

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Đánh giá từ phía người bệnh về kết quả can thiệp cải thiện năng lực giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Đào Đức Hạnh^{1*}, Nguyễn Thanh Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện năng lực giáo dục sức khỏe (GDSK) của điều dưỡng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu can thiệp tiền thực nghiệm có đánh giá trước và sau can thiệp (không có nhóm chứng). Năng lực GDSK của điều dưỡng được đánh giá dựa trên quan điểm của người bệnh. 106 người bệnh trước can thiệp và 106 người bệnh sau can thiệp được lựa chọn từ 10 khoa lâm sàng của Bệnh viện. Thang đo chia thành 2 lĩnh vực (kỹ năng và thái độ), gồm 32 câu hỏi, được kiểm định độ tin cậy với Cronbach's alpha đạt 0,70-0,92. Thu thập số liệu bằng phiếu phát vấn tự điền.

Kết quả: Nghiên cứu can thiệp cải thiện năng lực GDSK của điều dưỡng được xây dựng và đánh giá theo Phương pháp thiết kế can thiệp chất lượng 6 bước (6SquID); hoạt động can thiệp bao gồm đào tạo lý thuyết – thực hành, xây dựng quy trình và tài liệu GDSK theo chuyên khoa, ứng dụng video hỗ trợ công nghệ số, hướng dẫn, giám sát và kiểm tra. Sau can thiệp, năng lực GDSK của điều dưỡng được cải thiện đáng kể: tỷ lệ điều dưỡng được xếp loại trên trung bình về năng lực GDSK (do người bệnh đánh giá) tăng từ 65% lên 87,7% ($p < 0,01$). Điểm trung bình năng lực GDSK của điều dưỡng lĩnh vực kỹ năng tăng từ $112,58 \pm 15,79$ lên $122,67 \pm 12,79$; điểm lĩnh vực thái độ tăng từ $21,16 \pm 3,06$ lên $23,05 \pm 1,92$.

Kết luận: Can thiệp giúp nâng cao năng lực GDSK của điều dưỡng. Can thiệp nên được duy trì, mở rộng và áp dụng cho các đơn vị khác trong bệnh viện cũng như hệ thống y tế quân đội nói chung nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, năng lực, can thiệp nâng cao năng lực, điều dưỡng, quan điểm của người bệnh.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục sức khỏe (GDSK) là một trong những chức năng nền tảng và thiết yếu của điều dưỡng trong chăm sóc toàn diện người bệnh. GDSK giúp người bệnh và người nhà nâng cao nhận thức, điều chỉnh hành vi sức khỏe, tăng khả năng tự chăm sóc và phối hợp tốt trong cả phòng bệnh, điều trị và phục hồi sức khỏe. Tổ chức Y tế Thế giới xác định GDSK là một trong những nội dung cốt lõi của chăm sóc sức khỏe ban đầu, có ảnh hưởng

lớn đến kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh (1).

Tuy nhiên, năng lực GDSK của điều dưỡng hiện nay còn nhiều hạn chế. Nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy điều dưỡng còn thiếu kiến thức chuyên sâu, kỹ năng tư vấn chưa phù hợp và ít được đào tạo bài bản về phương pháp GDSK hiệu quả (2, 3). Trước thực trạng hạn chế năng lực GDSK của điều dưỡng nói chung và tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TWQĐ108) nói riêng, nghiên cứu can thiệp cải thiện năng lực GDSK của điều dưỡng đã



Địa chỉ liên hệ: Đào Đức Hạnh

Email: daoduchanh108@gmail.com

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 14/9/2025

Ngày phản biện: 25/10/2025

Ngày đăng bài: 30/10/2025

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0905SKPT25-112>

được tiến hành tại 10 khoa lâm sàng của Bệnh viện TWQĐ108 (can thiệp được thực hiện từ 3-8/2024) nhằm cung cấp bằng chứng để đổi mới nội dung đào tạo, phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng có năng lực GDSK phù hợp với yêu cầu chăm sóc hiện đại, chất lượng và nhân văn.

Bên cạnh đánh giá từ phía người điều dưỡng - là đối tượng đích của can thiệp, việc đánh giá từ phía người bệnh - là đối tượng thụ hưởng dịch vụ GDSK là hết sức quan trọng. Vì vậy, nghiên cứu này đánh giá kết quả can thiệp cải thiện năng lực GDSK của điều dưỡng tại Bệnh viện TWQĐ108 từ quan điểm của người bệnh. Các kết quả đánh giá từ quan điểm của người bệnh sẽ góp phần khẳng định hiệu quả của can thiệp, từ đó đưa ra các khuyến cáo cho lãnh đạo bệnh viện nói chung và lãnh đạo phòng điều dưỡng nói riêng trong việc duy trì và mở rộng can thiệp cải thiện năng lực GDSK này.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiền thực nghiệm, có đánh giá trước - sau can thiệp, không có nhóm chứng.

Nghiên cứu can thiệp cải thiện năng lực GDSK của điều dưỡng được xây dựng và đánh giá theo Phương pháp thiết kế can thiệp chất lượng 6 bước (6SquID): (i) Xác định vấn đề; (ii) Xác định yếu tố có thể thay đổi; (iii) Xác định giải pháp; (iv) Xây dựng can thiệp cụ thể; (v) Thử nghiệm và điều chỉnh can thiệp; (vi) Thu thập bằng chứng về kết quả can thiệp (4).

Can thiệp được triển khai thực tế trong thời gian 6 tháng cho 126 điều dưỡng của 10 khoa được lựa chọn triển khai can thiệp, gồm các hoạt động:

- Tổ chức đào tạo cho điều dưỡng với các bài giảng: *Bài 1: Tổng quan về GDSK - Kỹ năng tư vấn GDSK (4 tiết); Bài 2: Thực hành GDSK cá nhân và theo nhóm (4 tiết); Bài 3. Hướng dẫn xây dựng tài liệu tư vấn sức khỏe theo chuyên khoa (4 tiết);*

- Cập nhật qui trình GDSK (Bổ sung Quy trình, Bảng kiểm GDSK cá nhân và nhóm);

- Xây dựng tài liệu GDSK cho người bệnh theo chuyên khoa (mỗi chuyên khoa xây dựng tối thiểu 5 tài liệu, thông qua Hội đồng thẩm định);

- Phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng hướng dẫn, giám sát và kiểm tra;

- Hướng dẫn đơn vị áp dụng công nghệ thông tin trong GDSK: xây dựng video, tranh ảnh (có mã QR).

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: 40 khoa lâm sàng được chia thành 10 nhóm lớn theo mô hình bệnh tật, đặc điểm chăm sóc, phương pháp GDSK của các lĩnh vực khác nhau: (1) Tim mạch - Cơ xương khớp, (2) Tiêu hóa, (3) Thần kinh, (4) Ung thư, (5) Chấn thương chỉnh hình, (6) Truyền nhiễm - Da liễu, (7) Lồng ngực - Hàm mặt, (8) Phụ sản - Tiết niệu, (9) Nội chung - Nội tiết, (10) Nhóm chuyên khoa lẻ (Loại trừ khoa hồi sức, cấp cứu, gây mê hồi sức, nhi do đặc thù tình trạng cấp cứu khiến người bệnh không đủ khả năng điền phiếu phát vấn). Lựa chọn ngẫu nhiên 1 khoa trong mỗi nhóm, tổng cộng có 10 khoa được lựa chọn vào nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Tổng thời gian thực hiện từ tháng 7/2023 đến 10/2024, đánh giá trước can thiệp vào 2/2024; thực hiện can thiệp từ 3-8/2024; đánh giá sau can thiệp vào 10/2024 để đảm bảo điều dưỡng đã thực hành GDSK cho người bệnh (thời gian đánh giá này tương đồng với khoảng thời gian đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp 1 tháng như nghiên cứu tương tự của Khoshnood Z (5).

Đối tượng nghiên cứu: Lựa chọn người bệnh thỏa mãn các tiêu chí: điều trị nội trú; đủ 18 tuổi trở lên; tỉnh táo, có khả năng trả lời phát vấn; hoàn thành quá trình điều trị, được xuất viện ra về.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu thiết kế can thiệp

$$n1 = n2 = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: n1 là cỡ mẫu trước can thiệp; n2 là cỡ mẫu sau can thiệp; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; $Z_{1-\beta} = 1,28$; $p1 = 0,632$ (tỷ lệ người bệnh đánh giá năng lực GDSK của điều dưỡng trên trung bình, căn cứ vào kết quả đánh giá của 220 người bệnh tại bệnh viện TWQĐ108 vào 10/2022) (6); $p2 = 0,782$ (dự kiến kết quả sau can thiệp tăng lên 15%, tham khảo nghiên cứu của Wassachew Ashebir (7); d: sai số dự kiến 5%, $d = 0,05$. Kết quả tính toán ra $n1=n2=103$.

Thực tế phỏng vấn 106 người bệnh trước và 106 người bệnh sau can thiệp.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn số lượng người bệnh tại mỗi khoa tỷ lệ thuận với số giường bệnh thực tế của khoa. Trong mỗi ngày làm việc, dựa trên danh sách người bệnh dự kiến ra viện, chọn ngẫu nhiên 1 người bệnh cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu: Đặc điểm người bệnh (6 biến số), năng lực GDSK của điều dưỡng do người bệnh đánh giá (32 biến số).

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phát vấn người bệnh bằng phiếu tự điền, dưới sự hỗ trợ của điều tra viên đã được tập huấn. Điều tra viên là các cán bộ giám sát của Phòng điều dưỡng và điều dưỡng không thuộc các khoa tiến hành nghiên cứu. Điều tra viên đeo thẻ cán bộ của bệnh viện, không mặc trang phục y tế, gặp đối tượng tại phòng bệnh, giới thiệu về nội dung khảo sát, phát phiếu khảo sát và hướng dẫn người bệnh cách điền thông tin khảo sát, để người bệnh đọc và điền phiếu trong thời gian 30 phút.

Sử dụng bộ công cụ đánh giá năng lực GDSK của điều dưỡng, từ nhận định của người bệnh. Bộ công cụ gồm 32 câu hỏi, phân theo 2 lĩnh vực năng lực kỹ năng (27 câu hỏi) và thái độ (5 câu hỏi), đã được kiểm định giá trị nội dung (I-CVI $\geq 0,78$; S-CVI $\geq 0,93$) và độ tin cậy (Cronbach's alpha đạt 0,70–0,92). Người bệnh có thể trả lời mỗi câu hỏi dựa trên thang đo Likert 5 mức (từ 1 đến 5 điểm, tương ứng với mức hoàn toàn không đồng ý đến hoàn toàn đồng ý). Tổng điểm thang đo là 32 đến 160 điểm.

Tiêu chuẩn đánh giá: Sử dụng phương pháp “Bloom’s cut-off” của Mei Qi Hee (8) với điểm cắt: Trên trung bình ($\geq 80\%$ tổng điểm), Trung bình ($60 - 79\%$ tổng điểm), Dưới trung bình ($< 60\%$ tổng điểm). Áp dụng xếp loại năng lực GDSK của điều dưỡng từ đánh giá của người bệnh như sau:

- Trên trung bình: Điểm tổng từ 128 -160 điểm, tất cả câu trả lời từ 3 điểm trở lên.
- Trung bình: Điểm tổng từ 96 - 127 điểm, tất cả câu trả lời từ 2 điểm trở lên.
- Dưới trung bình: Điểm tổng từ 32-95 điểm.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập liệu và kiểm tra chéo để đảm bảo tính chính xác; phân tích bằng SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả (tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn) và kiểm định T-test, khi-bình phương để phân tích kết quả trước – sau can thiệp.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học (Giấy chứng nhận số 1063/GCN-HĐĐĐ của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định ngày 26/04/2022) và được sự đồng ý bằng văn bản của Bệnh viện TWQĐ108.

KẾT QUẢ

Một số đặc điểm của người bệnh tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của người bệnh tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Trước can thiệp (n =106)		Sau can thiệp (n =106)		χ^2	p	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %			
Giới	Nam	56	52,8	55	51,9	0,02	>0,05
	Nữ	50	47,2	51	48,1		
Tuổi	18 - 30 tuổi	15	14,2	19	17,9	1,30	>0,05
	31 - 45 tuổi	16	15,1	19	17,9		
	46 - 60 tuổi	35	33,0	29	27,4		
	> 60 tuổi	40	37,7	39	36,8		
Địa điểm cư trú	Nội thành Hà Nội	30	28,3	26	24,5	5,70	>0,05
	Ngoại thành Hà Nội	22	20,8	11	10,4		
	Các tỉnh khác	54	50,9	69	65,1		
Bảo hiểm y tế	Có	97	91,5	100	94,3	0,64	>0,05
	Không	9	8,5	6	5,7		

Lưu ý: Sử dụng kiểm định khi bình phương (Chi-square test); χ^2 : giá trị khi bình phương; Tuổi trung bình người bệnh trước can thiệp $54,2 \pm 16,5$ (Thấp nhất-cao nhất: 20-81); tuổi trung bình sau can thiệp: $51,1 \pm 17,9$ (Thấp nhất-cao nhất: 18 -81)

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam nữ tương đối cân bằng, người bệnh >60, cư trú ngoại tỉnh và có thẻ bảo hiểm y tế chiếm tỷ lệ cao. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc

điểm nhân khẩu – xã hội học nói trên ở nhóm trước và sau can thiệp ($p > 0,05$).

Xếp loại năng lực và tổng hợp điểm năng lực của điều dưỡng trước và sau can thiệp

Bảng 2. Xếp loại năng lực GDSK của điều dưỡng trước và sau can thiệp dựa trên đánh giá của người bệnh

Xếp loại	Trước can thiệp (n=106)		Sau can thiệp (n=106)		p
	Số lượng (Tỷ lệ %)	Số lượng (Tỷ lệ %)	Số lượng (Tỷ lệ %)	Số lượng (Tỷ lệ %)	
Trung bình	37 (35%)	13 (12,3%)			<0,01
Trên trung bình	69 (65%)	93 (87,7%)			

Ghi chú: Kiểm định khi bình phương, $\chi^2 = 15,07$

Bảng 2 cho thấy số nhóm người bệnh sau can thiệp đánh giá điều dưỡng xếp loại trên trung

bình là 87,7%, cao hơn so với nhóm người bệnh trước can thiệp (65%) với $p < 0,01$.

Bảng 3. Tổng hợp điểm năng lực GDSK của điều dưỡng do người bệnh đánh giá trước và sau can thiệp

Nội dung	Điểm tối đa	Điểm trước can thiệp (n=106)		Điểm sau can thiệp (n=106)		Thay đổi $\bar{X}_2 - \bar{X}_1$	t	p
		\bar{X}_1	SD	\bar{X}_2	SD			
Năng lực GDSK	160	133,74	17,98	145,71	15,08	11,98	-5,17	<0,01
Lĩnh vực kỹ năng	135	112,58	15,79	122,67	12,79	10,09	-5,00	<0,01
Nhóm “Thực hiện các nội dung GDSK”	65	53,25	9,32	59,17	6,30	5,92	-7,50	<0,01
Nhóm “Nhận định nhu cầu, xây dựng kế hoạch”	25	21,23	3,15	22,41	2,60	1,18	-4,70	<0,01
Nhóm “Thực hiện kế hoạch, đánh giá kết quả”	20	17,08	2,20	18,10	2,25	1,02	-4,00	<0,01
Nhóm “Giao tiếp và phối hợp làm việc nhóm”	25	21,01	2,90	22,98	2,45	1,96	-4,50	<0,01
Lĩnh vực thái độ	25	21,16	3,06	23,05	2,59	1,92	-5,12	<0,01

Lưu ý: Biến định lượng phân bố chuẩn, sử dụng kiểm định Independent T-Test

Bảng 3 cho thấy người bệnh đánh giá điểm trung bình năng lực của điều dưỡng trước và sau can thiệp lần lượt là 133,74 và 145,71 trên thang đo 160 điểm ($p < 0,01$). Điểm trung bình lĩnh vực kỹ năng và thái độ lần lượt tăng từ 112,58 và 21,16 trước can thiệp lên 122,67 và 21,16 sau can thiệp ($p < 0,01$).

Kết quả người bệnh đánh giá năng lực của điều dưỡng trên từng lĩnh vực trước và sau can thiệp

Lĩnh vực kỹ năng

Bảng 4 cho thấy sự cải thiện đáng kể của tất cả các kỹ năng. Một số nội dung trước can thiệp điểm trung bình dưới 4 như *hướng dẫn về quyền lợi, nghĩa vụ, trang thiết bị, cách tự chăm sóc, sử dụng thuốc, diễn biến bất thường sau khi dùng thuốc* có sự cải thiện sau can thiệp với điểm trung bình trên 4.

Bảng 4. Kết quả người bệnh đánh giá năng lực của điều dưỡng ở lĩnh vực kỹ năng trước và sau can thiệp

Nội dung	Điểm trước can thiệp (n=106)		Điểm sau can thiệp (n=106)		t	Thay đổi $\bar{X}_2 - \bar{X}_1$
	\bar{X}_1	SD	\bar{X}_2	SD		
Nhóm kỹ năng “Thực hiện các nội dung GDSK” trước và sau can thiệp						
KN1. Hướng dẫn về nội quy khoa phòng, bệnh viện khi vào khoa điều trị	4,37	0,54	4,66	0,51	-4,03	<0,001
KN2. Hướng dẫn về quyền lợi, nghĩa vụ của người bệnh trong quá trình điều trị	3,97	0,79	4,56	0,55	-6,19	<0,001
KN3. Hướng dẫn về cách sử dụng thiết bị trong phòng bệnh	3,75	1,07	4,47	0,66	-5,90	<0,001

Nội dung	Điểm trước can thiệp (n=106)		Điểm sau can thiệp (n=106)		t	Thay đổi $\bar{X}_2 - \bar{X}_1$
	\bar{X}_1	SD	\bar{X}_2	SD		
KN4. Hướng dẫn về cách tự chăm sóc trong quá trình điều trị	3,92	1,03	4,46	0,69	-4,52	<0,001
KN5. Hướng dẫn về cách sử dụng thuốc, tác dụng phụ của thuốc	3,65	1,13	4,51	0,70	-6,63	<0,001
KN6. Hướng dẫn về cách theo dõi và báo những diễn biến bất thường sau khi dùng thuốc	3,94	1,09	4,52	0,69	-4,57	<0,001
KN7. Dặn dò, hướng dẫn khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc	3,96	1,05	4,60	0,56	-5,50	<0,001
KN8. Hướng dẫn về chế độ ăn uống	4,35	0,58	4,52	0,62	-2,04	<0,001
KN9. Hướng dẫn về chế độ vận động, nghỉ ngơi	4,38	0,56	4,54	0,57	-2,06	<0,001
KN10. Hướng dẫn về cách phòng bệnh	4,18	0,81	4,50	0,68	-3,11	<0,001
KN11. Hướng dẫn về thủ tục hành chính khi ra viện	4,17	0,85	4,64	0,57	-4,71	<0,001
KN12. Hướng dẫn lịch tái khám định kỳ/ nhập viện điều trị khi ra viện	4,42	0,55	4,57	0,56	-1,96	<0,001
KN13. Hướng dẫn cách tự theo dõi, chăm sóc tại nhà sau khi ra viện	4,20	0,77	4,62	0,54	-4,62	<0,001
Nhóm kỹ năng “Nhận định nhu cầu, xây dựng kế hoạch”						
KN14. Điều dưỡng hỏi về lối sống, thói quen liên quan	4,25	0,77	4,37	0,68	-1,22	<0,001
KN15. Hỏi về kinh nghiệm thực hành có sẵn liên quan	4,19	0,79	4,34	0,67	-1,49	<0,001
KN16. Thông báo thời gian, địa điểm trước khi hướng dẫn	4,39	0,57	4,51	0,66	-1,43	<0,001
KN17. Hướng dẫn vào thời điểm phù hợp với tình trạng sức khỏe của người bệnh	4,35	0,53	4,60	0,54	-3,42	<0,001
KN18. Kết hợp hướng dẫn với hoạt động chăm sóc khác một cách hợp lý	4,06	0,79	4,58	0,56	-5,59	<0,001
Nhóm kỹ năng “Thực hiện kế hoạch, đánh giá kết quả”						
KN19. Điều dưỡng hướng dẫn dễ hiểu, dễ nhớ	4,37	0,55	4,55	0,61	-2,21	<0,001
KN20. Tóm tắt những nội dung quan trọng, cần nhớ khi hướng dẫn	4,17	0,77	4,47	0,72	-2,94	<0,001
KN21. Điều dưỡng có hỏi, đánh giá sự tiếp thu sau khi hướng dẫn	4,17	0,76	4,49	0,70	-3,17	<0,001
KN22. Giải đáp những thắc mắc trong quá trình hướng dẫn	4,38	0,48	4,59	0,53	-3,10	<0,001
Nhóm kỹ năng “Giao tiếp hiệu quả, phối hợp làm việc nhóm”						
KN23. Khi hướng dẫn điều dưỡng sử dụng lời nói rõ ràng, dễ hiểu	4,32	0,48	4,64	0,55	-4,46	<0,001
KN24. Có cử chỉ thân thiện, đúng mực trong quá trình hướng dẫn	4,35	0,47	4,59	0,56	-3,40	<0,001
KN25. Sẵn sàng lắng nghe ý kiến của người bệnh trong quá trình hướng dẫn	4,30	0,52	4,58	0,56	-3,65	<0,001
KN26. Phối hợp tốt với đồng nghiệp trong quá trình hướng dẫn	4,25	0,66	4,58	0,58	-3,85	<0,001
KN27. Phối hợp tốt với người bệnh, người nhà người bệnh trong quá trình hướng dẫn	3,80	1,07	4,59	0,58	-6,60	<0,001

Lưu ý: Biến định lượng phân bố chuẩn, sử dụng kiểm định Independent T-Test

Lĩnh vực thái độ

thái độ của điều dưỡng trên 5 nội dung tăng

Bảng 5 cho thấy điểm trung bình đánh giá

đáng kể sau can thiệp ($p < 0,001$).

Bảng 5. Kết quả người bệnh đánh giá năng lực của điều dưỡng ở lĩnh vực thái độ trước và sau can thiệp

Danh mục	Điểm trước can thiệp (n=106)		Điểm sau can thiệp (n=106)		t	p
	$\bar{X}1$	SD	$\bar{X}2$	SD		
TĐ1. Thái độ nhiệt tình của điều dưỡng khi hướng dẫn	4,17	0,76	4,62	0,56	-4,93	<0,001
TĐ2. Sự động viên tích cực từ các điều dưỡng tham gia các hoạt động hướng dẫn	4,24	0,69	4,60	0,56	-4,22	<0,001
TĐ3. Sự đồng cảm, chia sẻ khó khăn của điều dưỡng quá trình hướng dẫn	4,34	0,49	4,63	0,55	-4,03	<0,001
TĐ4. Luôn sẵn sàng GDSK khi người bệnh yêu cầu	4,04	0,88	4,56	0,61	-4,95	<0,001
TĐ5. Luôn thể hiện thái độ tôn trọng với người bệnh trong quá trình GDSK	4,37	0,50	4,63	0,55	-3,61	<0,001

Lưu ý: Biến định lượng phân bố chuẩn, sử dụng kiểm định Independent T-Test

BÀN LUẬN

Trong hầu hết các nghiên cứu tương tự, đối tượng đánh giá năng lực chủ yếu là điều dưỡng và đồng nghiệp, đây là một trong những số ít nghiên cứu tiên phong đánh giá từ cả người bệnh. Điều này thể hiện rõ quan điểm của Bệnh viện TWQĐ108 về việc người bệnh là đối tượng thụ hưởng dịch vụ và đóng vai trò quan trọng trong đánh giá chất lượng nhân viên phục vụ.

Đặc điểm giới tính, tuổi, nơi cư trú, bảo hiểm y tế giữa hai nhóm trước-sau (mỗi nhóm 106 người bệnh) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), cho thấy tính tương đồng giữa hai nhóm để đánh giá chính xác hiệu quả can thiệp. Người bệnh >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao cả trước và sau can thiệp (37,7% và 36,8%), phản ánh xu hướng già hóa dân số và nhấn mạnh vai trò của các kỹ thuật giảng dạy phù hợp để nâng cao hiệu quả GDSK cho người bệnh cao tuổi.

Kết quả của can thiệp trong nâng cao năng lực GDSK của điều dưỡng dựa trên đánh giá của người bệnh

Tỷ lệ người bệnh đánh giá điều dưỡng có xếp loại năng lực trên trung bình tăng từ 65% lên 87,7% ($p < 0,01$), với điểm trung bình tăng từ $133,74 \pm 17,98$ lên $145,71 \pm 15,08$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vázquez - Calatayud (9), trong đó kỹ năng GDSK tổng thể của điều dưỡng tăng trung bình 0,50 điểm sau chương trình huấn luyện kỹ năng lâm sàng.

Về năng lực GDSK ở lĩnh vực kỹ năng, kết quả cho thấy điểm nhóm kỹ năng “Thực hiện các nội dung GDSK” có điểm trung bình thấp dưới 4 trước can thiệp đã có sự cải thiện đáng kể sau can thiệp với điểm trung bình trên 4. Kết quả này tương tự như sự cải thiện về kỹ năng được chỉ ra trong nghiên cứu của Basak và cộng sự (2019) tại Thổ Nhĩ Kỳ (10). Đây là nghiên cứu can thiệp (huấn luyện thực hành cho điều dưỡng dựa trên mô phỏng kịch bản lâm sàng, đóng vai, phân tích video và nhận phản hồi nhóm) kéo dài

3 tuần; cho thấy điểm kỹ năng và điểm tự tin tự báo cáo của nhóm can thiệp ($n=35$) lần lượt là $39,08 \pm 5,49$ và $8,48 \pm 0,88$ và chứng ($n=36$) là $26,73 \pm 5,63$ và $7,07 \pm 1,33$ ($p \leq 0,01$) (10).

Về năng lực GDSK ở lĩnh vực thái độ, người bệnh ghi nhận sự cải thiện đáng kể về thái độ của điều dưỡng. Kết quả này tương đồng với Khoshnood (2024) (5), khi điểm thái độ của sinh viên điều dưỡng tăng 3 điểm trên thang điểm 30 sau một chương trình huấn luyện GDSK. Kết quả này cũng tích cực hơn kết quả được báo cáo bởi Mónica Vázquez-Calatayud và cộng sự (2023) (10), trong đó không ghi nhận sự thay đổi đáng kể về thái độ của điều dưỡng trước và sau can thiệp.

Sự cải thiện tích cực về thái độ nêu trên có thể là nhờ vào việc can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế một cách bài bản, có chất lượng và phản ánh đặc thù của nhóm đối tượng điều dưỡng tại bệnh viện TWQĐ108 (can thiệp được xây dựng theo phương pháp 6SquID). Can thiệp không chỉ có sự kết hợp giữa đào tạo lý thuyết, thực hành kỹ năng (với việc hỗ trợ tài liệu và ứng dụng công nghệ trong triển khai) mà còn nhấn mạnh vai trò, trách nhiệm nghề nghiệp và thái độ chuyên môn của điều dưỡng trong công tác GDSK. Điều này cho thấy thái độ hoàn toàn có thể thay đổi tích cực thông qua các chương trình đào tạo được thiết kế có trọng tâm và có sự giám sát, hỗ trợ trong thực hành. Do đó, các cơ sở đào tạo và bệnh viện cần đưa tiêu chí thái độ vào đánh giá năng lực GDSK; nên mở rộng phạm vi can thiệp và lồng ghép các yếu tố truyền cảm hứng, vai trò gương mẫu từ lãnh đạo điều dưỡng, và phản hồi tích cực từ người bệnh để tăng cường niềm tin và động lực nội tại của điều dưỡng trong GDSK. Những kết quả trên khẳng định rằng các can thiệp toàn diện, đa phương pháp và có hệ thống có thể giúp phát huy hiệu quả tối đa trong nâng cao năng lực GDSK cho điều dưỡng, cả trong môi trường học thuật lẫn thực hành lâm sàng.

Một số hạn chế của nghiên cứu: Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng,

vì vậy khó kiểm soát được hoàn toàn các yếu tố gây nhiễu từ môi trường bên ngoài hoặc từ chính sự thay đổi trong hệ thống bệnh viện trong thời gian can thiệp. Thứ hai, năng lực GDSK của điều dưỡng dựa vào đánh giá từ phía người bệnh, là phương pháp gián tiếp nên có thể chịu ảnh hưởng của yếu tố cảm tính hoặc thiên lệch khi trả lời. Thứ ba, bộ công cụ đánh giá sử dụng điểm cắt tham khảo của một số nghiên cứu quốc tế, chưa có áp dụng tại Việt Nam. Thứ tư, đánh giá sau can thiệp 1 tháng nên chưa đánh giá tính bền vững của tác động can thiệp và sự duy trì thay đổi năng lực của điều dưỡng.

KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá từ phía người bệnh cho thấy chương trình can thiệp giúp nâng cao năng lực GDSK của điều dưỡng. Những kết quả này là bằng chứng thực tiễn cho thấy việc thiết kế chương trình can thiệp bài bản, phù hợp với nhu cầu và điều kiện thực tế lâm sàng có thể góp phần nâng cao năng lực toàn diện cho điều dưỡng trong công tác GDSK. Mô hình này nên được duy trì, mở rộng và áp dụng cho các đơn vị khác trong Bệnh viện TWQĐ108 cũng như cần nhắc áp dụng cho hệ thống y tế quân đội nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Health education, truy cập ngày 18/11/2024, available at https://www.who.int/topics/health_education/en/
2. Trịnh Thị Tuyết và cộng sự, “Thực trạng kiến thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022”, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng Tập 05 - Số 04 - 2022*.
3. Pueyo-Garrigues, Pardavila-Belio, Canga-Armayor. “NURSES’ knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study”, *Nurse Education in Practice*, 58 - (2022) 103277.
4. Erica Wimbush Daniel Wight, Ruth Jepson,

- Lawrence Doi, “Six steps in quality intervention development (6SQuID)”, *JECH* .10.1136/jech-2015-205952.
5. Khoshnood Z, Emrani M, Farokhzadian J, Sadeghi M. “The effect of service-based learning on health education competencies of students in community health nursing internships”. *BMC Nursing*. 2024;138.
 6. Dao Duc Hanh, Truong Tuan Anh, Nguyen Thanh Huong, Mai Thị Lan Anh. Health Education Competency Of Nurses For Inpatients In Vietnam And Associated Factors. *IOSR Journal of Nursing and Health Science, Volume 14, Issue 2 Ser. 5 (Mar. – Apr. 2025)*
 7. Ashebir W, Yimerl B, Allel A, Teshome M, Tekal Y, Wolde A. Knowledge, attitude, practice, and factors associated with prevention practice towards COVID-19 among healthcare providers in Amhara region, northern Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *PLOS global Public Health*. 2022;0000171.
 8. Mei Qi Hee, Fatokun O, Abdullah N, Farukkh M., “Assessment of Public Breast Cancer Awareness among Females in Klang Valley, Malaysia”, *Research Square* (February 26th, 2024).
 9. Mónica Vázquez-Calatayud, “Nursing capacity building in health coaching with hospitalised chronic heart failure patients: a quasi-experimental study”, *Contemp Nurse*. 2023. 59(6):443-461.
 10. Basak T. et al; The effect of simulation-based education on patient teaching skills of nursing students: a randomized controlled study. *J Prof Nurs*. 2019;35(5) 417-424.

Patients’ Evaluation of the Outcomes of an Intervention to Improve Nurses’ Health Education Capacity at the 108 Military Central Hospital

Dao Duc Hanh¹, Nguyen Thanh Huong²
¹108 Military Central Hospital
²Hanoi University of Public Health

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of an intervention to improve nurses’ health education at 108 Military Central Hospital from the inpatients’ perspective. **Methods:** Interventional study design with pre- and post-intervention evaluation. The health education capacity of nurses was assessed from the patients’ perspective. A total of 106 patients before the intervention and 106 patients after the intervention (one month later) were selected from 10 clinical departments of the hospital. The measurement scale consisted of 32 questions categorized into two domains—skills and attitude—and demonstrated good reliability, with Cronbach’s alpha ranging from 0.70 to 0.92. **Results:** The intervention program to improve nurses’ health education capacity was developed based on the 6-step Quality Intervention Design (6SquID), including theoretical and practical training, development of health education protocols, application of digital technology-supported videos, guidance, inspection, and supervision. Post-intervention, nurses’ health education capacity improved significantly: the proportion of patients rating nurses’ health education capacity as above average increased from 65% to 87.7% ($p < 0.01$), and the average score for nurses’ health education capacity, as evaluated by patients, increased from 133.74 ± 17.98 to 145.71 ± 15.08 . **Conclusion:** The evaluation from the patients’ perspective shows that the intervention program effectively enhanced nurses’ health education capacity. It should be maintained, expanded, and applied to other departments within the hospital as well as across the military health system to enhance comprehensive, patient-centered care quality.

Keywords: *Health education, capacity improvement, intervention to improve capacity, nurses, patients’ perspective*