuvo SD, Hossain MS, et al. Knowledge, attitudes, practices, and its associated factors toward COVID-19 pandemic among Bangladeshi older adults. *PLoS One*. 2022;17(12):e0275065. doi:10.1371/journal.pone.0275065

U.S Department of Health and Human Services (OASH), Office of Disease Prevention and Health Promotion. Social Determinants of Health. Accessed January 31, 2023. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>

Vijayadeva V, Spradling PR, Moorman AC, et al. Hepatitis B virus infection testing and prevalence among Asian and Pacific Islanders. *Am J Manag Care*. Apr 1 2014;20(4):e98-e104.

Vicerra PMM. Disparity between knowledge and practice regarding COVID-19 in Thailand: A cross-sectional study of older adults. *PLoS One*. 2021;16(10):e0259154. doi:10.1371/journal.pone.0259154

THỰC TRẠNG VIÊM TĨNH MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH ĐẶT KIM LUỒN TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

THE PREVALENCE OF PHLEBITIS IN PATIENTS WITH PERIPHERAL INTRAVENOUS CATHETER RELATED FACTORS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HANOI

✍ NGUYỄN QUANG BÌNH¹, TRƯƠNG VĂN HIẾU^{1*}, LÊ THỊ LIÊN¹, NGUYỄN THANH HUYỀN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng viêm tĩnh mạch ngoại biên ở người bệnh đặt kim luồn tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng này.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 361 người bệnh nội trú từ 18 tuổi trở lên tại các khoa lâm sàng của bệnh viện. Dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn và quan sát, sử dụng thang điểm VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale) để đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 25.0 với các phương pháp thống kê mô tả và kiểm định hồi quy logistic.

Kết quả: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên ở người bệnh đặt kim luồn là 4,7%, trong đó viêm tĩnh mạch độ 1 chiếm 4,2% và độ 2 chiếm 0,5%. Không ghi nhận trường hợp viêm tĩnh mạch độ 3, 4 hoặc 5. Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ viêm tĩnh mạch bao gồm: Kinh nghiệm của nhân viên y tế; Điều dưỡng có kinh nghiệm

^{1,1*} Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội;
^{1*}ĐT. Email: truonghieugmhs@gmail.com

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025
NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 9.2.2025
NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 15.2.2025

dưới 5 năm có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch cao hơn so với nhóm có trên 5 năm kinh nghiệm (OR = 2,7 lần p = 0,049). Tình trạng cố định kim luồn: Kim luồn cố định không chắc chắn làm tăng nguy cơ viêm cao hơn so với kim được cố định chắc chắn (OR=14,4 lần p < 0,001). Vệ sinh chân kim luồn: Chân kim bị thấm dịch hoặc máu ngoài băng làm tăng nguy cơ viêm cao hơn so với vị trí sạch (gấp 7,69 lần p < 0,001).

Kết luận: Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên tại bệnh viện nằm trong mức khuyến nghị của Hiệp hội Tiêm truyền Mỹ (INS). Các yếu tố như kinh nghiệm nhân viên y tế, phương pháp cố định kim và vệ sinh chân kim có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ viêm tĩnh mạch.

Từ khóa: viêm tĩnh mạch ngoại biên, kim luồn tĩnh mạch

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence of peripheral phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters at the National Hospital of Odonto-Stomatology Hanoi and identify factors associated with this condition.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted on 361 inpatients aged 18 years or older in the clinical departments of the hospital. Data were collected through structured interviews and observations, using the Visual Infusion Phlebitis (VIP) scale to assess the severity of phlebitis. Statistical analysis was performed using SPSS 25.0, applying descriptive statistics and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of peripheral phlebitis in patients with intravenous catheters was 4.7%, with grade 1 phlebitis accounting for 4.2% and grade 2 for 0.5%. No cases of grade 3, 4, or 5 phlebitis were recorded. Factors associated with the risk of phlebitis included: Experience of healthcare staff: Nurses with less than five years of experience had a higher risk of causing phlebitis compared to those with more than five years of experience (OR = 2.7, p = 0.049); Catheter fixation: Poorly secured catheters significantly increased the risk of phlebitis compared to well-secured ones (OR = 14.4, p < 0.001). Hygiene at the catheter site: The presence of fluid or blood leakage outside the dressing increased the risk of phlebitis compared to clean sites (OR = 7.69, p < 0.001).

Conclusions: The prevalence of peripheral phlebitis at the hospital falls within the recommended range of the Infusion Nurses Society (INS). Factors such as healthcare staff experience, catheter fixation method, and hygiene at the catheter site significantly impact the risk of phlebitis.

Keywords: Peripheral venous catheter, phlebitis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm truyền tĩnh mạch là một kỹ thuật cơ bản và phổ biến trong thực hành điều dưỡng, đặc biệt là tiêm truyền tĩnh mạch ngoại biên qua kim luồn. Ước tính có đến 90% bệnh nhân điều trị tại bệnh viện cần sử dụng kim luồn tĩnh mạch ngoại biên [7]. Kỹ thuật này cho phép tiếp cận hệ thống tĩnh mạch một cách nhanh chóng, ít xâm lấn và đơn giản hơn so với các phương pháp khác. Kim luồn được sử dụng rộng rãi trong truyền dịch, truyền thuốc, cung cấp dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch, truyền các sản phẩm từ máu và lấy máu xét nghiệm.

Mặc dù có nhiều lợi ích, việc sử dụng kim luồn tĩnh mạch ngoại biên cũng tiềm ẩn nguy cơ nhiễm trùng và các biến chứng khác. Trong đó, viêm tĩnh mạch là biến chứng phổ biến nhất khi đặt và lưu kim luồn tĩnh mạch ngoại biên [9, 11]. Viêm tĩnh mạch không

chỉ làm gia tăng gánh nặng bệnh lý cho người bệnh mà còn có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, kéo dài thời gian điều trị và làm tăng chi phí y tế [10].

Nghiên cứu của Gillian Ray-Barruel và cộng sự năm 2013 đã thực hiện một tổng quan hệ thống về viêm tĩnh mạch do truyền dịch, ghi nhận tỷ lệ viêm tĩnh mạch liên quan đến kim luồn ngoại biên dao động từ 0% đến 91% [12]. Tại Việt Nam, tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên được báo cáo có sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu, từ 8% theo nghiên cứu của Thái Đức Thuận Phong tại Bệnh viện An Giang [4] đến 30,4% trong nghiên cứu của Lâm Thị Nhung tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2021 [2].

Tại thời điểm thực hiện nghiên cứu này, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội chưa có dữ liệu cụ thể về tình trạng viêm tĩnh mạch liên quan đến kim luồn tĩnh mạch ngoại biên. Nhằm cung cấp bằng

chúng khoa học và đề xuất các biện pháp cải tiến chất lượng chăm sóc bệnh nhân, nghiên cứu "Thực trạng viêm tĩnh mạch ở người bệnh đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2023" được thực hiện với hai mục tiêu chính: (i) Mô tả thực trạng viêm tĩnh mạch ngoại biên ở bệnh nhân đặt kim luồn và (ii) Xác định các yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch ngoại biên tại bệnh viện.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh điều trị nội trú được đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên; tỉnh, không có khiếm khuyết về nhận thức; chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu chọn đối tượng ở độ tuổi này vì đây là độ tuổi đã trưởng thành về mặt pháp lý và có khả năng tự đưa ra quyết định tham gia nghiên cứu, có khả năng đọc hiểu để trả lời các câu hỏi phỏng vấn

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 8-11/2023 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp thu thập số liệu

Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng tính theo công thức

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

+ n: cỡ mẫu tối thiểu.

+ $Z_{1-\alpha/2}$: là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê. Với mức ý nghĩa thống kê = 5% thì giá trị của $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ p: là tỷ lệ viêm tĩnh mạch từ kết quả nghiên cứu của bệnh viện Trung ương Huế là 28% nên chọn $p = 0,28(8)$.

+ d: sai số chấp nhận, chọn $d = 0,05$.

Áp dụng công thức trên, số cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 310 người. Thực tế nghiên cứu đã thu thập cỡ mẫu 361 người bệnh. Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho tới đủ mẫu nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn bao gồm 36 câu hỏi. Trong

đó, 7 câu hỏi liên quan đến các thông tin cơ bản của người bệnh, 14 câu hỏi liên quan đến kim luồn ngoại biên, và 8 câu hỏi liên quan đến thuốc và dịch truyền, 7 câu hỏi đánh giá triệu chứng lâm sàng và mức độ viêm tĩnh mạch. Để đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch, chúng tôi sử dụng thang đo VIP (Visual Infusion Phlebitis Scale). Đây là thang đo đánh giá độ viêm tĩnh mạch được phát triển ở Anh bởi tác giả Jackson năm 1998 [6]. Thang đo VIP đã được đánh giá độ tin cậy qua nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam [1, 3, 11]. Đây là thang đo đơn giản, khả thi về mặt lâm sàng và dễ sử dụng, là một trong hai thang đo được Hiệp hội điều dưỡng tiêm truyền Mỹ (INS) khuyến cáo sử dụng để đánh giá viêm tĩnh mạch ngoại biên [8]. Thang đo VIP đánh giá sự có mặt hoặc vắng mặt của sáu triệu chứng: đau, đỏ, sưng, sự chai cứng, sờ thấy dây tĩnh mạch và sốt. Phân loại viêm tĩnh mạch từ 0 (không có triệu chứng viêm tĩnh mạch đến 5 (viêm tắc tĩnh mạch tiến triển), và mỗi cấp độ được liên kết với một hành động được đề xuất (ví dụ như loại bỏ kim luồn). Điểm VIP ≥ 1 được coi là viêm tĩnh mạch [8].

2.6. Biến số nghiên cứu

Các nhóm biến số chính gồm:

- Thông tin chung về đối tượng (tuổi, giới, thể trạng, số ngày nằm viện, bệnh mạn tính kèm theo);
- Một số yếu tố liên quan (số lần đặt kim, số ngày lưu kim, trình độ của người đặt kim, số năm kinh nghiệm của người đặt kim, loại kim luồn, kích cỡ kim luồn, vị trí đặt, tình trạng cố định, tình trạng vệ sinh, thuốc, sử dụng các thiết bị kết nối ...);

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được kiểm tra và làm sạch, sau đó được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Phương pháp phân tích số liệu với thống kê mô tả: tần suất, tỷ lệ phần trăm, chỉ số trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn mô tả các biến số định lượng, mối liên quan sử dụng kiểm định Chi-Square

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ quy định về đạo đức nghiên cứu và được thông qua Hội đồng đạo đức bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội theo quyết định số 406/QĐ-BVRHMTW ngày 01 tháng 8 năm 2023.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 361)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	18-25	109	30,2
	26-60	207	57,3
	>61	45	12,5
Giới tính	Nam	207	57,3
	Nữ	154	42,7
Tiền sử bệnh mạn tính	Có	101	28,0
	Không	260	72,0
Thể trạng (BMI)	Gầy	65	18
	Bình thường	255	70,6
	Thừa cân/ béo phì	41	11,4

Bảng 3.1 cho thấy đặc điểm đối tượng nghiên cứu với độ tuổi, giới tính, tiền sử bệnh mạn tính và chỉ số BMI. Đa số đối tượng nghiên cứu dưới 60 tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (57,3%) và phần lớn không có bệnh nền (72%), thể trạng thuộc nhóm bình thường (70,6%).

Bảng 3.2. Thực trạng đặt kim luồn của người bệnh (n = 361)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Số lần đặt kim	≤3 lần	311	86,1
	>3 lần	50	13,9
Thời gian lưu kim	0-3 ngày	344	95,3
	4-7 ngày	17	4,7
Kích cỡ kim	20G	238	65,9
	>20G	123	34,1
Vị trí đặt kim	Cổ tay	166	46
	Cẳng tay	112	31
	Mu tay	73	20,2
	Nếp gấp khuỷu tay	9	2,5
	Cánh tay	1	0,3

Bảng 3.2 trình bày thực trạng đặt kim luồn của người bệnh, trong đó đa số đặt kim từ 1-3 lần (86,1%), thời gian lưu kim trong 0-3 ngày (95,3%). Kích cỡ kim phổ biến nhất là cỡ 20G (65,9%) và vị trí đặt thường gặp nhất là ở cổ tay (46%).

Bảng 3.3. Thực trạng về người đặt kim luồn

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Số năm kinh nghiệm	≤ 5 năm	137	38,0
	6-10 năm	124	34,3
	> 11 năm	100	27,7
Trình độ	Cao đẳng	293	81,2
	Đại học	68	18,8

Bảng 3.3 thể hiện về thực trạng của người đặt kim luồn, 38% số lần đặt kim là do điều dưỡng có dưới 5 năm kinh nghiệm, trình độ của điều dưỡng tham gia đặt kim có 81,2% là trình độ cao đẳng.

Bảng 3.4. Thực trạng sử dụng thuốc, dịch truyền của người bệnh đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại biên (n = 361)

Đặc điểm	Số NB (n)	Tỷ lệ (%)	
Sử dụng kháng sinh	Không	3	0,8
	Có	358	99,2
Phối hợp kháng sinh	Không phối hợp	308	86,03
	Có phối hợp	50	14,97
Truyền dịch nuôi dưỡng	Không	358	99,2
	Có	3	0,8
Truyền máu	Không	359	99,4
	Có	2	0,6

Bảng 3.4 thể hiện việc sử dụng kháng sinh là phổ biến, với 99,2%, đa số người bệnh dùng 1 loại kháng sinh, không phối hợp, chiếm 86,03%. Rất ít người bệnh được truyền dịch nuôi dưỡng (0,8%) và truyền máu (0,6%).

Bảng 3.5. Thực trạng chăm sóc tại vị trí đặt kim

Đặc điểm		Số NB (n)	Tỷ lệ (%)
Cố định kim luồn	Bong lỏng	28	7,76
	Chắc chắn	333	92,24
Tình trạng vệ sinh	Thấm dịch, máu	29	8,03
	Không thấm	332	91,97

Về thực trạng chăm sóc tại vị trí đặt kim, vẫn còn 7,76% kim luồn còn cố định bong lỏng, chưa chắc chắn và 8,03% số kim có thấm dịch, máu.

Bảng 3.6. Tỷ lệ và mức độ viêm tĩnh mạch ngoại vi (n = 361)

Đặc điểm		Số lượng (n=361)	Tỷ lệ (%)
Viêm tĩnh mạch	Không	344	95,29
	Có	17	4,71
Mức độ viêm tĩnh mạch	Độ 1	15	4,2
	Độ 2	2	0,5
	Độ 3	0	0
	Độ 4	0	0
	Độ 5	0	0

Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên ở mức 4,71%, nằm trong giới hạn khuyến cáo của Hiệp hội tiêm truyền Mỹ (INS khuyến cáo < 5%), chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1 và độ 2).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên

Bảng 3.7. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên

Yếu tố liên quan	Tình trạng viêm tĩnh mạch				OR (95%CI)	p
	Không viêm		Có viêm			
	N	%	N	%		
Kinh nghiệm làm việc*						
0-5 năm	127	36,9	119	92,2	1	
6-10 năm	121	35,2	225	97,0	2,70 (1,00-7,28)	0,049
Cố định kim luồn*						
Bong, lỏng	8	28,6	20	71,4	1	
Chắc chắn	9	2,7	324	97,3	14,4 (5,02-41,32)	0,000
Vệ sinh chân kim luồn*						
Không thấm dịch, máu	11	3,3	321	96,7	1	
Có thấm dịch, máu ngoài bằng	6	20,7	23	79,3	0,13 (0,05-0,39)	0,000

Giá trị p được tính từ test hồi quy logistic đa biến, mức ý nghĩa thống kê p < 0,05; OR: tỷ suất chênh; 95% CI: 95% độ tin cậy.

Bảng 3.7 cho thấy điều dưỡng chăm sóc có kinh nghiệm làm việc 5 năm trở xuống khi đặt kim luồn tĩnh mạch ngoại vi có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch gấp 2,7 lần so với kinh nghiệm trên 5 năm (p<0,05). Việc cố định kim luồn bong lỏng có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch gấp 14,4 lần so với cố định kim luồn chắc chắn (p<0,001). Tình trạng không thấm dịch, máu khi vệ sinh chân kim luồn có nguy cơ viêm tĩnh mạch chỉ bằng 0,13 lần việc có thấm dịch, máu ngoài bằng (p<0,001).

4. BÀN LUẬN

Kết quả khảo sát 361 người bệnh điều trị nội trú có đặt kim luồn tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội cho thấy độ tuổi trung bình là $37,99 \pm 16,41$ tuổi, với khoảng tuổi từ 18 đến 89. Nhóm 26-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chu Văn Long ($40,38 \pm 18,96$ tuổi) [1], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Lâm Thị Nhung ($54,9 \pm 17,4$ tuổi) [2] và Đặng Duy Quang ($55,57 \pm 17,77$ tuổi) [3].

Về thể trạng, phần lớn người bệnh có chỉ số BMI bình thường (70,6%), trong khi 18% thuộc nhóm gầy và 11,4% thừa cân.

Bệnh viện sử dụng ba cỡ kim luồn phổ biến: 20G, 22G và 24G, trong đó kim 20G được sử dụng nhiều nhất (65,92%). Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Lâm Thị Nhung (kim 22G chiếm 80,7%) [2] và Đặng Duy Quang (kim 22G chiếm 77,1%) [3]. Việc ưu tiên sử dụng kim 20G tại bệnh viện có thể do đặc thù của khoa Gây mê hồi sức, nơi cần kim cỡ lớn để hỗ trợ cấp cứu nhanh chóng. Tuy nhiên, điều này khác với khuyến cáo của Hiệp hội Truyền dịch Mỹ, theo đó kim luồn lớn có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch cao hơn so với cỡ nhỏ hơn [11].

Liên quan đến nhân viên thực hiện, điều dưỡng có kinh nghiệm dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (38%). Đây là thực trạng phù hợp với đặc điểm nhân sự tại bệnh viện, khi đội ngũ điều dưỡng chủ yếu là người trẻ, có thâm niên công tác chưa nhiều.

Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên trong nghiên cứu này là 4,7%, với viêm độ 1 chiếm 4,2% và độ 2 chiếm 0,5%, không ghi nhận trường hợp viêm độ 3, 4 hoặc 5. Kết quả này phù hợp với ngưỡng chấp nhận theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiêm truyền Mỹ (INS, <5%) và nghiên cứu của Adriana Moreira Noronha Simões (2021) tại Bồ Đào Nha (6,1%) [13]. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm tĩnh mạch trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trong nước. Cụ thể, nghiên cứu của Lâm Thị Nhung (2021) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội báo cáo tỷ lệ viêm tĩnh mạch là 30,4% [2], nghiên cứu của Đặng Duy Quang (2020) tại Bệnh viện Trung ương Huế ghi nhận tỷ lệ 28% [3], còn nghiên cứu của Vũ Bá Quỳnh (2021) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy tỷ lệ viêm là 16,5% [5]. Sự khác biệt này có thể do thời gian lưu kim ngắn hơn và ít sử dụng các dung dịch cao phân tử hoặc thuốc có nguy cơ kích ứng cao.

Về mức độ viêm tĩnh mạch, nghiên cứu này chỉ ghi nhận viêm độ 1 và độ 2, tương tự nghiên cứu của Chu Văn Long (2020) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức [1], nhưng khác với nghiên cứu của Đặng Duy Quang, trong đó xuất hiện cả viêm độ 3 và 4 [3].

Nghiên cứu cũng xác định một số yếu tố liên quan đáng kể đến nguy cơ viêm tĩnh mạch ngoại biên. Trước tiên, kinh nghiệm của điều dưỡng thực hiện thủ thuật có ảnh hưởng quan trọng. Điều dưỡng có kinh nghiệm dưới 5 năm có nguy cơ gây viêm tĩnh mạch cao hơn đáng kể so với nhóm có kinh nghiệm trên 5 năm (OR = 2,7; 95% CI: 1,00–7,28; p = 0,049). Điều này có thể do thao tác chưa thành thạo, khả năng nhận biết sớm dấu hiệu viêm hạn chế và việc tuân thủ quy trình chưa chặt chẽ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Simões và cộng sự (2021), nhấn mạnh vai trò của kinh nghiệm trong việc giảm nguy cơ viêm [13].

Tình trạng cố định kim luồn cũng là yếu tố quan trọng. Khi kim không được cố định chắc chắn, nguy cơ viêm tĩnh mạch tăng gấp 14,4 lần (OR = 14,4; 95% CI: 5,02–41,32; p < 0,001). Việc cố định không chắc chắn khiến kim dịch chuyển trong lòng tĩnh mạch, gây tổn thương niêm mạc và tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Chu Văn Long (2020), cho thấy cố định kim chắc chắn là yếu tố then chốt trong phòng ngừa viêm tĩnh mạch [1].

Vệ sinh chân kim cũng có ảnh hưởng lớn đến nguy cơ viêm. Khi chân kim bị thấm dịch hoặc máu ngoài băng, nguy cơ viêm tăng đáng kể so với chân kim được vệ sinh sạch sẽ, với OR = 7,69 (95% CI: 2,56–23,07; p < 0,001). Điều này có thể do sự phát triển của vi khuẩn tại vùng có dịch hoặc máu, gây kích ứng và viêm niêm mạc tĩnh mạch. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lâm Thị Nhung (2021), nhấn mạnh tầm quan trọng của thay băng định kỳ và sử dụng băng chống thấm [2].

Ngoài ra, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ viêm tĩnh mạch với thời gian lưu kim, trình độ nhân viên y tế hoặc loại thuốc/dịch truyền. Nguyên nhân có thể do thời gian lưu kim ngắn (95,3% dưới 3 ngày) và việc sử dụng hạn chế các thuốc có nguy cơ cao. Tuy nhiên, kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Simões và cộng sự (2021), trong đó một số thuốc như Amoxicillin-Potassium Clavulanate có

liên quan đến nguy cơ viêm cao hơn [13]. Điều này phản ánh sự khác biệt trong thực hành y khoa giữa các cơ sở nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm tĩnh mạch ngoại biên ở người bệnh đặt kim luồn tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội là 4,7%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tỷ lệ này nằm trong giới hạn khuyến nghị của INS nhưng thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước. Các yếu tố liên quan đáng kể đến nguy cơ viêm gồm kinh nghiệm điều dưỡng (OR = 2,7; p = 0,049), phương pháp cố định kim (OR = 14,4; p < 0,001) và vệ sinh chân kim (OR = 7,69; p < 0,001). Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị: (i) Cải thiện kỹ năng đặt và chăm sóc kim luồn, đặc biệt với điều dưỡng dưới 5 năm kinh nghiệm; (ii) Đảm bảo kim luồn không bị di lệch để giảm nguy cơ viêm; (iii) Tăng cường vệ sinh chân kim, thay băng định kỳ, giữ khu vực đặt kim khô sạch; (iv) Sử dụng thang VIP để phát hiện sớm viêm tĩnh mạch và can thiệp kịp thời; (v) Tiếp tục nghiên cứu để tối ưu hóa quy trình chăm sóc kim luồn và giảm biến chứng viêm tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long, Chu Văn (2020), Nguy cơ và yếu tố liên quan đến viêm tĩnh mạch sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận văn thạc sỹ, Đại học y Hà Nội.
2. Nhung, Lâm Thị (2021), Đánh giá tình trạng viêm tĩnh mạch và các yếu tố liên quan trên người bệnh đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sỹ, Đại học y Hà Nội.
3. Quang, Đặng Duy (2020), "Đánh giá tình trạng viêm tại chỗ trên người bệnh có đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên tại bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y học lâm sàng(63), tr. 68.
4. Thái Đức Thuận Phong, Nguyễn Văn Thà, Trần Huy Giang và cộng sự (2011), "Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa hồi sức cấp cứu, bệnh viện Tim mạch An Giang".

5. Quỳnh, Vũ Bá (2022), "Khảo sát tỷ lệ viêm tại chỗ và một số yếu tố liên quan sau đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.
6. Jackson, A. (1998), "Infection control—a battle in vein: infusion phlebitis", Nursing Times. 94(4), tr. 68, 71.
7. Dugeon, B. và các cộng sự. (2023), "Incidence, complications, and costs of peripheral venous catheter-related bacteraemia: a retrospective, single-centre study", Journal of Hospital Infection. 135, tr. 67-73.
8. Gorski, Lisa A. và các cộng sự. (2021), "Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition", Journal of Infusion Nursing. 44(1S), tr. S1-S224.
9. Lidetu Bayeh, Tadios, Yirga Birhie, Alemshet và Mesfin Alene, Elisabet (2023), "Time to Develop Phlebitis and Its Predictors Among Patients with Peripheral Intravenous Cannula at Public Hospitals of Bahir Dar City, Amhara, Ethiopia, 2022: A Prospective Observational Study", Nursing: Research and Reviews. Volume 13, tr. 51-60.
10. Lim, Sangtaeck và các cộng sự. (2019), "Increased Clinical and Economic Burden Associated With Peripheral Intravenous Catheter-Related Complications: Analysis of a US Hospital Discharge Database", INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 56, tr. 004695801987556.
11. O'Grady, Naomi P. và các cộng sự. (2011), "Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections", Clinical Infectious Diseases. 52(9), tr. e162-e193.
12. Ray-Barruel, Gillian và các cộng sự. (2014), "Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review", Journal of Evaluation in Clinical Practice. 20(2), tr. 191-202.
13. Simões, Adriana Moreira Noronha, Vendramim, Patrícia và Pedreira, Mavilde Luz Gonçalves (2022), "Risk factors for peripheral intravenous catheter-related phlebitis in adult patients", Revista da Escola de Enfermagem da USP. 56, tr. e20210398.

NĂNG LỰC QUẢN LÝ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG CÁC KHOA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

MANAGEMENT COMPETENCE OF CLINICAL DEPARTMENTS HEAD NURSES AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2024 AND ASSOCIATED FACTORS

✍ NGUYỄN PHƯƠNG LINH^{1*}, NGUYỄN THỊ BÍCH NGỌC¹, NGUYỄN THỊ THANH THỦY¹,
LÊ THỊ ANH¹, NGUYỄN THỊ HOA HUỖN²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả năng lực quản lý và xác định một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để đánh giá năng lực quản lý của 40 Điều dưỡng trưởng khoa/ đơn nguyên tại Bệnh viện Thanh Nhàn. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn và phân tích thông qua SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ Điều dưỡng trưởng có năng lực quản lý khá là 52,5%, trung bình 27,5% và tốt 20%. Tuổi có mối liên quan đến năng lực quản lý với điểm trung bình cao nhất trong nhóm 40-49 tuổi (4,19), thấp nhất ở nhóm ≥ 50 tuổi (3,18) ($p < 0,05$). Thâm niên công tác > 20 năm có điểm trung bình năng lực quản lý cao nhất (4,22), cao hơn nhóm có thâm niên 10-20 năm (3,68) và nhóm ≤ 10 năm (3,95) ($p < 0,05$). Thời gian tham gia quản lý ≥ 5 năm có năng lực lãnh đạo trung bình cao hơn so với nhóm < 5 năm ($p < 0,05$). Điều dưỡng trưởng quản lý 21-50 giường có điểm trung bình năng lực cao nhất (4,57), so với nhóm quản lý ≤ 20 giường (3,70) và nhóm > 50 giường (4,25) ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn Điều dưỡng trưởng có năng lực quản lý ở mức khá, nhưng vẫn còn một tỷ lệ đáng kể ở mức trung bình. Các yếu tố như tuổi, thâm niên công tác, thời gian tham gia quản lý và số giường bệnh quản lý đã chứng minh ảnh hưởng đến năng lực quản lý. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đào tạo và phát triển kỹ năng quản lý nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động của Điều dưỡng trưởng tại các bệnh viện.

Từ khóa: Năng lực quản lý, điều dưỡng trưởng, bệnh viện, yếu tố ảnh hưởng.

ABSTRACT

Objectives: To describe the management competencies and identify factors associated with the management competencies of head nurses in clinical departments/units at Thanh Nhan Hospital in 2024.

Methodology: A cross-sectional study design was used to assess the management competencies of 40 head nurses at Thanh Nhan Hospital. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using SPSS 20.0.

Results: The proportion of head nurses with moderate management competency was 52.5%, average competency was 27.5%, and good competency was 20%. Age was significantly associated with management competency, with the highest average score in the 40-49 age group (4.19) and the lowest in the ≥ 50 age group (3.18) ($p < 0.05$). Work experience of more than 20 years had the highest average management competency score (4.22), higher than the 10-20 years group (3.68) and the ≤ 10 years group (3.95) ($p < 0.05$). Head nurses with ≥ 5 years of management experience had a significantly higher leadership competency score than those with < 5 years ($p < 0.05$). Those managing 21-50 beds had the highest average competency score (4.57), compared to those managing ≤ 20 beds (3.70) and > 50 beds (4.25) ($p < 0.05$).

Conclusions: Most head nurses demonstrated moderate management competencies, but a significant proportion exhibited only average competency levels. Factors such as age, work experience, management experience, and the number of hospital beds managed were shown to impact management competencies. These findings emphasize the importance of training and skill development programs to enhance the effectiveness of head nurses in hospital settings.

Keywords: Management competency, head nurse, hospital, influencing factors

^{1,1*} Bệnh viện Thanh Nhàn; ² Trường Đại học VinUni
^{1*} ĐT: 093 610 0883; nguyenvphuonglinh1008@gmail.com

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025
NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 11.2.2025
NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 15.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của ngành y tế, để mang đến người bệnh những giá trị tốt nhất thì vai trò của người quản lý trong cơ sở y tế như Điều dưỡng trưởng (ĐDT) rất quan trọng và đóng góp lớn trong công tác khám chữa bệnh. Điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên là những cá nhân đứng đầu và chịu trách nhiệm cho khối Điều dưỡng viên khoa/đơn nguyên, trực thuộc sự quản lý chung của phòng Điều dưỡng tại bệnh viện hay cơ sở Y tế, có trình độ chuyên môn cao, khả năng quản lý cũng như nhận được sự công nhận từ những cá nhân cấp cao tại cơ sở hoạt động. Họ là nhân tố trung tâm trong mối tương tác giữa người bệnh, điều dưỡng viên, bác sỹ, các nhân viên khác và lãnh đạo bệnh viện. Đồng thời, họ cần biết gắn kết hoạt động của phòng ban họ với các phòng ban còn lại của đơn vị để sao cho các hoạt động diễn ra năng suất và hiệu quả [1]. Ngày nay, vai trò của người điều dưỡng trưởng khoa được xem như một trong những vai trò khó và phức tạp nhất trong hệ thống y tế [6]. Điều dưỡng trưởng có vai trò quan trọng trong hoạt động quản lý tại khoa/ đơn nguyên, là người tổ chức xây dựng các tiêu chuẩn chăm sóc và hướng dẫn thực hành cho điều dưỡng viên khoa/đơn nguyên và các đối tượng học viên [7]. Đồng thời, họ cũng là người quản lý nhân lực, vật tư thiết bị y tế, tài chính và thông tin để đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng tại bệnh viện [8]. Tại Việt Nam, điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên là một mắt xích trong chuỗi điều dưỡng quản lý của hệ thống khám – chữa bệnh bao gồm: Điều dưỡng trưởng Bộ Y tế (BYT), ĐD trưởng Sở Y tế, ĐD trưởng Bệnh viện và điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên; trong đó nhiệm vụ của họ được xem là một trong những vai trò khó và phức tạp nhất với 03 nhiệm vụ chính: Quản lý chăm sóc người bệnh; Quản lý nhân viên và quản lý khoa phòng.

Một số nghiên cứu cũng đã được thực hiện, nhưng phần lớn đang dừng ở việc đánh giá việc hoàn thành nhiệm vụ của Điều dưỡng trưởng như nghiên cứu của Lương Văn Minh và cộng sự thực hiện trên 35 ĐDT khoa của BV Nhân dân Gia Định ghi nhận có 78,26% ĐDTK được đánh giá mức độ hoàn thành nhiệm vụ quản lý ở mức độ khá và tốt và được đánh giá yếu ở công tác đào tạo và nghiên cứu khoa học [2]. Tuy nhiên nghiên cứu này đang dừng ở việc đánh giá mức độ hoàn thành các nhiệm vụ quản lý mà chưa đánh giá được năng lực quản lý ở mỗi cá nhân ĐDT khoa. Hoặc nghiên cứu của Dương Thị Thanh Huyền

năm 2019 khi đánh giá kết quả hoạt động quản lý của điều dưỡng trưởng tại các cơ sở y tế huyện Nam Định ghi nhận: phần lớn ĐDT đạt mức độ hoàn thành nhiệm vụ với tỷ lệ 73% [3]. Một số nghiên cứu có đánh giá về năng lực của ĐDT, tuy nhiên chưa có sự thống nhất về khung năng lực chung cần phải có của ĐDT khoa tại tất cả các bệnh viện. Nhằm đánh giá các năng lực quản lý cần thiết đối với điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên và mức độ áp dụng các năng lực này trong thực tế tại Bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Mô tả năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên và (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa/đơn nguyên tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập dữ liệu từ ĐDT khoa, ĐDT khối tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 03/2024 đến tháng 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm (1) Điều dưỡng viên là ĐDT khoa, ĐDT khối làm việc tại các khoa/ đơn nguyên tại Bệnh viện Thanh Nhàn (2) Đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các đối tượng nghỉ thai sản, nghỉ ốm, đi công tác, hoặc đi học trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để đánh giá năng lực của ĐDT khoa/đơn nguyên. Nghiên cứu sử dụng cỡ mẫu thuận tiện. Tổng cộng 40 ĐDT các khoa/đơn nguyên trong bệnh viện đủ tiêu chuẩn được mời tham gia trả lời bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu và bộ công cụ

Điều tra viên liên hệ với đối tượng nghiên cứu, giải thích mục đích, nội dung của nghiên cứu và mời đối tượng nghiên cứu tập trung tại phòng họp khoa để điền thông tin phát vấn. Các đối tượng nghiên cứu được sắp xếp vị trí ngồi cách xa nhau 2m để đảm bảo không trao đổi thông tin trong quá trình đánh giá. Mỗi đối tượng nghiên cứu được phát 01 phiếu phát vấn, và được hướng dẫn cách điền thông tin vào phiếu. Sau khi hoàn thành phiếu phát vấn, điều tra viên kiểm tra lại thông tin để đảm bảo đủ các thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu.

Bộ công cụ được xây dựng trên cơ sở tham khảo

bộ công cụ đánh giá năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng của các tác giả Nguyễn Văn Uy, Phạm Thị Thanh Hiền [4][5], bao gồm 2 phần:

+ Phần 1: Thông tin chung: là các yếu tố về tên, đơn vị công tác, chức vụ hiện nay, giới tính, tuổi, trình độ học vấn, thời gian công tác, thời gian tham gia quản lý, đào tạo về quản lý, luân chuyển công tác.

+ Phần 2: Thực trạng năng lực quản lý của ĐDT khoa/ đơn nguyên lâm sàng. Sử dụng thang đo likert 5 mức độ để đánh giá các năng lực (điểm từ 1 – “Rất thấp” đến 5 – “Rất cao”). Năng lực được phân loại theo mức độ Tốt ($\geq 80\%$ tổng điểm); Khá ($\geq 70 - 79\%$ tổng điểm); Trung bình ($\geq 50 - 69\%$ tổng điểm); Kém ($< 50\%$ tổng điểm)

2.4 Xử lý số liệu

Số liệu sau khi làm sạch được nhập vào phần mềm và phân tích bằng SPSS 20.0. Dữ liệu được phân tích

bằng thông kê mô tả, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định t-test, Anova, để kiểm định sự khác biệt về điểm năng lực của điều dưỡng trưởng khoa lâm sàng và các biến số độc lập. Sự khác biệt giữa các nhóm biến số được khẳng định khi $p < 0,05$.

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng phê duyệt đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Thanh Nhàn. Toàn bộ những thông tin và dữ liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu đều được bảo mật, không tiết lộ danh tính người tham gia và chỉ được dùng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	29	72,5
	Nam	11	27,5
Tuổi	< 40 tuổi	21	52,5
	40- 49 tuổi	16	40
	≥ 50 tuổi	3	7,5
Thời gian công tác	≤ 10 năm	2	5,0
	11- 20 năm	30	75
	>20 năm	8	20
Thời gian tham gia quản lý	≤ 1 năm	8	20
	2 - 3 năm	8	20
	4 - 5 năm	8	20
	6 - 10 năm	11	27,5
	≥ 11 năm	5	12,5
Quản lý số lượng ĐDV	≤ 10 ĐD	14	35
	11- 15 ĐD	12	30
	>15 ĐD	14	35
Số lượng giường bệnh quản lý	≤ 20 giường	15	37,5
	21 - 50 giường	18	45
	> 50 giường	7	17,5

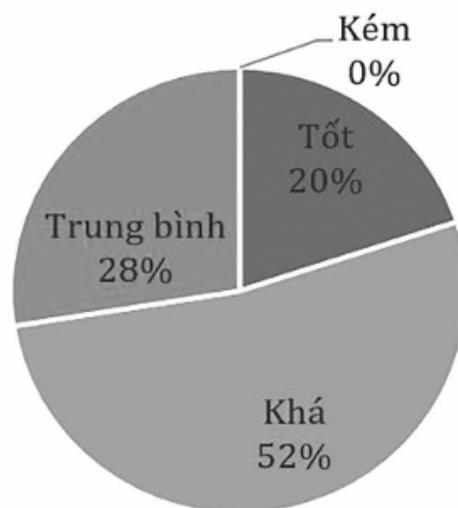
Nhận xét: Tỷ lệ ĐDT tham gia trả lời là nữ cao, chiếm 72,5%. Tỷ lệ ĐDT quản lý số lượng >15 ĐD và ≤ 10 ĐD chiếm tỷ lệ lần lượt là 35% và 35%. Người tham gia quản lý từ 21-50 giường bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 45%.

Bảng 3.2. Điểm trung bình năng lực của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Năng lực	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
1. Năng lực chuyên môn	4,10	0,60
2. Năng lực quản lý nhân sự	4,09	0,43
3. Năng lực tư duy	4,16	0,44
4. Năng lực lãnh đạo	4,13	0,42
5. Năng lực quản lý tài chính	4,03	0,43

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy về Đánh giá năng lực theo từng lĩnh vực của ĐDT khoa/ đơn nguyên trong đó các năng lực: Năng lực tư duy, Năng lực lãnh đạo có tổng điểm trung bình cao hơn các năng lực còn lại lần lượt là 4,28 và 4,25 điểm.

Biểu đồ 1. Phân loại năng lực của đối tượng nghiên cứu



Nhận xét: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy mức năng lực khá chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, tiếp theo lần lượt là năng lực trung bình và năng lực tốt chiếm lần lượt là 27,5% và 20%. Không có (0%) ĐDT/HST/KTYT khoa/ đơn nguyên đạt mức năng lực kém.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa năng lực của đối tượng nghiên cứu và đặc điểm chung

		Điểm trung bình năng lực (Độ lệch chuẩn)					
		Chuyên môn	Quản lý nhân sự	Tư duy	Lãnh đạo	Quản lý tài chính	Năng lực chung
Giới tính	Nam	4,15 (0,60)	4,16 (0,70)	4,20 (0,41)	4,19 (0,48)	4,04 (0,36)	3,48 (0,30)
	Nữ	3,98 (0,60)	3,93 (0,55)	4,01 (0,52)	3,97 (0,49)	3,98 (0,59)	3,32 (0,44)
	P	0,932	0,146	0,632	0,793	0,071	0,397
Tuổi	< 40 tuổi	4,17 (0,55)	4,11 (0,51)	4,20 (0,50)	4,13 (0,50)	4,03 (0,57)	3,45 (0,40)
	40-49 tuổi	4,19 (0,23)	3,97 (0,21)	4,07 (0,35)	4,16 (0,28)	4,02 (0,29)	3,44 (0,23)
	≥ 50 tuổi	3,18 (1,11)	3,97 (0,21)	4,24 (0,16)	4,24 (0,10)	4,00 (0,28)	3,43 (0,34)
	P	0,019	0,879	0,696	0,887	0,991	0,563
Thâm niên công tác	≤10 năm	3,95 (1,22)	4,04 (1,11)	3,92 (3,92)	3,85 (3,85)	4,00 (4,00)	3,30 (3,30)
	10-20 năm	3,68 (0,72)	3,93 (0,14)	3,98 (0,29)	4,00 (0,11)	3,92 (0,25)	3,26 (0,10)
	>20 năm	4,22 (0,49)	4,14 (0,44)	4,23 (0,46)	4,18 (0,46)	4,05 (0,44)	3,49 (0,35)
	P	0,039	0,492	0,094	0,35	0,763	0,233

Thời gian tham gia quản lý	< 5 năm	4,06 (0,73)	4,09 (0,50)	4,12 (0,51)	4,09 (0,51)	4,01 (0,51)	3,42 (0,40)
	≥ 5 năm	4,16 (0,36)	4,10 (0,33)	4,22 (0,46)	4,16 (0,51)	4,06 (0,45)	3,45 (0,40)
	P	0,029	0,020	0,264	0,008	0,933	0,216
Số lượng ĐDV quản lý	≤ 10 ĐD	3,80 (0,76)	3,93 (0,47)	4,03 (0,51)	3,93 (0,45)	3,91 (0,47)	3,27 (0,38)
	11-15 ĐD	4,21 (0,46)	4,17 (0,41)	4,20 (0,37)	4,25 (0,38)	4,02 (0,37)	3,50 (0,30)
	>15 ĐD	4,30 (0,46)	4,19 (0,40)	4,25 (0,45)	4,20 (0,39)	4,15 (0,46)	3,52 (0,32)
	P	0,078	0,240	0,431	0,111	0,371	0,118
Số giường bệnh quản lý	≤ 20 giường	3,70 (0,69)	3,88 (0,50)	3,92 (0,45)	3,93 (0,49)	3,85 (0,46)	3,22 (0,38)
	21-50 giường	4,57 (0,41)	4,42 (0,30)	4,55 (0,37)	4,53 (0,30)	4,42 (0,42)	3,76 (0,25)
	>50 giường	4,25 (0,36)	4,1 (0,30)	4,42 (0,35)	4,14 (0,29)	4,01 (0,31)	3,47 (0,23)
	P	0,001	0,017	0,005	0,006	0,012	0,001

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa năng lực chuyên môn, năng lực tư duy của ĐDT với thâm niên công tác với $p < 0,05$. Xét về thời gian tham gia quản lý, năng lực lãnh đạo của ĐDT có có thời gian quản lý ≥ 5 năm cao hơn so với nhóm có thời gian quản lý < 5 năm ($p < 0,05$). Khi xét đến yếu tố tuổi, đó tổng điểm năng lực chuyên môn trung bình của ĐDT trong nhóm tuổi 40-49 tuổi là 4,19 ($SD=0,375$) cao hơn so với nhóm < 40 tuổi và ≥ 50 tuổi lần lượt có số điểm trung bình là 4,17 và 3,18 điểm ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, tổng điểm năng lực chung trung bình của ĐDT nhóm quản lý 21-50 giường cao hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra tổng điểm năng lực chung trung bình của ĐDT nhóm quản lý 21-50 giường cao hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về thực trạng năng lực của ĐDT khoa/đơn nguyên cho thấy mức năng lực khá chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, tiếp theo lần lượt là năng lực trung bình và năng lực tốt chiếm lần lượt

là 27,5% và 20%. Không có ĐDT khoa/đơn nguyên đạt mức năng lực kém (0%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tác giả Phan Thị Thanh Hiền nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2021 đa số điều dưỡng trưởng khoa của các Bệnh viện tỉnh Thái Bình có năng lực tốt (78,2% có năng lực đạt mức cao và rất cao) [4]. Trong nghiên cứu này, một số yếu tố bao gồm tuổi, thâm niên công tác và thời gian quản lý, một số yếu tố liên quan về bệnh viện như là số giường tại khoa quản lý có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ với năng lực quản lý của ĐDT, chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới, và số điều dưỡng quản lý.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng điểm năng lực chung trung bình của nam cao hơn so với nữ ($p < 0,05$). Kết quả này lại khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Uy năm 2020, kết quả cho thấy các ĐDT có giới tính là nữ có mức kỹ năng tổng thể tốt hơn của nam giới (3,976 so với 3,446) [5]. Điều này gợi ý rằng đây là nghề nghiệp phù hợp với nữ giới, mặc dù phải thực hiện các nhiệm vụ quản lý, song vẫn rất cần thiết phải cẩn thận, chu đáo. Có thể giải thích điều này là do sự phân bố không đều giữa hai giới nam và nữ. Khi xét đến yếu tố tuổi trong nghiên cứu

của chúng tôi, ĐDT trong nhóm tuổi từ 40 - 49 có năng lực cao nhất, điều này có thể giải thích do trong nhóm tuổi này tương đối hoàn thiện bằng cấp quản lý, chuyên môn. Kết quả nghiên cứu này không tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Uy (2020): năng lực của các ĐDT có tuổi trên 50 là cao hơn độ tuổi dưới 50 ($p > 0,05$) [5]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Uy (2020) cho rằng: độ tuổi có năng lực tốt nhất là 40 - 49 tuổi, trong đó kỹ năng của các ĐDT có tuổi trên 50 cao hơn kỹ năng của các ĐDT có tuổi dưới 50. Điều này là hoàn toàn phù hợp vì người điều dưỡng trưởng thường trải qua một vài năm là điều dưỡng viên làm công tác chăm sóc trực tiếp NB. Như vậy, ĐDT đã có xu hướng trẻ hóa, qua đó thấy được sự quan tâm của các cơ quan quản lý đối với đội ngũ cán bộ trẻ. Thực tế thì những ĐDT trẻ tuổi cũng có một lợi thế đó là sự nhanh nhẹn, nhạy bén, sức khỏe và khả năng học hỏi, công nghệ thông tin tốt, khả năng chịu áp lực...

Xét về thâm niên công tác, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐDT có thâm niên từ >20 năm có năng lực chuyên môn và tư duy cao hơn hẳn so với nhóm có thâm niên ≤ 10 năm và nhóm có thâm niên 10 - 20 năm. Có thể giải thích điều này là về thâm niên công tác thâm niên càng dài thì kỹ năng quản lý càng tăng. Đối với các ĐDT có thâm niên công tác trong ngành điều dưỡng càng dài, càng có kỹ năng quản lý cao, có lẽ bởi họ có nhiều hơn thời gian tiếp xúc và điều chỉnh một cách phù hợp hơn với điều kiện làm việc tại cơ quan hiện tại, đồng thời, kiến thức và kinh nghiệm chuyên môn cũng tăng. Bên cạnh đó, điểm trung bình năng lực chuyên môn và năng lực quản lý nhân sự và năng lực lãnh đạo của ĐDT có có thời gian quản lý ≥ 5 năm trong nghiên cứu này cũng cao hơn so với nhóm có thời gian quản lý < 5 năm. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng điểm năng lực chung trung bình của ĐDT nhóm quản lý 21-50 giường cao hơn so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cho thấy có mối liên quan có nghĩa thống kê số giường bệnh tại khoa quản lý và năng lực của ĐDT.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn điều dưỡng trưởng có năng lực quản lý ở mức khá, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ đáng kể ở mức trung bình. Các yếu tố

như tuổi, thâm niên công tác, thời gian tham gia quản lý và số giường bệnh quản lý có ảnh hưởng đáng kể đến năng lực chuyên môn, quản lý nhân sự, lãnh đạo và tư duy của điều dưỡng trưởng. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đào tạo chuyên sâu và nâng cao kỹ năng quản lý nhằm tối ưu hóa hiệu suất công việc của Điều dưỡng trưởng trong bệnh viện.. Do vậy cần: (i) triển khai các chương trình đào tạo chuyên sâu về quản lý nhân sự, tài chính và lãnh đạo nhằm nâng cao năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng; (ii) Xây dựng hệ thống đánh giá năng lực và hỗ trợ phát triển chuyên môn lâu dài cho Điều dưỡng trưởng, từ đó nâng cao chất lượng quản lý điều dưỡng trong bệnh viện; (iii) Khuyến khích Điều dưỡng trưởng tham gia nghiên cứu khoa học, áp dụng các mô hình quản lý tiên tiến nhằm tối ưu hóa hiệu quả công tác điều dưỡng trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Trang (2021). Đánh giá về năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện Quân y 87 năm 2021.
2. Lương Văn Minh và cộng sự (2013). Khảo sát năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại Bệnh viện nhân dân Gia Định. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh, 17(4), 235-240.
3. Dương Thị Thanh Huyền (2019). Đánh giá kết quả hoạt động quản lý của Điều dưỡng trưởng tại các cơ sở y tế tuyến huyện tỉnh Nam Định năm 2019. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
4. Phạm Thị Thanh Hiền (2022). Nghiên cứu năng lực quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa tại các bệnh viện tỉnh Thái Bình năm 2021. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. Nguyễn Văn Uy (2020). Nâng cao năng lực quản lý của điều dưỡng trưởng khoa tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tiến sĩ, Trường Đại học Kinh tế quốc dân.
6. Thrall T.H (2006). Nurturing your nurse managers. Hosp Health Netw, 80(4),71-74.
7. E. Baxter (1993). Head nurses' perceptions of their roles. Canadian journal of nursing administration, 6(3), 7-16.
8. Pamela DeCampli, Karen K Kirby, Claire Baldwin (2010). Beyond the classroom to coaching: Preparing new nurse managers. Critical care nursing quarterly, 33(2),132-7.

SỰ HÀI LÒNG VỀ MÔI TRƯỜNG HỌC TẬP LÂM SÀNG BẰNG BỘ CÂU HỎI CLES+T CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HUẾ NĂM 2024

SATISFACTION ABOUT CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT USING THE CLES+T
QUESTIONNAIRE OF HUE MEDICAL COLLEGE NURSING STUDENTS 2024

✍ PHAN THỊ NGUYỄN HẰNG^{1*}, BÙI NGUYỄN CẨM HÀ¹,
NGUYỄN THỊ HẰNG¹, NGUYỄN THỊ CẨM TUYẾN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 tại Trường Cao đẳng Y tế Huế đối với môi trường học tập lâm sàng thông qua bộ câu hỏi CLES+T, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến sự hài lòng này.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 165 sinh viên điều dưỡng năm thứ 3. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi CLES+T và phân tích thông qua mô hình hồi quy đa biến.

Kết quả: Điểm trung bình hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên theo bộ câu hỏi CLES+T đạt $4,27 \pm 0,49$. Yếu tố số buổi hướng dẫn lâm sàng có liên quan đáng kể đến mức độ hài lòng của sinh viên. Trong các khía cạnh khảo sát, vai trò của giảng viên điều dưỡng có điểm hài lòng cao nhất ($M = 4,40 \pm 0,51$), trong khi phong cách quản lý của điều dưỡng trưởng khoa có điểm thấp nhất ($M = 4,10 \pm 0,68$).

Kết luận: Sinh viên điều dưỡng năm 3 tại Trường Cao đẳng Y tế Huế có mức độ hài lòng cao đối với môi trường học tập lâm sàng. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của giảng viên điều dưỡng và sự hướng dẫn lâm sàng trong việc nâng cao chất lượng học tập thực hành.

Từ khóa: Môi trường học tập lâm sàng, sinh viên điều dưỡng, CLES+T, trường Cao đẳng Y tế Huế

ABSTRACT

Objective: To describe the satisfaction level of third-year nursing students at Hue Medical College regarding the clinical learning environment using the CLES+T questionnaire and to analyze factors associated with their satisfaction.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 165 third-year nursing students. Data were collected using the CLES+T questionnaire and analyzed using a multivariate regression model.

Results: The average satisfaction score for the clinical learning environment, based on the CLES+T questionnaire, was 4.27 ± 0.49 . The number of clinical instruction sessions was significantly associated with students' satisfaction levels. Among the surveyed aspects, the role of nursing lecturers received the highest satisfaction score ($M = 4.40 \pm 0.51$), while the management style of the head nurse had the lowest score ($M = 4.10 \pm 0.68$).

Conclusion: Third-year nursing students at Hue Medical College reported a high level of satisfaction with their clinical learning environment. The study highlights the crucial role of nursing lecturers and clinical instruction in enhancing the quality of practical learning.

Keywords: Clinical learning environment, nursing students, CLES+T, Hue Medical College.

^{1,1*}Trường Cao đẳng Y tế Huế,
^{1*}ĐT: 0905887119 - Email: ptnhang@cdythue.edu.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025
NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 11.2.2025
NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 15.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực tập lâm sàng tại các bệnh viện và cơ sở y tế là một phần thiết yếu, đóng vai trò quan trọng trong chương trình đào tạo sinh viên điều dưỡng [8][13]. Thông qua quá trình thực tập tại nhiều cơ sở lâm sàng khác nhau, sinh viên có cơ hội vận dụng kiến thức lý thuyết vào thực tiễn, từ đó nâng cao kỹ năng chuyên môn. Điều này giúp họ đưa ra các quyết định chính xác và hiệu quả trong chăm sóc người bệnh sau khi tốt nghiệp.

Tại tỉnh Thừa Thiên Huế, có nhiều bệnh viện và trung tâm y tế là cơ sở thực tập của sinh viên điều dưỡng, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình đào tạo lâm sàng. Môi trường thực tập này đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành năng lực tay nghề của sinh viên. Tuy nhiên, chất lượng thực tập lâm sàng chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm tâm lý lo lắng khi lần đầu tiếp xúc với môi trường lâm sàng, kinh nghiệm của giảng viên hướng dẫn, mức độ hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện, cũng như sự tận tâm chỉ dẫn của đội ngũ điều dưỡng tại khoa thực tập.

Trường Cao đẳng Y tế Huế là cơ sở đào tạo nhân lực y tế cho tỉnh Thừa Thiên Huế và các tỉnh miền Trung, Tây Nguyên. Hàng năm, trường tuyển sinh khoảng 500 sinh viên trình độ cao đẳng, trong đó có khoảng 150 sinh viên ngành Điều dưỡng. Sinh viên được thực tập tại nhiều môi trường lâm sàng khác nhau, dưới sự hướng dẫn của giảng viên lâm sàng, điều dưỡng và bác sĩ.

Nhằm đánh giá mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng đối với môi trường học tập lâm sàng, cũng như xác định các yếu tố có liên quan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Khảo sát sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Huế về môi trường học tập lâm sàng bằng bộ câu hỏi CLES+T". Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả mức độ hài lòng của sinh viên đối với môi trường học tập lâm sàng thông qua bộ câu hỏi CLES+T và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 165 sinh viên Điều dưỡng năm 3 năm học 2023 - 2024 của Trường Cao đẳng Y tế Huế.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên điều dưỡng

năm thứ 3 của trường Cao đẳng Y tế Huế đã hoàn thành ít nhất một đợt thực tập lâm sàng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Sinh viên vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu và sinh viên vắng trên 10% số tiết thực hành lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Công cụ nghiên cứu

Khảo sát sự hài lòng của sinh viên Điều dưỡng về môi trường học tập trên lâm sàng bằng sử dụng bộ câu hỏi về thang đo sự hài lòng đối với môi trường học tập trên lâm sàng CLES+T của Saarikoski và cộng sự năm 2008 [28].

Thang đo CLES+T bao gồm 34 câu, thuộc 5 khía cạnh bao gồm:

- 1) Môi trường học tập ở khoa phòng gồm 9 câu.
- 2) Phong cách quản lý của Điều dưỡng trưởng khoa gồm 4 câu.
- 3) Nền tảng chăm sóc điều dưỡng tại khoa gồm 4 câu.
- 4) Mối quan hệ giảng viên hướng dẫn hoặc điều dưỡng gồm 8 câu.
- 5) Vai trò của giảng viên điều dưỡng gồm 9 câu.

2.3. Phương pháp đánh giá mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường học tập lâm sàng

2.3.1. Phương pháp đánh giá mức độ hài lòng

Mức độ hài lòng về môi trường lâm sàng của sinh viên điều dưỡng được đánh giá bằng thang đo CLES+T, gồm hai giá trị hài lòng và không hài lòng.

Giá trị	Đánh giá hài lòng
< 4 điểm	Không hài lòng
≥ 4 điểm	Hài lòng

Mức hài lòng hoặc không hài lòng ứng với số điểm nhận được từ những câu hỏi tương ứng ở các nội dung khảo sát.

2.3.2. Đánh giá mức độ hài lòng theo các khía cạnh thang đo

• Mức độ hài lòng về môi trường học tập tại khoa phòng: Bao gồm 09 nội dung nghiên cứu, với tổng điểm tối đa là 45 và tối thiểu là 9. Cách phân loại mức độ hài lòng được xác định như sau:

- o Hài lòng: Tổng số điểm đạt được ≥ 36 điểm.
- o Không hài lòng: Tổng số điểm đạt được < 36 điểm.

• Mức độ hài lòng về phong cách quản lý của điều

dưỡng trường khoa: Gồm 04 nội dung nghiên cứu, với tổng điểm tối đa là 20 và tối thiểu là 4. Cách phân loại như sau:

- o Hải lòng: Tổng số điểm đạt được ≥ 16 điểm.
- o Không hải lòng: Tổng số điểm đạt được < 16 điểm.

• Mức độ hải lòng về nền tảng chăm sóc điều dưỡng tại khoa phòng: Gồm 04 nội dung nghiên cứu, với tổng điểm tối đa là 20 và tối thiểu là 4. Cách phân loại như sau:

- o Hải lòng: Tổng số điểm đạt được ≥ 16 điểm.
- o Không hải lòng: Tổng số điểm đạt được < 16 điểm.

• Mức độ hải lòng về mối quan hệ giữa giảng viên hướng dẫn và điều dưỡng: Gồm 08 nội dung nghiên cứu, với tổng điểm tối đa là 40 và tối thiểu là 8. Cách phân loại như sau:

- o Hải lòng: Tổng số điểm đạt được ≥ 32 điểm.
- o Không hải lòng: Tổng số điểm đạt được < 32 điểm.

• Mức độ hải lòng về vai trò của giảng viên điều dưỡng: Bao gồm 09 nội dung nghiên cứu, với tổng điểm tối đa là 45 và tối thiểu là 9. Cách phân loại như sau:

- o Hải lòng: Tổng số điểm đạt được ≥ 36 điểm.
- o Không hải lòng: Tổng số điểm đạt được < 36 điểm.

2.3.3. Đánh giá mức hải lòng chung

Mức độ hải lòng chung của mỗi đối tượng nghiên cứu được xác định dựa trên kết quả đánh giá của họ đối với từng câu hỏi. Điểm trung bình được tính theo từng mục hoặc tổng điểm, sau đó đối chiếu với ngưỡng phân loại để xác định mức độ hải lòng hay không hải lòng.

Cách tính này được áp dụng tương tự cho toàn bộ nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, có 34 nội dung đánh giá về mức độ hải lòng. Tổng điểm tối đa mà mỗi đối tượng có thể đạt được là $34 \times 5 = 170$ điểm, trong khi tổng điểm tối thiểu là $34 \times 1 = 34$ điểm. Cách phân loại mức độ hải lòng được xác định như sau:

- Hải lòng: Khi tổng số điểm đạt được ≥ 136 điểm.
- Không hải lòng: Khi tổng số điểm đạt được < 136 điểm.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý theo phần mềm thống kê cơ bản Microsoft Excel 2010 và SPSS 20.0. Nghiên cứu sử dụng mức ý nghĩa $p=0.05$ và khoảng tin cậy 95%. Kết quả mô tả bằng tần số, tỷ lệ, kiểm định trung bình bằng T-test, test Anova. Phân tích hồi qui đa biến tuyến tính các yếu tố liên quan đến sự hải lòng của sinh viên điều dưỡng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 165)

Nội dung		n	%
Tuổi	≤ 21	38	23
	> 21	127	77
	Trung bình	21,24 \pm 0,83 Thấp nhất: 20 tuổi Cao nhất: 28 tuổi	
Giới	Nam	28	17,0
	Nữ	137	83,0
Nơi ở hiện tại	Thành thị	76	46,1
	Nông thôn	89	53,9
Bệnh viện tham gia lâm sàng gần nhất	Bệnh viện Trung ương Huế	107	64,8
	TTYT TP Huế	22	13,3
	TTYT huyện Hương Thủy	17	10,3
	TTYT huyện Quảng Điền	19	11,5
Khoa lâm sàng tham gia thực hành gần nhất	Khoa Nội	49	29,7
	Khoa Ngoại	46	27,9
	Khoa Nhi	44	26,7
	Khoa Bệnh Nhiệt đới	11	6,7
	Khoa Khác	15	9,1
Tổng cộng		165	100

Trong nghiên cứu này, độ tuổi sinh viên tham gia nghiên cứu từ 20 đến 28 tuổi, phần lớn sinh viên điều dưỡng là nữ chiếm 83%, các khoa đã thực tập gần tương đương nhau, cơ sở thực tập gần nhất là Bệnh viện Trung ương Huế (64,8%), chủ yếu sinh viên sống tại nông thôn (53,9%).

3.2. Sự hải lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường học tập lâm sàng

Bảng 3.2. Sự hài lòng chung của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng

NỘI DUNG	Hài lòng		Không hài lòng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Môi trường học tập ở khoa phòng	116	70,3	49	29,7
Phong cách quản lý của điều dưỡng trưởng khoa	118	71,5	47	28,5
Nền tảng chăm sóc điều dưỡng	127	77,0	38	23,0
Mối quan hệ giảng viên hướng dẫn hoặc điều dưỡng	138	83,6	27	16,4
Vai trò của giảng viên điều dưỡng	145	87,9	20	12,1

Sự hài lòng về vai trò của giảng viên điều dưỡng cao nhất với 87,9%, thấp nhất là môi trường học tập ở khoa phòng với 70,3%.

Bảng 3.3. Sự hài lòng của SV với các khía cạnh về môi trường học tập lâm sàng

Nội dung	Mean	SD	p
Môi trường học tập ở khoa phòng			
Hài lòng	1,92	0,27	p=0,000
Không hài lòng	1,31	0,47	
Phong cách quản lý của điều dưỡng trưởng khoa			
Hài lòng	1,90	0,48	p=0,000
Không hài lòng	1,34	0,30	
Nền tảng chăm sóc điều dưỡng			
Hài lòng	1,83	0,38	p=0,000
Không hài lòng	1,45	0,50	
Mối quan hệ giảng viên hướng dẫn hoặc điều dưỡng			
Hài lòng	1,85	0,40	p=0,000
Không hài lòng	1,19	0,36	
Vai trò của giảng viên điều dưỡng			
Hài lòng	1,83	0,37	p=0,000
Không hài lòng	1,05	0,22	

Có sự giảm rõ rệt chỉ số hài lòng trong mỗi khía cạnh của thang đo CLES+T. Sự chênh lệch lớn nhất với 0,78 điểm được tìm thấy ở khía cạnh vai trò của giảng viên điều dưỡng và nhỏ nhất ở lo nền tảng chăm sóc điều dưỡng (0,38 điểm). Các sự khác biệt nêu trên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Sự hài lòng của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng với mối quan hệ hướng dẫn (n=165)

Nội dung		Mean	SD	p
Người hướng dẫn tại lâm sàng là:	Giảng viên điều dưỡng	1,74	0,44	p=0,816
	Điều dưỡng trưởng khoa	2,00	0,00	
	Điều dưỡng có kinh nghiệm	1,70	0,47	
	Bác sĩ khoa lâm sàng	1,67	0,58	
Sự hướng dẫn tại lâm sàng:	Tôi không có người hướng dẫn nào cả	1,00		p=0,446
	Người hướng dẫn thường vắng mặt, ít chỉ dẫn sinh viên thực hành	1,67	0,58	
	Người hướng dẫn theo ca trực	1,82	0,39	
	Người hướng dẫn dạy riêng cho từng em sinh viên (hướng dẫn cá nhân)	1,71	0,46	
	Người hướng dẫn dạy sinh viên theo nhóm	1,75	0,44	
Cá nhân sinh viên nhận được sự hướng dẫn:	1-2 lần trong đợt thực tập	1,88	0,32	p=0,033
	1 lần/tuần	1,71	0,49	
	Nhiều hơn 1 lần/tuần	1,67	0,47	
	Không có	1,50	0,71	

Sinh viên được hướng dẫn 1-2 lần trong đợt thực tập cao hơn 1 lần/tuần hay nhiều hơn 1 lần/tuần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,033.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Huế

Trong nghiên cứu số sinh viên nữ chiếm tỷ lệ cao hơn sinh viên nam (83,0% vs 17,0%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác. Như trong nghiên cứu của Đỗ Thị Vui (2016) [2] tỷ lệ sinh viên nữ chiếm 78,9%, nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi (2020) [5] tỷ lệ nữ chiếm 93,9%, nghiên cứu của Tomietto (2012) [13] tỷ lệ nữ là 74,8%, nghiên cứu của Jalina Karim và cộng sự (2020) [14] tỷ lệ nữ là 87,1%. Đây cũng là đặc điểm chung và khuynh hướng của Việt Nam và thế giới. Hầu hết sinh viên học ngành điều dưỡng đều là nữ, do đó nam giới sẽ ít học ngành này. Độ tuổi của sinh viên điều dưỡng trong nghiên cứu từ 20 đến 28 tuổi, trung bình $21,24 \pm 0,83$ tuổi. Độ tuổi trung bình này tương đồng trong nghiên cứu của Giang Trần Trí Nghĩa (2019) [4] là $21,09 \pm 0,94$ tuổi, tuổi của sinh viên điều dưỡng trong nhóm nghiên cứu từ 20 đến 25 tuổi, nghiên cứu của Evridiki Papastavrou và cộng sự (2016) [8] là 21,08 tuổi, tuổi trong nhóm nghiên cứu là 18 - 34 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Quốc Dũng (2016) là $20,8 \pm 0,99$

tuổi nhưng thấp hơn nghiên cứu của Tomietto (2012) [13] là $24 \pm 5,77$ tuổi. Như vậy đa số sinh viên tham gia học ngay sau khi tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc sau khi tham khảo ngành học phù hợp.

Về loại bệnh viện thực tập, 64,8% sinh viên điều dưỡng thực tập tại bệnh viện Trung ương Huế, còn lại thực tập tại các trung tâm y tế tuyến thành phố và huyện. Sinh viên điều dưỡng thực tập tại Bệnh viện Trung ương Huế là một bệnh viện đa khoa tuyến cao nhất sẽ có cơ hội tiếp xúc nhiều hơn với nhiều bệnh nhân và mặt bệnh khác nhau, nhiều trang thiết bị tiên tiến và cơ hội thực hiện nhiều kỹ thuật điều dưỡng. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Vui (2016) [2] cũng có kết quả tỷ lệ sinh viên điều dưỡng thực tập tại bệnh viện cao hơn trung tâm y tế ($94,4\% > 5,6$), nghiên cứu của Lê Quốc Dũng (2016) [6] với 66% sinh viên điều dưỡng thực tập tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp.

Hiện nay các trường đào tạo nhân lực y tế tại Việt Nam đặc biệt là các trường Cao đẳng y tế thực hiện theo nghị định 111/2017 của Chính phủ [1], Nghị định chỉ ra vai trò của giảng viên lâm sàng trong đó nâng cao vai trò hướng dẫn lâm sàng của nhân viên tại cơ sở thực tập (bác sĩ, điều dưỡng...), nếu thực hiện được điều này sẽ thay đổi việc hướng dẫn có thể từ hướng dẫn nhóm sang hướng dẫn cá nhân. Điều này là phù hợp với các nước ở Châu Âu trong quá trình hội nhập quốc tế về đào tạo nhân lực y tế.

4.2. Sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng theo thang đo CLES+T

Kết quả khảo sát 165 sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Huế về môi trường học tập lâm sàng với thang đo CLES+T cho thấy điểm trung bình hài lòng cao $M = 4,27 \pm 0,49$. Nhận thấy sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng là cảm nhận chủ quan của mỗi cá nhân sinh viên và môi trường học tập lâm sàng, do vậy mỗi sinh viên điều dưỡng sẽ có cảm nhận sự hài lòng khác nhau. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Papastavrou, E và cộng sự (2016) [12] với điểm trung bình là 4,1. Điểm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn điểm trung bình về sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng năm cuối trường Cao đẳng Y - Dược Asean của tác giả Đỗ Thị Vui và cộng sự (2016) [2] là $3,24 \pm 0,29$, nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi (2020) [5] là $3,85 \pm 0,42$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khía cạnh vai trò của giảng viên điều dưỡng có điểm trung bình hài lòng cao nhất trong 5 khía cạnh của thang đo CLES+T ($4,40 \pm 0,51$). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Giang Nhân Trí Nghĩa (2019) [4] thì khía cạnh mối quan hệ hướng dẫn có điểm hài lòng cao nhất trong 5 khía cạnh của thang đo CLES+T ($4,23 \pm 0,57$). Nghiên cứu của Hồ Thị Lan Vi (2020) [5] cũng có kết quả là sinh viên điều dưỡng hài lòng nhất về mối quan hệ với giảng viên hướng dẫn ($4,08 \pm 0,52$).

Nghiên cứu của Giang Nhân Trí Nghĩa (2019) [4] có kết quả tương đồng với kết quả của chúng tôi là điểm hài lòng của sinh viên điều dưỡng thấp nhất ở phong cách lãnh đạo của điều dưỡng trưởng khoa. Điều này cũng cho thấy sự tiếp xúc của điều dưỡng trưởng khoa với sinh viên không nhiều do sự bận rộn trong công việc quản lý, không đủ thời gian hướng dẫn giảng dạy cho sinh viên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả sinh viên điều dưỡng hài lòng nhất ở nội dung phiếu điều dưỡng được ghi rõ ràng ($4,33 \pm 0,67$) và cho rằng điều dưỡng viên ít sai sót khi chăm sóc người bệnh và người bệnh được chăm sóc tốt. Kết quả này tương đồng với kết quả của Hồ Thị Lan Vi (2020) [5] nhưng khác với nghiên cứu của Giang Nhân Trí Nghĩa (2019) [4]. Sự khác biệt này có thể do năng lực chuyên môn tại mỗi cơ sở lâm sàng cũng như mô hình quản lý.

Theo nghiên cứu sinh viên điều dưỡng rất hài lòng về vai trò của giảng viên hướng dẫn, người giảng viên đã khẳng định vai trò của người giảng viên lâm sàng là không thể thiếu và là một trong những yếu tố góp phần tạo nên chất lượng môi trường thực hành

lâm sàng [9]. Sinh viên hài lòng nhất ở nội dung giảng viên giúp sinh viên đạt chỉ tiêu thực hành, giúp giảm lỗi hổng kiến thức và giảng viên hòa đồng với nhân viên trong khoa với điểm trung bình là 4,54. Chính điều này làm cho sinh viên cảm thấy sinh viên được hỗ trợ và trang bị kiến thức tốt nhất cho nghề nghiệp trong tương lai.

4.3. Các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của sinh viên. Một số khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm của đối tượng nghiên cứu như: tuổi, khoa phòng thực tập, sự hướng dẫn lâm sàng... nghiên cứu này được thực hiện tại thời điểm duy nhất đối với mỗi cá nhân sinh viên điều dưỡng. Đánh giá sự hài lòng và không hài lòng của sinh viên theo các khía cạnh của thang đo CLES+T nghiên cứu trên 165 sinh viên điều dưỡng cho thấy sinh viên hài lòng nhất ở khía cạnh vai trò của giảng viên điều dưỡng chiếm 87,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra tỷ lệ sinh viên hài lòng chung về môi trường lâm sàng là 73,9% và không hài lòng với tỷ lệ 26,1%. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Ayana Benti Terefe và cộng sự (2022) [7]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu và thời điểm nghiên cứu là khác nhau.

Nghiên cứu này xem xét về mối liên quan giữa sự hài lòng chung với các khía cạnh của của thang đo CLES+T cho thấy sinh viên điều dưỡng hài lòng cao nhất ở khía cạnh môi trường học tập lâm sàng và hài lòng thấp nhất ở khía cạnh nền tảng chăm sóc điều dưỡng. Các khía cạnh này có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng và các khía cạnh của thang đo CLES+T bên cạnh đó khi phân tích các yếu tố liên quan đến sự hài lòng của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Huế chúng tôi tìm ra yếu tố số buổi hướng dẫn lâm sàng cá nhân sinh viên nhận được trong đặc điểm về mối quan hệ hướng dẫn liên quan đến đến sự hài lòng của sinh viên.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã đánh giá mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng năm thứ 3 tại Trường Cao đẳng Y tế Huế đối với môi trường học tập lâm sàng

thông qua bộ câu hỏi CLES+T. Kết quả cho thấy sinh viên có mức độ hài lòng tương đối cao với môi trường thực tập lâm sàng, với điểm trung bình hài lòng đạt $4,27 \pm 0,49$.

Trong các khía cạnh đánh giá, vai trò của giảng viên điều dưỡng có điểm hài lòng cao nhất ($M = 4,40 \pm 0,51$), cho thấy giảng viên đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ và hướng dẫn sinh viên thực hành. Ngược lại, phong cách quản lý của điều dưỡng trưởng khoa có mức độ hài lòng thấp nhất ($M = 4,10 \pm 0,68$), cho thấy sự cần thiết của việc cải thiện quản lý và hỗ trợ sinh viên tại các khoa thực tập.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng xác định rằng số buổi hướng dẫn lâm sàng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến sự hài lòng của sinh viên. Điều này nhấn mạnh vai trò của sự hướng dẫn liên tục trong quá trình đào tạo thực hành lâm sàng.

Từ kết quả nghiên cứu, một số khuyến nghị được đề xuất nhằm nâng cao chất lượng môi trường học tập lâm sàng cho sinh viên điều dưỡng: (i) Tăng cường vai trò của giảng viên điều dưỡng trong thực hành lâm sàng; (ii) Cải thiện phong cách quản lý của điều dưỡng trưởng khoa; Tăng cường số buổi hướng dẫn lâm sàng; (iii) Cải thiện cơ sở vật chất và điều kiện thực tập; (iv) Thực hiện các nghiên cứu sâu hơn về ảnh hưởng của từng yếu tố cụ thể đến sự hài lòng của sinh viên nhằm để xuất các biện pháp cải thiện hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính phủ (2017). Nghị định số 111/2017/NĐ-CP của Chính phủ: Quy định về tổ chức đào tạo thực hành trong đào tạo khối ngành sức khỏe.
2. Đỗ Thị Vui, Trần Minh Hậu (2021). Sự hài lòng về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên điều dưỡng năm cuối trường Cao đẳng Y - Dược ASEAN năm 2021 và các yếu tố liên quan. Tạp chí Điều dưỡng 29/2/2022, 34-38.
3. Đỗ Thị Như Ý (2013). Đánh giá sự hài lòng của sinh viên Y khoa về môi trường thực hành lâm sàng. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. Giang Nhân Trí Nghĩa, Giang Thị Mỹ Kiều, Vũ Long (2019). Nhận thức của sinh viên điều dưỡng về môi trường học lâm sàng. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản số 23, số 5, 2019, trang 113-119.
5. Hồ Thị Lan Vi, Dương Thị Ngọc Bích, Phạm Thị Thảo (2020), Khảo sát sự hài lòng về môi trường học

tập lâm sàng của sinh viên khoa Điều dưỡng trường Đại học Duy Tân. Tạp chí Khoa học và Công Nghệ đại học Duy Tân, 04(41) (2020) 128-136.

6. Lê Quốc Dũng (2016). Mức độ hài lòng của sinh viên điều dưỡng về môi trường thực hành lâm sàng. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

7. Carlson, S., Kotze, W. J., Van Rooyen, D. (2005). Experiences of final year nursing students in their preparedness to become registered nurses. *Curationis*, 28, (4), 65-37.

8. Fakhr-Movahedi, A., Sadeghi, S., Yousefpour, M. (2015). Assessment of the Effect of Lecturers' Behavior on Clinical Learning from the Viewpoints of Nursing Students. *Strides in Development of Medical Education*, 11, (4), 523-533.

9. Fatma Dursun Ergezen, ArzuAkcan, EmineKol (2019). Nursing students' expectations, satisfaction, and perceptions regarding clinical learning environment: A cross-sectional, profile study from Turkey. *Nurse Education in Practice*, Volume 61, May 2022, 103333.

10. Khadija Guejedad, Alilkrou, CamillaStrandell-Laine, RedouaneAbouqal, JihaneBelayachi (2002). Clinical learning environment, supervision and nurse teacher (CLES+T) scale: Translation and validation of the Arabic version. *Nurse Education in Practice*, Volume 63, August 2022, 103374.

11. Nepal B, Taketomi K, Ito Y M, Kohanawa M, et al (2016). Nepalese undergraduate nursing students' perceptions of the clinical learning environment, supervision and nurse teachers: A questionnaire survey. *Nurse education today*, 39, pp. 181-188.

12. Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. (2016). Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC nursing*, 15(1), 44.

13. Tomietto, M., Saiani, L., Palese, A., Cunico, L., Cicolini, G., Watson, P., Saarikoski, M. (2012). Clinical Learning Environment and Supervision plus nurse Teacher (CLES+ T) scale: testing the psychometric characteristics of the Italian version. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 34, (2), B72-B8.

14. Jalina Karim, Amirun Hani Farhan Abdul Majid, Nurul Fazira Mohd Rashdan, Mohd Nasri Awang Besar, Mohamad Nurman Yaman (2020). Nursing Students' Satisfaction towards Clinical Learning Environment (CLE) in Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre. Original article, Volume 12, Issue 4/2020.

CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ ĐÀO TẠO NGUỒN NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC CHẤT LƯỢNG ĐÁP ỨNG NHU CẦU THỊ TRƯỜNG NHẬT BẢN VÀ CÁC NƯỚC KHÁC TRONG TÌNH HÌNH HIỆN NAY

SOLUTIONS FOR TRAINING HIGH - QUALITY NURSING WORKFORCE TO MEET THE MARKET DEMAND IN JAPAN AND OTHER COUNTRIES IN THE CURRENT CONTEXT

✍ ĐẶNG THỊ THU HIỀN^{1*}, NGUYỄN TRÍ DŨNG¹, LÊ VĂN KHÁNH¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài viết phân tích nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại Nhật Bản và các quốc gia khác, cũng như khả năng đáp ứng của nguồn lao động Việt Nam trong bối cảnh hợp tác quốc tế.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan tài liệu, phân tích xu hướng nhân lực ngành chăm sóc y tế tại Nhật Bản và các chính sách hỗ trợ lao động nước ngoài. Đồng thời, bài viết đánh giá thực trạng đào tạo nhân lực điều dưỡng tại Việt Nam và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng đào tạo nhằm đáp ứng nhu cầu thị trường lao động quốc tế.

Kết quả: Nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại Nhật Bản tăng mạnh do dân số già hóa, với nhiều chính sách thu hút lao động nhập cư, trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên, lao động Việt Nam đối mặt với thách thức về ngôn ngữ, văn hóa và kỹ năng chuyên môn. Việc nâng cao chất lượng đào tạo, đẩy mạnh hợp tác giáo dục và hỗ trợ thích nghi văn hóa là giải pháp thiết yếu để nâng cao khả năng cạnh tranh của lao động Việt Nam.

Kết luận: Để đáp ứng nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại Nhật Bản và các nước khác, Việt Nam cần cải thiện chương trình đào tạo, tăng cường kỹ năng ngôn ngữ và thực hành lâm sàng cho người lao động. Đồng thời, cần có chính sách hỗ trợ lao động trong quá trình thích nghi tại nước ngoài để tối ưu hóa cơ hội việc làm và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Từ khóa: Đào tạo nhân lực điều dưỡng, chăm sóc y tế, lao động Việt Nam, Nhật Bản, hợp tác quốc tế, thị trường lao động.

ABSTRACT

Objectives: This study analyzes the demand for nursing personnel in Japan and other countries, as well as the ability of Vietnamese labor to meet this demand within the framework of international cooperation.

Methodology: A literature review was conducted to analyze workforce trends in the healthcare sector in Japan and related policies supporting foreign labor. Additionally, the study evaluates the current state of nursing workforce training in Vietnam and proposes solutions to improve training quality to meet international labor market demands.

Results: Japan's demand for nursing professionals is rapidly increasing due to an aging population, leading to policies that attract foreign labor, including Vietnamese workers. However, Vietnamese nursing personnel face challenges in language proficiency, cultural adaptation, and professional skills. Enhancing training quality, strengthening educational cooperation, and providing cultural adaptation support are crucial to improving the competitiveness of Vietnamese labor.

Conclusions: To meet the growing demand for nursing personnel in Japan and other countries, Vietnam must enhance its training programs, strengthen language skills, and improve clinical practice for healthcare workers. Additionally, policies supporting labor adaptation abroad are essential to optimizing employment opportunities and improving the quality of healthcare services.

Keywords: Nursing workforce training, healthcare, Vietnamese labor, Japan, international cooperation, labor market.

^{1,1*} Trường Cao đẳng Bách khoa Nam Sài Gòn
^{1*} ĐT: 0904390472; Email: thuhien@namsaigon.edu.vn

NGÀY NHẬN BÀI PHẢN BIỆN: 7.2.2025
 NGÀY TRẢ BÀI PHẢN BIỆN: 12.2.2025
 NGÀY CHẤP THUẬN ĐĂNG: 18.2.2025

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh toàn cầu hóa ngày càng phát triển và sự di cư lao động trở nên phổ biến hơn, việc hiểu về nhu cầu nhân lực trong ngành chăm sóc y tế của một quốc gia như Nhật Bản và cách mà lao động Việt Nam phản ứng là vô cùng quan trọng. Nhật Bản, với dân số già đang gia tăng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao, đang đối diện với một thách thức lớn về nguồn nhân lực trong ngành y tế. Trong khi đó, lao động Việt Nam, với sự phát triển kinh tế và mong muốn tìm kiếm cơ hội làm việc ở nước ngoài, đang ngày càng quan tâm đến việc làm việc trong ngành y tế của Nhật Bản. Việc tìm hiểu sâu hơn về nhu cầu và phản ứng của cả hai bên là cần thiết để đề xuất các giải pháp và chính sách hợp lý, đồng thời tạo ra những cơ hội và thách thức mới cho cả hai quốc gia.

Mục tiêu của bài viết là phân tích và đánh giá sâu hơn về nhu cầu nhân lực trong ngành chăm sóc y tế tại Nhật Bản và phản ứng của lao động Việt Nam. Bài viết sẽ đi sâu vào các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu nhân lực, các xu hướng tuyển dụng, và những thách thức mà lao động Việt Nam có thể phải đối mặt khi làm việc ở Nhật Bản. Phạm vi của bài viết sẽ tập trung vào các thông tin được lấy từ các nguồn tin cậy và nghiên cứu có liên quan đến chủ đề, cũng như các chính sách và chương trình hợp tác quốc tế giữa hai quốc gia. Đồng thời, bài viết cũng sẽ đề xuất một số giải pháp và hướng đi tiếp theo để tăng cường hợp tác và đáp ứng nhu cầu nhân lực trong ngành chăm sóc y tế ở Nhật Bản.

2. TÌNH HÌNH NHU CẦU NHÂN LỰC TRONG CHĂM SÓC Y TẾ TẠI NHẬT BẢN

2.1. Sự gia tăng dân số già và nhu cầu ngày càng tăng về chăm sóc sức khỏe

Nhật Bản đang đối mặt với một xã hội ngày càng già hóa nhanh chóng. Dân số già

tăng và kỳ vọng về chất lượng cuộc sống cao đã đặt ra một nhu cầu ngày càng lớn về dịch

vụ chăm sóc y tế. Theo số liệu từ Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản, tỷ lệ người trên 65 tuổi trong dân số nước này đã vượt qua mức 28%, đây là một trong những tỷ lệ cao nhất thế giới.

Nhu cầu chăm sóc y tế ở Nhật Bản đang phát triển không ngừng do sự gia tăng đáng kể của dân số già. Nhu cầu này bao gồm không chỉ các dịch vụ y tế cơ bản mà còn bao gồm cả chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi và người có nhu cầu đặc biệt. Điều này tạo ra một áp lực lớn đối với hệ thống y tế của Nhật Bản và tạo ra nhu cầu tuyển dụng nguồn nhân lực mới để đáp ứng.

Theo các báo cáo từ tổ chức như WHO và nghiên cứu từ các trường đại học và viện nghiên cứu y tế, Nhật Bản đang cần phải tìm kiếm nguồn nhân lực ngoại nhập để điều tiết nhu cầu ngày càng tăng về chăm sóc y tế. Một số lĩnh vực cụ thể trong ngành y tế, như điều dưỡng và chăm sóc người già, đặc biệt cần nhiều lao động hơn do yêu cầu về sự chăm sóc dài hạn và chăm sóc đặc biệt.

2.2. Những thách thức và cơ hội đối với ngành chăm sóc y tế ở Nhật Bản

Nhật Bản đang đối mặt với một thách thức lớn trong việc đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng về chăm sóc y tế, đặc biệt là do sự gia tăng nhanh chóng của dân số già. Với tỷ lệ người cao tuổi trong dân số đang tăng lên mức kỷ lục, hệ thống chăm sóc y tế của Nhật Bản đang gặp phải áp lực ngày càng lớn. Một báo cáo của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản chỉ ra rằng nước này đang phải đối mặt với sự thiếu hụt nguồn nhân lực trong ngành y tế, đặc biệt là trong lĩnh vực chăm sóc người già và người bệnh có nhu cầu đặc biệt.

Tuy nhiên, thách thức này cũng mở ra cơ hội cho sự đổi mới và cải tiến trong ngành y tế của Nhật Bản. Đáp ứng với nhu cầu ngày càng tăng, các tổ chức y tế và chính phủ Nhật Bản đang khuyến khích sự phát triển và áp dụng các công nghệ y tế thông minh nhằm tối ưu hóa việc cung cấp dịch vụ chăm sóc. Các ứng dụng của trí tuệ nhân tạo (AI) và robot trong lĩnh vực chăm sóc y tế đang được nghiên cứu và triển khai rộng rãi, giúp tăng cường hiệu quả và giảm bớt gánh nặng cho nhân viên y tế.

Ngoài ra, sự đa dạng hóa trong cách tổ chức và cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế

cũng là một cơ hội quan trọng. Chính phủ Nhật Bản đang khuyến khích sự phát triển của các dịch vụ chăm sóc y tế cộng đồng và dịch vụ chăm sóc tại nhà, nhằm giảm bớt áp lực cho các bệnh viện và nhà chăm sóc. Điều này tạo ra một môi trường cạnh tranh lành mạnh và khuyến khích sự sáng tạo trong ngành y tế của Nhật Bản.

2.3. Sự cần thiết của lao động nhập cư trong ngành chăm sóc y tế của Nhật Bản

Trong ngành chăm sóc y tế của Nhật Bản, sự cần thiết của lao động nhập cư từ các quốc gia khác, bao gồm Việt Nam, là không thể phủ nhận. Nhu cầu ngày càng tăng về chăm sóc y tế đã đặt ra một thách thức lớn đối với hệ thống y tế nội địa của Nhật Bản, đặc biệt là do dân số già ngày càng gia tăng.

Một trong những lĩnh vực chính cần sự hỗ trợ từ lao động nhập cư là điều dưỡng và chăm sóc người già. Với sự gia tăng đáng kể của dân số già, nhu cầu về dịch vụ chăm sóc người cao tuổi và người có nhu cầu đặc biệt tại Nhật Bản đã trở nên cấp thiết. Các nhà chức trách và tổ chức y tế Nhật Bản đang chịu áp lực lớn để tìm kiếm và thu hút nhân lực chất lượng trong ngành chăm sóc y tế.

Theo các nghiên cứu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), nhu cầu về lao động trong ngành y tế ở Nhật Bản dự kiến sẽ tiếp tục tăng trong các năm tới. Sự khan hiếm nguồn nhân lực nội địa đồng nghĩa với việc Nhật Bản sẽ phải dựa vào lao động nhập cư từ các quốc gia khác để bổ sung và điều tiết nhu cầu ngày càng tăng trong lĩnh vực chăm sóc y tế.

Tuy nhiên, việc tăng cường lao động nhập cư cũng đặt ra nhiều vấn đề và thách thức, bao gồm việc tích hợp văn hóa, ngôn ngữ và quy định pháp lý. Điều này yêu cầu sự hợp tác chặt chẽ giữa chính phủ, ngành công nghiệp và các tổ chức xã hội để đảm bảo rằng lao động nhập cư được đối xử công bằng và được tích hợp một cách hiệu quả vào xã hội Nhật Bản.

3. SỰ ĐÁP ỨNG CỦA LAO ĐỘNG VIỆT NAM

3.1. Sự phát triển của ngành y tế ở Việt Nam và đào tạo nhân lực

Ngành y tế ở Việt Nam đã trải qua sự phát triển đáng kể trong những năm qua, đặc biệt là trong việc xây dựng và nâng cao hệ thống cơ sở hạ tầng y tế. Theo Báo cáo Thống kê Y tế năm 2022 của Bộ Y tế Việt Nam, số lượng bệnh viện và trung tâm y tế tại Việt Nam đã tăng đáng kể. Tính đến năm 2020, có khoảng 1,300 bệnh viện và một số lượng lớn các trung tâm y tế cấp xã và cấp huyện đảm nhận vai trò quan trọng trong cung cấp dịch vụ

tế cho cộng đồng.

Ngoài ra, việc đào tạo nhân lực trong ngành y tế cũng nhận được sự quan tâm đặc biệt từ Chính phủ và các cơ quan quản lý. Theo Báo cáo của Bộ Giáo dục và Đào tạo, số lượng trường đại học y dược và các trung tâm đào tạo y tế đã tăng lên đáng kể trong thập kỷ qua. Hiện có hơn 30 trường đại học y dược và hơn 100 trung tâm đào tạo y tế trên khắp Việt Nam. Số lượng sinh viên và học viên tham gia các chương trình đào tạo y tế cũng tăng mạnh, cho thấy sự quan tâm và cam kết của Chính phủ và các cơ quan quản lý đối với việc nâng cao chất lượng đào tạo y tế. Hơn nữa, hợp tác giữa trường đại học y tế và cơ sở y tế thực tế cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình đào tạo. Theo thống kê của Bộ Y tế, đã có hơn 80% trường đại học y tế tại Việt Nam thiết lập mối quan hệ hợp tác với các cơ sở y tế thực tế. Điều này giúp sinh viên y tế có cơ hội tiếp xúc và thực hành tại các bệnh viện và trung tâm y tế thực tế từ giai đoạn đầu của khóa học, giúp nâng cao kỹ năng và sẵn sàng cho công việc thực tế sau này.

Những số liệu thống kê trên đã minh chứng cho sự phát triển đáng kể của ngành y tế ở Việt Nam, từ cơ sở hạ tầng đến đào tạo nhân lực, đây là nền tảng quan trọng để cung cấp dịch vụ y tế chất lượng và đáp ứng nhu cầu của cộng đồng.

3.2. Xu hướng và mong muốn của lao động Việt Nam khi tìm kiếm cơ hội làm việc ở Nhật Bản

Lao động Việt Nam, đặc biệt là trong ngành y tế, thường có xu hướng tìm kiếm cơ hội làm việc ở Nhật Bản với mong muốn được hưởng mức thu nhập cao hơn và môi trường làm việc chuyên nghiệp. Dữ liệu từ Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội Việt Nam cho thấy rằng số lượng lao động Việt Nam xuất khẩu lao động sang Nhật Bản đang gia tăng mỗi năm. Trong số này, một tỷ lệ đáng kể là lao động trong ngành y tế và chăm sóc sức khỏe.

Theo báo cáo từ Bộ Ngoại giao và Hợp tác Quốc tế Nhật Bản, trong các năm gần đây, nhu cầu về lao động trong ngành y tế tại Nhật Bản đã tăng mạnh do sự gia tăng của dân số già và nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Do đó, Nhật Bản đã mở rộng chương trình nhập cư lao động trong ngành y tế để đáp ứng nhu cầu này. Điều này tạo ra một cơ hội hấp dẫn cho lao động Việt Nam, đặc biệt là những người có kỹ năng và trình độ chuyên môn trong lĩnh vực y tế.

Sự phát triển kinh tế của Việt Nam cũng góp phần thúc đẩy xu hướng này. Mặc dù nền kinh tế Việt Nam đang phát triển, nhưng nhu cầu về việc làm và mức thu nhập còn không đáp ứng đủ đối với số lượng lớn lao động. Đặc biệt trong lĩnh vực y tế, nơi mức lương và điều kiện làm việc tốt hơn thường được ưu tiên. Do đó, lao động y tế có xu hướng tìm kiếm cơ hội nghề nghiệp và thu nhập cao hơn ở Nhật Bản.

Tuy nhiên, việc làm việc ở Nhật Bản cũng đặt ra một số thách thức cho lao động Việt Nam, bao gồm vấn đề về ngôn ngữ, văn hóa và sự thích nghi với môi trường làm việc mới. Để giải quyết những thách thức này, cần có các chương trình đào tạo và hỗ trợ tương ứng từ cả hai phía, từ phía Nhật Bản và Việt Nam, để giúp lao động Việt Nam hiểu biết và thích nghi tốt hơn với môi trường làm việc mới.

3.3. Những thách thức mà lao động Việt Nam phải đối mặt khi làm việc ở Nhật Bản và cách giải quyết

Lao động Việt Nam, đặc biệt là trong ngành y tế, thường tìm kiếm cơ hội làm việc ở Nhật Bản với mong muốn được hưởng mức thu nhập cao hơn và môi trường làm việc chuyên nghiệp. Điều này phản ánh sự kỳ vọng vào một cơ hội nghề nghiệp tốt hơn và một cuộc sống ổn định hơn trong một quốc gia phát triển kinh tế như Nhật Bản. Việc làm việc ở Nhật Bản mang đến nhiều thách thức đối với lao động Việt Nam, và có ba yếu tố chính gây ra những khó khăn này: sự khác biệt về ngôn ngữ, văn hóa và môi trường làm việc.

Sự khác biệt về ngôn ngữ: ngôn ngữ tiếng Nhật, với cấu trúc phức tạp và ngữ pháp khó hiểu, đòi hỏi sự nắm vững và thực hành liên tục từ lao động Việt Nam. Sự khác biệt trong cách sử dụng ngôn ngữ có thể tạo ra rào cản trong giao tiếp hàng ngày và trong công việc. Thống kê từ Bộ Ngoại giao và Hợp tác Quốc tế Nhật Bản chỉ ra rằng chỉ có khoảng 1% dân số Việt Nam biết tiếng Nhật, điều này góp phần làm tăng thêm thách thức cho lao động khi làm việc tại Nhật Bản.

Sự khác biệt về văn hóa: nền văn hóa Nhật Bản có nhiều đặc điểm khác biệt so với văn hóa Việt Nam. Thói quen làm việc, cách thức giao tiếp, và quan hệ xã hội thường được quy định bởi các giá trị và truyền thống riêng biệt của Nhật Bản. Trong văn hóa Nhật Bản, sự tôn trọng và tuân thủ các quy tắc xã hội và doanh nghiệp được coi là rất

quan trọng, điều này có thể tạo ra sự căng thẳng cho lao động từ Việt Nam khi không quen với các quy tắc này.

Môi trường làm việc: môi trường làm việc ở Nhật Bản thường được đánh giá là nghiêm túc và chuyên nghiệp. Các quy tắc và tiêu chuẩn làm việc có thể khá khắt khe, đặc biệt đối với những người mới đến từ nước ngoài. Theo báo cáo từ các tổ chức quốc tế, tỷ lệ làm thêm giờ là khá cao tại Nhật Bản, điều này có thể tạo ra áp lực công việc lớn đối với lao động nhập cư.

Để giải quyết những thách thức này, cần có các chương trình đào tạo trước khi đi và hỗ trợ tại cả hai quốc gia. Chương trình đào tạo có thể bao gồm việc học tiếng Nhật, nắm vững văn hóa và quy tắc làm việc ở Nhật Bản. Hỗ trợ tại nước đi và tại Nhật Bản cũng rất cần thiết để cung cấp thông tin, tư vấn, hỗ trợ về giấy tờ và thủ tục di trú, cũng như các dịch vụ hỗ trợ về văn hóa và xã hội.

Trong bối cảnh này, việc thiết lập các chương trình đào tạo và hỗ trợ cụ thể sẽ giúp lao động Việt Nam hiểu biết và thích nghi tốt hơn với môi trường làm việc mới ở Nhật Bản, từ đó tối ưu hóa cơ hội nghề nghiệp và đạt được sự thành công trong sự nghiệp.

4. HỢP TÁC QUỐC TẾ VÀ GIẢI PHÁP

4.1. Các chính sách và quy định về lao động nhập cư tại Nhật Bản

Nhật Bản đã áp dụng nhiều chính sách và quy định về lao động nhập cư nhằm đáp ứng nhu cầu nguồn nhân lực trong ngành chăm sóc y tế. Chính sách này bao gồm việc mở rộng chương trình nhập cư lao động, cung cấp visa làm việc cho lao động y tế, và thiết lập các quy trình đơn giản hóa cho việc xin visa và giấy phép làm việc. Điều này giúp tạo điều kiện thuận lợi hơn cho lao động từ các quốc gia khác, trong đó có Việt Nam, khi muốn làm việc và đóng góp vào ngành chăm sóc y tế ở Nhật Bản.

Mở rộng cơ hội việc làm là một trong những điểm đáng chú ý nhất của chương trình này. Bằng cách mở cửa rộng rãi cho lao động từ nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam, chương trình này tạo điều kiện thuận lợi cho lao động có mong muốn làm việc ở một quốc gia có nền y tế phát triển và mức thu nhập cao.

Cân bằng nguồn nhân lực cũng là một ảnh hưởng quan trọng của chương trình. Nhờ vào việc thu hút lao động có kỹ năng và kinh nghiệm từ các quốc gia khác, các cơ sở y tế tại Nhật Bản có thể điều chỉnh và cân bằng nguồn nhân lực trong các lĩnh vực thiếu hụt. Điều này giúp đảm bảo rằng nhu cầu chăm sóc y tế của dân số được đáp ứng một cách hiệu quả.

Ở phía nguồn nhân lực Việt Nam, chương trình này đã mang lại cơ hội mới và thu nhập tốt hơn cho người lao động. Số lượng lao động Việt Nam sang Nhật Bản làm việc trong ngành chăm sóc y tế đã tăng đáng kể, đồng thời giúp giảm áp lực về việc làm trong nước và cải thiện đời sống gia đình.

Tăng cường hợp tác quốc tế cũng là một kết quả tích cực của chương trình này. Sự hợp tác giữa Nhật Bản và các quốc gia khác, bao gồm Việt Nam, trong việc đào tạo và phát triển nguồn nhân lực cho ngành chăm sóc y tế đã góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và phát triển ngành y tế toàn cầu. Điều này thể hiện cam kết của các quốc gia trong việc cải thiện sức khỏe và chăm sóc cho cộng đồng quốc tế.

4.2. Hợp tác giữa Việt Nam và Nhật Bản trong việc đào tạo và phát triển nguồn nhân lực cho ngành chăm sóc y tế

Hợp tác giữa Việt Nam và Nhật Bản trong đào tạo và phát triển nguồn nhân lực cho ngành chăm sóc y tế là một phần quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu nguồn nhân lực chất lượng cao cho cả hai quốc gia. Các chương trình hợp tác này được xem là cơ hội để nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và thúc đẩy phát triển ngành y tế toàn cầu.

Chương trình hợp tác giữa các trường đại học và viện nghiên cứu y tế: hợp tác giữa các trường đại học và viện nghiên cứu y tế ở cả Việt Nam và Nhật Bản là một bước tiến quan trọng trong việc nâng cao chất lượng nguồn nhân lực trong ngành chăm sóc y tế. Các chương trình hợp tác này không chỉ tạo cơ hội học tập và nghiên cứu đa văn hóa mà còn giúp sinh viên và nhân viên y tế tiếp cận với những kiến thức mới nhất và phương pháp làm việc tiên tiến. Số liệu cho thấy rằng số lượng sinh viên tham gia các chương trình trao đổi giữa hai quốc gia đang tăng lên đáng kể, đồng thời tăng cả sự đa dạng và chất lượng của nguồn nhân lực y tế.

Rèn luyện kỹ năng ngôn ngữ và văn hóa: Việc rèn luyện kỹ năng ngôn ngữ và văn hóa trước khi lao động sang Nhật Bản làm việc là một yếu tố quan trọng để đảm bảo sự thành công trong môi trường

làm việc mới. Các khóa học tiếng Nhật và văn hóa Nhật Bản giúp làm giảm rủi ro và tăng cơ hội thành công cho lao động Việt Nam. Số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ lao động Việt Nam được đào tạo về ngôn ngữ và văn hóa Nhật Bản đã tăng đáng kể trong những năm gần đây, điều này làm tăng hiệu quả của quá trình hợp tác giữa hai quốc gia.

Hợp tác nghiên cứu và áp dụng công nghệ y tế: Ngoài việc đào tạo nhân lực, hợp tác nghiên cứu và áp dụng công nghệ y tế mới là một phần quan trọng của quan hệ hợp tác giữa Việt Nam và Nhật Bản. Việc chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm trong lĩnh vực y tế giữa các viện nghiên cứu và doanh nghiệp y tế của cả hai quốc gia giúp tăng cường sức mạnh và hiệu quả của ngành y tế. Các dự án nghiên cứu chung đang đóng góp vào việc phát triển các phương pháp chăm sóc y tế tiên tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.

Tóm lại, hợp tác giữa Việt Nam và Nhật Bản trong đào tạo và phát triển nguồn nhân lực cho ngành chăm sóc y tế là một bước quan trọng trong việc thúc đẩy sự phát triển của ngành y tế toàn cầu và tạo ra lợi ích lâu dài cho cả hai quốc gia.

4.3. Đề xuất giải pháp để vượt qua những thách thức và tăng cường hợp tác giữa hai quốc gia

Trong bối cảnh nhu cầu nguồn nhân lực trong ngành chăm sóc y tế tại Nhật Bản ngày càng tăng cao và sự quan tâm của lao động Việt Nam đến cơ hội làm việc ở đất nước mặt trời mọc không ngừng gia tăng, việc đề xuất các giải pháp hợp tác nhằm vượt qua những thách thức và tăng cường sự hiểu biết và liên kết giữa hai quốc gia trở nên cực kỳ cấp bách. Trước tình hình này, việc xem xét các giải pháp cụ thể và khả thi là bước đầu tiên để đảm bảo rằng cả Việt Nam và Nhật Bản có thể hợp tác hiệu quả nhằm đáp ứng được nhu cầu nguồn nhân lực trong lĩnh vực y tế. Cùng nhau, hai quốc gia sẽ khám phá những hướng đi mới, những chiến lược đổi mới và các biện pháp cụ thể để tạo ra một môi trường hợp tác tích cực và bền vững, từ đó thúc đẩy sự phát triển bền vững của ngành chăm sóc y tế.

Việc tăng cường hỗ trợ và đào tạo ngôn ngữ tiếng Nhật cho lao động Việt Nam trước khi họ sang Nhật Bản làm việc được coi là một giải pháp hiệu quả nhằm giảm bớt rủi ro và tăng cơ hội thành công trong môi trường làm việc mới. Số liệu từ Bộ Lao động,

Thương binh và Xã hội Việt Nam chỉ ra rằng tỷ lệ lao động Việt Nam được đào tạo về ngôn ngữ và văn

hóa Nhật Bản đã tăng đáng kể trong những năm gần đây. Điều này không chỉ giảm thiểu rủi ro mà còn tăng cơ hội thành công khi làm việc ở Nhật Bản.

Tính đến hiện tại, việc thúc đẩy việc thiết lập các chương trình học bổng và trao đổi sinh viên, giáo viên, và chuyên gia y tế cũng đang được thực hiện một cách tích cực. Chương trình học bổng MEXT của Nhật Bản đã tạo cơ hội học tập và nghiên cứu cho nhiều sinh viên và giáo viên y tế Việt Nam, mở ra cánh cửa hợp tác và phát triển nguồn nhân lực cho ngành y tế cả hai quốc gia.

Xây dựng môi trường hỗ trợ và tiếp nhận cho lao động Việt Nam khi họ đến Nhật Bản làm việc đóng vai trò quan trọng trong việc giúp họ thích nghi và phát triển tốt nhất trong môi trường mới. Cung cấp thông tin, hướng dẫn, dịch vụ tư vấn và hỗ trợ văn hóa là những biện pháp hữu ích giúp làm giảm stress và tăng cường sự hòa nhập của lao động Việt Nam trong cộng đồng lao động tại Nhật Bản.

Cuối cùng, việc tăng cường trao đổi thông tin và kinh nghiệm giữa các tổ chức y tế và chính phủ hai nước được xem là một phần không thể thiếu trong quá trình phát triển ngành chăm sóc y tế. Sự chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm giữa các quốc gia giúp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế và tạo ra các chính sách và phương pháp làm việc hiệu quả hơn.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại Nhật Bản ngày càng tăng cao do sự già hóa dân số và áp lực đối với hệ thống y tế. Việt Nam, với lực lượng lao động dồi dào, đang trở thành một nguồn nhân lực quan trọng trong lĩnh vực chăm sóc y tế quốc tế. Tuy nhiên, để đáp ứng tốt yêu cầu của thị trường Nhật Bản, lao động Việt Nam cần vượt qua những rào cản về ngôn ngữ, văn hóa và chuyên môn.

Các giải pháp trọng tâm bao gồm: nâng cao chất lượng đào tạo ngôn ngữ và kỹ năng nghề nghiệp, thiết lập chương trình học bổng và trao đổi quốc tế, cũng như xây dựng các cơ chế hỗ trợ lao động trong quá trình thích nghi. Việc hợp tác giữa Việt Nam và Nhật Bản không chỉ mang lại lợi ích kinh tế mà còn góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng nhu cầu ngày càng lớn về chăm sóc sức khỏe toàn cầu.

Để xuất hướng phát triển và nghiên cứu tiếp theo

- Nghiên cứu mô hình đào tạo linh hoạt: Áp dụng công nghệ vào giảng dạy và thiết kế chương trình đào tạo sát với nhu cầu thực tế của thị trường lao động.

- Đánh giá tác động của lao động Việt Nam tại Nhật Bản: Xác định mức độ ảnh hưởng và hiệu quả chính sách hợp tác, từ đó đề xuất biện pháp cải thiện.

- Quản lý và phân phối nhân lực: Phân tích chiến lược thu hút, giữ chân và phân bổ lao động y tế hiệu quả hơn.

- Tăng cường hợp tác và giao lưu văn hóa: Thúc đẩy sự hòa nhập của lao động Việt Nam với cộng đồng y tế Nhật Bản, tạo môi trường làm việc tích cực.

- Dự báo xu hướng ngành y tế: Nghiên cứu về những thay đổi trong cách thức cung ứng và tiêu thụ dịch vụ y tế để chuẩn bị cho tương lai.

Những định hướng này không chỉ giúp nâng cao chất lượng đào tạo và làm việc của điều dưỡng viên Việt Nam tại Nhật Bản mà còn góp phần cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn cầu, mang lại lợi ích bền vững cho cả hai quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vietnamese Ministry of Health (2021). Development strategy of nursing staff in Vietnam until 2030 (in Vietnamese).
2. Ministry of Health, Labour and Welfare. (2020). Current situation of nursing care manpower (in Japanese).
3. Japan International Cooperation Agency (JICA). (2019). Technical cooperation project for improvement of nursing education in Vietnam.
4. Japan. International Journal of Nursing Science, 10(3), 116-121.
5. Giao, H. N., & Phuong, N. T. T. (2020). Vietnamese nurses perception of working in Japan. International Journal of Nursing Science, 10(3), 116-121.
6. Nguyen, T. T., Kitaoka, K., Sukigara, M et al (2018). The study on the demand of nursing staff in Japan. Journal of Nursing Research and Practice, 2018, 1-8.
7. Suzuki, Y., Sakurai, A., Tokuda, Y., et al (2017). The impact of nursing care and medical care responsibilities on 30-day mortality of acute myocardial infarction: a nationwide observational study. International Journal of Nursing Studies, 74, 12-18.