

mandibular third molar surgery: a split-mouth clinical study. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2021;26(3):e269.

7. **Rashid N, Subbiah V, Agarwal P, et al.** Comparison of piezosurgery and conventional rotary technique in transalveolar extraction of mandibular third molars: A pilot study. *Journal of*

Oral Biology and Craniofacial Research. 2020;10(4):615-618.

8. **Menziletoglu D, Basturk F, Isik BK, Esen A.** A prospective split-mouth clinical study: comparison of piezosurgery and conventional rotary instruments in impacted third molar surgery. *Oral and maxillofacial surgery*. 2020;24:51-55.

NHẬN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN, KỸ THUẬT VIÊN VỀ SỰ CỐ Y KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Dương Huy Lương¹, Trần Thị Lý²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự cố y khoa là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị không phải do bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả nhận thức của điều dưỡng viên, kỹ thuật viên về sự cố y khoa trong năm 2028-2019 tại Bệnh viện Phổi Trung ương. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang. Nghiên cứu thu thập thông tin từ 363 Điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên Bệnh viện Phổi Trung ương thông qua phiếu phỏng vấn. Số liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng SPSS 22.0. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, 77,4% ĐDV, KTV có kiến thức đạt về SCYK, 60,9% ĐDV, KTV cho rằng SCYK gây tổn thương nhẹ cho NB, không gây tổn hại cho NB (59,2%); có thể gây tử vong (8,8%) và gây tổn hại nặng cho NB (13,5%). Trên 90% ĐDV, KTV tham gia nghiên cứu cho rằng việc báo cáo SCYK là cần thiết, và báo cáo, phân tích SCYK sẽ giúp họ học tập để phòng ngừa tái diễn. 66,1% ĐDV, KTV đã từng báo cáo SCYK. Nguyên nhân ĐDV, KTV báo cáo SCYK chủ yếu là để nhanh chóng xử lý để tránh hậu quả nghiêm trọng (82,1%) và trung thực, trách nhiệm với công việc (66,9%). Nguyên nhân ĐDV, KTV không báo cáo SCYK chủ yếu là do sợ làm liên lụy người khác (39,9%), sợ bị buộc tội (35,5%), đã khắc phục được sự cố (25,3%) và không biết hình thức báo cáo (18,7%). **Từ khóa:** Nhận thức về sự cố y khoa, Điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên

SUMMARY

PERCEPTION OF NURSES AND TECHNICIANS ABOUT MEDICAL ADVERSE EVENTS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Background: Medical adverse events are undesirable situations that occur in the process of diagnosis, care and treatment that are not caused by the patient's disease or condition, affecting the patient's health and life. **Objective:** Description of

perception of nurses and technicians about medical adverse events at the National Lung Hospital, in 2018-2019. **Methods:** Cross-sectional study. The study collected information from 363 nurses and technicians at the National Lung Hospital through questionnaires. Data were entered by Epidata 3.1 and analyzed by SPSS 22.0. **Results:** The finding showed that, 77.4% of nurses and technicians have good knowledge of medical adverse events (SCYK), 60.9% of nurses and technicians thought that SCYK causes mild injury to patients, no harm to patients (59.2%); can cause death (8.8%) and serious harm to patients (13.5%). Over 90% of nurses and technicians thought that reporting SCYK was necessary, reporting and analyzing SCYK would help them learn to prevent recurrence. 66.1% of nurses and technicians have reported about SCYK. The mainly cause why nurses and technicians reported SCYK were to avoid serious consequences (82.1%) and to be honest and responsible for work (66.9%). The reasons why nurses and technicians did not report SCYK were they fear of implicating others (39.9%), fear of being accused (35.5%), having fixed the problem (25.3%) and do not know the form of reporting (18.7%).

Keywords: Perception of medical adverse events, nurses and technicians

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự tiến bộ vượt bậc của ngành Y tế, sự cố y khoa (SCYK) vẫn luôn tồn tại và đang đe dọa đến an toàn NB. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu, báo cáo đưa ra các bằng chứng về việc NB gặp phải các SCYK khi tiếp nhận và sử dụng các dịch vụ y tế [1-6].

SCYK là vấn đề sức khỏe được quan tâm ở mọi quốc gia, kể cả các nước phát triển với nền y học hiện đại. Các SCYK có thể gây ra nhiều tổn thương cho NB, có tổn thương tạm thời làm tăng thời gian điều trị, tăng chi phí điều trị nhưng cũng có những tổn thương vĩnh viễn và thậm chí là tử vong như ở bang Minnesota (Mỹ), theo số liệu thống kê trong báo cáo hàng năm của bang đã ghi nhận năm 2014 có 308 SCYK thì 13 sự cố đã dẫn tới NB tử vong [4]. Báo cáo của Ủy ban châu Âu về An toàn người bệnh ở các nước EU năm 2014 cho biết các sự cố liên quan trực tiếp

¹Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương

Email: dr.luong.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

đến nhiễm khuẩn bệnh viện làm 37.000 người chết/ năm [7]. Ở Mỹ hằng năm có đến một triệu người bị thương và ít nhất 44.000 - 98.000 người tử vong trong bệnh viện do SCYK. Số người chết vì SCYK trong các bệnh viện của Mỹ cao hơn tử vong do tai nạn giao thông, ung thư vú, tử vong do HIV/AIDS là ba vấn đề sức khỏe mà người dân Mỹ quan tâm hiện nay [8].

Ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, SCYK càng cần được quan tâm hơn khi mà sự thiếu thốn về cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc điều trị, sự thiếu kiểm soát trong quản lý, thực hành cá nhân...là những cơ hội cho sự cố xảy ra. Mặc dù vấn đề SCYK có ảnh hưởng nghiêm trọng tới sự an toàn của NB song đây cũng là vấn đề nhạy cảm. Khi SCYK xảy ra, không chỉ có NB và gia đình NB trở thành nạn nhân mà các cán bộ y tế liên quan trực tiếp tới SCYK cũng là nạn nhân trước những áp lực của dư luận xã hội và cũng cần được hỗ trợ về tâm lý. Một trong những rào cản trong quản lý SCYK là những hạn chế về nhận thức của nhân viên y tế, đặc biệt là ĐDV, KTV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Nhận thức của Điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên về sự cố y khoa tại Bệnh viện Phổi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2018 đến tháng 06/2019

2.2. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên đang công tác tại các khoa lâm sàng, cận lâm sàng, trung tâm có giường bệnh, Bệnh viện Phổi Trung ương

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Chọn mẫu toàn bộ theo tiêu chí nghiên cứu
 - Thực tế có 363 ĐDV và KTV tham gia nghiên cứu

2.5. Phương tiện nghiên cứu

Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 2 phần
 - Phần 1- Thông tin chung về ĐTNC: Tuổi, giới, trình độ chuyên môn, vị trí công tác.
 - Phần 2 - Nhận thức của ĐDV, KTV về SCYK: Khái niệm SCYK, phân loại SCYK, hậu quả của SCYK, hình thức báo cáo SCYK, nguyên nhân báo cáo/không báo cáo SCYK

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

- Mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata
 3.1. xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.
 - Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả nhận thức của ĐDV, KTV về SCYK.

2.7. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong

nghiên cứu

- Kiến thức về SCYK được đánh giá dựa trên hiểu biết về khái niệm SCYK và phân loại SCYK với 6 câu hỏi, điểm tổng là 6 điểm.

- Kiến thức về SCYK của ĐDV, KTV được chia thành 2 nhóm:

- + Đạt: ≥ 3 điểm
- + Chưa đạt: < 3 điểm

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- ĐTNC được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

- Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Đạo đức Bệnh viện Phổi Trung ương chấp thuận, phê duyệt trước khi triển khai.

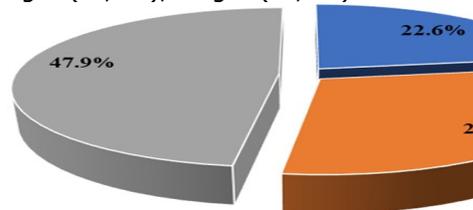
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của ĐDV, KTV

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của ĐDV, KTV (n=363)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	Cao nhất: 60 tuổi Thấp nhất: 22 tuổi Trung bình: 32,5 ± 7,36 tuổi	
Nhóm tuổi	≤ 25 tuổi	61 / 16,8
	26 - 30 tuổi	121 / 33,3
	> 30 tuổi	181 / 49,9
Giới tính	Nam	117 / 32,2
	Nữ	246 / 67,8
Chức danh nghề nghiệp	Điều dưỡng	254 / 70,0
	Kỹ thuật viên	109 / 30,0

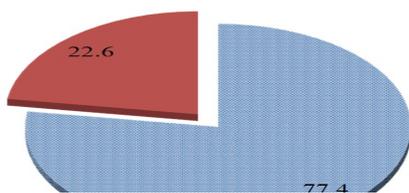
Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy, độ tuổi trung bình của ĐDV, KTV là 32,5 tuổi, nhóm tuổi trên 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,9%), nhóm tuổi từ 25 trở xuống chiếm tỷ lệ thấp nhất (16,8%). Tỷ lệ ĐDV (70%), KTV (30%). Tỷ lệ ĐDV, KTV là nam giới (32,2%), nữ giới (67,8%).



Biểu đồ 3.1. Trình độ chuyên môn của ĐDV, KTV (n=363)

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy, ĐDV, KTV có trình độ đại học/sau đại học (22,6%), trình độ cao đẳng (29,5%) và trình độ trung học (47,9%).

3.2. Nhận thức của ĐDV, KTV về sự cố y khoa



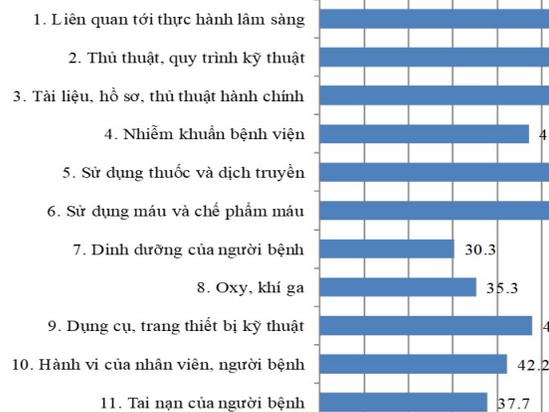
Biểu đồ 3.2. Kiến thức của ĐDV, KTV về SCYK (n=363)

Nhận xét: Kết quả từ Biểu đồ 3.2 cho thấy, 77,4% ĐDV, KTV có kiến thức đạt về SCYK, vẫn còn 22,6% ĐDV, KTV có kiến thức chưa đạt về SCYK.

Bảng 3.2. Nhận thức của ĐDV, KTV về mức độ nguy hại của SCYK đối với NB (n=363)

Mức độ nguy hại tới NB của SCYK	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không tổn hại	215	59,2
Nhẹ	221	60,9
Trung bình	102	28,1
Nặng	49	13,5
Tử vong	32	8,8
Không rõ hậu quả	45	12,4

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy, 60,9% ĐDV, KTV cho rằng SCYK gây tổn thương nhẹ cho NB, 59,2% ĐDV, KTV cho rằng SCYK không gây tổn hại cho NB; chỉ có 8,8% ĐDV, KTV cho rằng SCYK có thể gây tử vong và 13,5% ĐDV, KTV cho rằng sẽ gây tổn hại nặng cho NB.



Biểu đồ 3.3. Nhận thức về phân loại SCYK của ĐDV, KTV (n=363)

Nhận xét: Biểu đồ 3.3 cho thấy, hai nhóm SCYK liên quan tới thực hành lâm sàng của NVYT (67,8%) và SCYK liên quan tới sử dụng thuốc và dịch truyền (65,8%) là những nhóm SCYK được ĐDV, KTV biết đến nhiều nhất. 64,2% ĐDV, KTV biết nhóm SCYK liên quan tới thủ thuật, quy trình kỹ thuật. Tỷ lệ ĐDV, KTV biết tới nhóm SCYK do công tác tổ chức quản lý, cơ sở hạ tầng dinh dưỡng cho NB.

Bảng 3.3: Nhận thức của ĐDV, KTV về mức độ cần thiết của việc báo cáo SCYK (n=363)

Mức độ cần thiết của việc báo cáo SCYK	Cần thiết (%)	Không cần thiết (%)	Không ý kiến (%)
Báo cáo sự cố làm giảm thiểu sự cố	95,3	0,0	4,7
Báo cáo và phân tích SCYK sẽ giúp tôi học tập để phòng ngừa tái diễn	96,4	0,3	3,3
Sẵn sàng tham gia học tập để rút kinh nghiệm	93,1	0,6	6,3
Sẵn sàng báo cáo theo quy định của bệnh viện	95,8	0,3	3,9
Cần tạo điều kiện thuận lợi, khuyến khích nhân viên báo cáo sự cố	96,4	0,6	3,0
Cần trung thực tự đánh giá trách nhiệm của cá nhân	96,1	0,3	3,6

Nhận xét: Theo Bảng 3.3, trên 90% ĐDV, KTV tham gia nghiên cứu cho rằng việc báo cáo SCYK là cần thiết, và báo cáo, phân tích SCYK sẽ giúp họ học tập để phòng ngừa tái diễn (96,4%). Bệnh viện cần tạo điều kiện thuận lợi, khuyến khích nhân viên báo cáo SCYK (96,4%).

Bảng 3.4. Thực trạng ĐDV, KTV quả báo cáo SCYK và nguyên nhân (n=363)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Báo cáo SCYK		
Đã từng	240	66,1
Chưa bao giờ	123	33,9
Nguyên nhân báo cáo SCYK		
Trung thực, trách nhiệm với công việc	243	66,9
Nhanh chóng xử lý để tránh hậu quả nghiêm trọng	298	82,1
Thực hiện quy định của bệnh viện	188	51,8
Khác	4	1,1
Nguyên nhân KHÔNG báo cáo SCYK		
Sợ bị buộc tội	129	35,5
Sợ làm liên lụy người khác	145	39,9
Không biết hình thức báo cáo	68	18,7
Bệnh viện chưa có quy định	9	2,5
Khác (khắc phục được sự cố)	92	25,3

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy, 66,1% ĐDV, KTV đã từng báo cáo SCYK. Nguyên nhân ĐDV, KTV báo cáo SCYK chủ yếu là để nhanh chóng xử lý để tránh hậu quả nghiêm trọng (82,1%) và trung thực, trách nhiệm với công việc (66,9%). Nguyên nhân ĐDV, KTV không báo cáo SCYK là do sợ làm liên lụy người khác (39,9%), sợ bị buộc tội

(35,5%), đã khắc phục được sự cố (25,3%) và không biết hình thức báo cáo (18,7%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm tuổi, giới, trình độ chuyên môn của ĐTNK: Trong tổng số ĐDV, KTV tham gia nghiên cứu có 7,8% là nữ giới, độ tuổi trung bình là 32,5 tuổi; cao nhất là 60 tuổi; thấp nhất là 22 tuổi. Về trình độ chuyên môn của ĐD, KTV tại Bệnh viện chủ yếu là trung học (49,9%), cao đẳng (29,5%), đại học/sau đại học (22,6%). Tỷ lệ này phù hợp với thực trạng ngành Điều dưỡng Việt Nam và tương đồng với một số nghiên cứu đã công bố.

Nhận thức của ĐDV, KTV về SCYK: Kết quả nghiên cứu cho thấy, 77,4% ĐTNK có kiến thức "Đạt" về SCYK, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thiêm tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông (với tỷ lệ 78,3%), cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Lam tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn (với tỷ lệ 40%) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên (với tỷ lệ 22,3%). Tuy nhiên, kiến thức về SCYK của ĐDV, KTV cần nâng cao hơn nữa, vì hiểu biết về SCYK không đầy đủ sẽ có thể dẫn đến các sai lầm như: không nhận thức đúng mức độ nguy hiểm của SCYK, không có kiến thức để xử trí các vấn đề liên quan đến sự cố, không có thái độ đúng mực với NB khi sự cố xảy ra. Do vậy, đây là một vấn đề rất quan trọng cần được các nhà quản lý cơ sở y tế quan tâm, giải quyết trong thời gian tới.

Trong 13 nhóm SCYK, nhóm sự cố liên quan tới thực hành lâm sàng và sự cố liên quan tới sử dụng thuốc/dịch truyền chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 67,8% và 64,9% (Biểu đồ 3.3). Điều này cho thấy sai sót trong dùng thuốc có thể xảy ra trong tất cả các hoạt động: kê đơn, cấp phát, bảo quản và sử dụng thuốc. Do công việc hàng ngày của ĐDV liên quan nhiều tới việc dùng thuốc, dịch truyền cho NB, nên khi sự cố xảy ra thì cũng được nhận biết nhiều hơn. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Mỹ Linh và cộng sự (2008 - 2010) tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy (có 30% sự cố liên quan đến thuốc) [9]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn (363 so với 60 mẫu) và nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy chỉ khảo sát trong hoạt động sử dụng thuốc của ĐDV. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu nhận thức của 92 ĐDV về những thiếu sót trong thực hiện thuốc của Hassan H và cộng sự năm 2009 ở Malaysia kết quả có 93,75% ĐDV cho rằng thiếu sót thường xảy ra trong 5 năm làm việc đầu tiên của họ.

Bảng 3.2 cho thấy hậu quả của SCYK mà ĐDV, KTV biết chủ yếu ở mức độ nhẹ (60,9%), không gây tổn hại (59,2%), mức độ trung bình (28,1%), mức độ nghiêm trọng (13,5%), tử vong (8,8%). Kết quả này thấp hơn so với báo cáo của bang Minnesota (Mỹ) năm 2012 hậu quả của SCYK có 28% dẫn tới tàn tật nghiêm trọng và 4% dẫn đến tử vong [4]. Điều này có thể giải thích là do hoạt động báo cáo SCYK tại Việt Nam mới đang ở giai đoạn ban đầu và chưa có số liệu cụ thể công bố chính thức hàng năm từ Bộ Y nên tỷ lệ SCYK được ghi nhận và báo cáo thấp hơn các nước phát triển.

Có 66,1% ĐD, KTV đã từng báo cáo SCYK và có 33,9% ĐD, KTV chưa từng báo cáo SCYK. Nguyên nhân ĐDV, KTV không báo cáo SCYK là do sợ làm liên lụy tới người khác (39,9%), sợ bị buộc tội (35,5%), không biết báo cáo bằng hình thức nào (18,7%), bệnh viện chưa quy định phải báo cáo (2,5%) và 25,3% ĐDV, KTV cho rằng sự cố xảy ra đã được khắc phục không ảnh hưởng tới NB nên không báo cáo, đây chính là rào cản tâm lý khiến ĐDV, KTV không muốn báo cáo SCYK. Vì vậy, để nâng cao ý thức, trách nhiệm của nhân viên y tế trong việc báo cáo SCYK, Bệnh viện cần tổ chức các lớp đào tạo về SCYK, có có hình thức động viên, khuyến khích báo cáo SCYK, việc báo cáo SCYK sẽ không bị quy trách nhiệm cá nhân hay buộc tội. Đặc biệt, đối với các SCYK xảy ra nhưng đã khắc phục được vẫn cần được báo cáo, vì rất có thể sự cố ấy lặp lại sau này thì sẽ để lại hậu quả nghiêm trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

77,4% ĐDV, KTV có kiến thức đạt về SCYK, vẫn còn 22,6% ĐDV, KTV có kiến thức chưa đạt về SCYK. 60,9% ĐDV, KTV cho rằng SCYK gây tổn thương nhẹ cho NB, 59,2% ĐD, KTV cho rằng SCYK không gây tổn hại cho NB; chỉ có 8,8% ĐDV, KTV cho rằng SCYK có thể gây tử vong và 13,5% ĐDV, KTV cho rằng sẽ gây tổn hại nặng cho NB.

Tên 90% ĐDV, KTV tham gia nghiên cứu cho rằng việc báo cáo SCYK là cần thiết, và báo cáo, phân tích SCYK sẽ giúp họ học tập để phòng ngừa tái diễn. 66,1% ĐDV, KTV đã từng báo cáo SCYK. Nguyên nhân ĐDV, KTV báo cáo SCYK chủ yếu là để nhanh chóng xử lý để tránh hậu quả nghiêm trọng (82,1%) và trung thực, trách nhiệm với công việc (66,9%). Nguyên nhân ĐDV, KTV không báo cáo SCYK chủ yếu là do sợ làm liên lụy người khác (39,9%), sợ bị buộc tội (35,5%), đã khắc phục được sự cố (25,3%) và không biết hình thức báo cáo (18,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. Monina Klevens, Jonathan R. Edwards, Chesley L. Richards, et al** (2007). Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. Public Health Reports, 122, 160 - 166.
2. **Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng và Phạm Ngọc Trường** (2012). Tỷ lệ mới mắc và yếu tố nguy cơ nhiễm trùng vết mổ tại một số bệnh viện của Việt Nam, 2009 - 2010. Tạp chí y học thực hành, 7.
3. **Phạm Thúy Trinh và cộng sự** (2010). Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 14(1).
4. **11th Annual Public Report** (2015). Adverse Health Events In Minnesota. Minnesota Department of Health, 1 - 114.
5. **Charles Vincent, Krishna Moorthy, Sudip K. Sarker, et al** (2004). Systems Approaches to Surgical Quality and Safety From Concept to Measurement. Annals of Surgery, 239(4), 475 - 482.
6. **Somrat Charuluxananan, Suwanee Suraseranivongse, Prasatnee Jantorn, et al** (2008). Multicentered Study of Model of Anesthesia Related Adverse Events in Thailand by Incident Report (The Thai Anesthesia Incidents Monitoring Study): Results. J Med Assoc Thai 91 (7): 1011-9, 91(7), 1011 - 1019.
7. **European Commission** (2014), "Patient Safety in EU".
8. **Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan và M. S.Donaldson** (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine, 1 - 312.
9. **Nguyễn Thị Mỹ Linh** (2010). Khảo sát về sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa khu vực Lai Cây 2008 - 2010. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, 14(4).

KHẢO SÁT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM DASS 21 VÀ CÁC BIẾN CỐ HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ LÚC NGỦ TẮC NGHẼN

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (NTLNTN) là một rối loạn giấc ngủ thường gặp, ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tâm thần, bao gồm trầm cảm, lo âu và stress. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa mức độ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS 21 và các biến cố hô hấp ở bệnh nhân NTLNTN. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Phòng khám Đại học Y Dược 1. Cỡ mẫu gồm 101 bệnh nhân NTLNTN được chẩn đoán bằng đa ký giấc ngủ. Mức độ trầm cảm, lo âu và stress được đánh giá bằng thang điểm DASS 21, và phân tích tương quan với các chỉ số hô hấp như AHI, SpO₂ thấp nhất và thời gian SpO₂ < 90%. **Kết quả:** 78,2% là nam giới, tỷ lệ nam:nữ là 3,6:1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,51 ± 16,41 tuổi, Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 26,85 ± 5,30 kg/m². Chỉ số ngưng giảm thở AHI trung vị là 38,71 (18,70–54,40), SpO₂ đáy trung bình là 71,72 ± 10,27%, và thời gian SpO₂ < 90% trung vị là 9,60%. Trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) của thang điểm DASS-21 lần lượt là: Trầm cảm: 6,0 điểm (0,0 – 10,0), Lo âu: 10,0 điểm (6,0 – 15,0), Stress: 12,0 điểm (6,0 – 16,0). Hệ số tương quan giữa AHI và điểm trầm cảm rS = -0,07 (p = 0,51), hệ số tương quan giữa AHI và điểm lo âu rS = 0,06 (p = 0,55), hệ số tương quan giữa AHI và điểm stress rS = -0,06 (p = 0,79). Không

Vũ Trần Thiên Quân^{1,2}, Phạm Diễm Thu¹

ghi nhận mối tương quan tuyến tính giữa các điểm DASS 21 với SpO₂ thấp nhất hoặc thời gian SpO₂ < 90%. **Kết luận:** Không ghi nhận mối tương quan giữa các chỉ số DASS 21 với mức độ nặng của NTLNTN hoặc các biến cố hô hấp trong đa ký giấc ngủ. Do đó, cần đánh giá độc lập các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân NTLNTN mà không dựa vào các chỉ số hô hấp để tiên lượng. **Từ khóa:** Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, OSA, DASS-21

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE CORRELATION BETWEEN DASS-21 SCORES AND RESPIRATORY EVENTS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Background: Obstructive Sleep Apnea (OSA) is a common sleep-related breathing disorder that can lead to both physiological and psychological impairments, including depression, anxiety, and stress. **Objective:** To investigate the correlation between depression, anxiety, and stress scores using the DASS 21 scale and respiratory events in patients diagnosed with OSA. **Methods:** This is a descriptive cross-sectional study conducted at the University Medical Center HCMC and its affiliated clinic. A total of 101 patients diagnosed with OSA via polysomnography were included. The severity of depression, anxiety, and stress was assessed using the DASS 21 questionnaire. Spearman's correlation was used to analyze relationships with apnea-hypopnea index (AHI), minimum oxygen saturation (SpO₂), and time spent with SpO₂ < 90%. **Results:** 78.2% of the participants were male, with a male-to-female ratio of 3.6:1. The average age of the study population was 51.51 ± 16.41 years. The mean body mass index (BMI) was 26.85 ± 5.30 kg/m². The median apnea-hypopnea index (AHI) was 38.71 (range: 18.70–54.40). The

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trần Thiên Quân

Email: thienquan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025