

như cũ rất nhanh.

Phẫu thuật lấy u tuyến yên nội soi qua đường mũi xoang bướm đã được nhiều nghiên cứu từ cả các tác giả trong và ngoài nước, các ưu điểm có thể kể ra như cách tiếp cận an toàn, ít xâm lấn trong khi vẫn mang lại hiệu quả cao^[2], rút ngắn thời gian mổ, tỉ lệ biến chứng thấp, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, rút ngắn thời gian và chi phí nằm viện^[5]. Tuy nhiên đây vẫn được xem là kỹ thuật mổ không dễ để triển khai do đòi hỏi dụng cụ phẫu thuật phức tạp cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Mặc dù tỉ lệ biến chứng thấp nhưng một số khi xảy ra lại rất nặng nề, ví dụ như tổn thương xoang hang động mạch cảnh trong mổ, tổn thương cuống tuyến yên, rò dịch não tủy ... có thể gây nhiều khó khăn với các phẫu thuật viên trẻ ít kinh nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Bệnh Cushing chủ yếu gặp ở nữ giới, có đặc điểm lâm sàng rất đặc trưng về kiểu hình. Để chẩn đoán xác định cần kết hợp lâm sàng và các xét nghiệm máu cũng như chụp cộng hưởng từ. Trong đó nhóm nghiên cứu khuyến cáo chụp phim cộng hưởng từ với độ phân giải cao (3.0 T trở lên) để tránh việc bỏ sót những tổn thương u vùng hố yên đặc biệt là Microadenoma.

Về mặt điều trị, phẫu thuật lấy u vẫn được xem là phương pháp điều trị chính. Trong đó phẫu thuật nội soi đã thể hiện được các ưu điểm như tỉ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục

nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Buchfelder M, Nistor R, Fahlbusch R, Huk WJ.** The accuracy of CT and MR evaluation of the sella turcica for detection of adrenocorticotrophic hormone-secreting adenomas in Cushing disease. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1993;14:1183–90.
- Daniel M. Prevedello, M.D., NaDer Pouratian, M.D.,** Management of Cushing's disease: outcome in patients with microadenoma detected on pituitary magnetic resonance imaging. *Journal of Neurosurg* 109:751–759, 2008.
- Erickson D, Erickson B, Watson R, et al.** 3 Tesla magnetic resonance imaging with and without corticotropin releasing hormone stimulation for the detection of microadenomas in Cushing's syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;72(6):793–9.
- FitzPatrick M, Tartaglino LM, Hollander MD, Zimmerman RA, Flanders AE.** Imaging of sellar and parasellar pathology. *Radiol Clin North Am.* 1999;37:101–21. x.
- Samuel S. Shin, M.D., Ph.D., Paul A. Gardner, M.D.** Endoscopic Endonasal Approach for ACTH-Secreting Pituitary Adenomas: Outcomes and Analysis of Remission Rates and Tumor Biochemical Activity with Respect to Tumor Invasiveness. *World Neurosurgery.* 2015. doi: 10.1016/j.wneu.2015.07.065.
- Swearingen and B.M.K. Biller (eds.),** Cushing's Disease, *Endocrine Updates*, DOI 10.1007/978-1-4614-0011-0, © Springer Science+Business Media, LLC 2011.
- Wolfsberger S, Ba-Ssalamah A, Pinker K, et al.** Application of three-tesla magnetic resonance imaging for diagnosis and surgery of sellar lesions. *J Neurosurg.* 2004;100: 278–86.

TÍNH TIN CẬY VÀ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐO STRESS TẠI NƠI LÀM VIỆC (WSS), ỨNG PHÓ THÍCH NGHI (BRCS) VÀ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI (BRS) TRÊN NHÂN VIÊN Y TẾ

Trần Minh Quang¹, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo stress tại nơi làm việc (WSS), ứng phó thích nghi (BRCS) và khả năng phục hồi (BRS) trên nhân viên y tế. **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 100 nhân viên y tế tại Bệnh viện quận 8 Thành phố Hồ Chí Minh

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh

Email: hhnquynhytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 25.01.2022

trong tháng 5 năm 2021. Nhân viên y tế được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền (WSS, BRCS và BRS tiếng Việt). Tính tin cậy của các thang đo được đánh giá bằng chỉ số Cronbach's Alpha, tính giá trị được xác định bằng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích nhân tố khẳng định (CFA). **Kết quả:** Thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt có tính tin cậy cao với hệ số Cronbach's Alpha lần lượt là 0,84, 0,83 và 0,87. Tính giá trị của các thang đo được xác định bằng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích nhân tố khẳng định (CFA) với cho kết quả đáp ứng được các tiêu chuẩn, phản ánh sự phù hợp từ mức độ "phù hợp chấp nhận được" đến "phù hợp tốt" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được. **Kết luận:** Thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt trong nghiên cứu này cho thấy độ tin cậy cao và tính giá trị phù hợp để đánh giá tình

trạng stress tại nơi làm việc, cách ứng phó thích nghi với stress và khả năng phục hồi sau stress ở nhân viên y tế tại Việt Nam.

Từ khóa: Tính tin cậy, tính giá trị, stress nghề nghiệp, ứng phó và phục hồi sau stress, nhân viên y tế Việt Nam.

SUMMARY

RELIABILITY AND VALIDITY OF THE WORKPLACE STRESS SCALE (WSS), BRIEF RESILIENT COPING SCALE (BRCS) AND BRIEF RESILIENCE SCALE (BRS) IN HEALTHCARE WORKERS

Objective: Assessing the reliability and validity of the workplace stress scale (WSS), brief resilient coping scale (BRCS) and brief resilience scale (BRS) in healthcare workers. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 100 healthcare workers at the District 8 hospital, Ho Chi Minh City on May 2021. Healthcare workers were interviewed using self-completed questionnaires (WSS, BRCS and BRS in Vietnamese). The reliability of the scales was assessed by Cronbach's Alpha index, the validity was determined by exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). **Results:** The Vietnamese WSS, BRCS and BRS scales have high reliability with Cronbach's Alpha coefficients of 0,84, 0,83 and 0,87. The validity of the scales was determined by exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) with the results meeting the standards, reflecting the appropriateness from the level of "acceptable fit" to "good fit" between the model and the actual data obtained. **Conclusion:** The WSS, BRCS and BRS scales Vietnamese version show high reliability and appropriate validity to assess workplace stress levels, resilient coping and rehabilitation after stress among Vietnamese healthcare workers.

Keyword: Reliability, validity, workplace stress, resilient coping, Vietnamese healthcare workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress là cách thức giúp cơ thể thích nghi với các tình huống của môi trường. Stress có thể giúp con người tăng khả năng cảnh giác, tạo sự tập trung, tăng khả năng phản ứng, thúc đẩy quá trình làm việc, nhưng stress lâu dài gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, làm cơ thể giảm đi sự thích nghi với các yếu tố môi trường. Nhiều nghiên cứu cho thấy stress kéo dài trên nhân viên y tế (NVYT) sẽ tác động đến ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tâm thần, giảm năng suất và chất lượng công việc của cá nhân và tập thể người lao động.

Cũng như các bệnh viện khác trên cả nước, NVYT tại bệnh viện tuyến quận huyện thành phố Hồ Chí Minh cũng chịu áp lực do công việc gây ra. Mặt khác đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tình trạng stress ở NVYT bằng những thang đo stress và ứng phó với stress có độ tin cậy tốt, nhưng số lượng còn hạn chế, chưa có nhiều nghiên cứu về độ tin cậy và giá trị những thang

đo chuyên dụng để đo lường stress công việc, ứng phó với stress và khả năng phục hồi tâm lý sau stress trên người lao động và NVYT.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm cung cấp thêm những thang đo có độ tin cậy và giá trị tốt để đánh giá chính xác stress công việc, ứng phó với stress và khả năng phục hồi tâm lý sau stress ở người lao động và NVYT. Đề tài được thực hiện với mục tiêu: "Đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo stress tại nơi làm việc (WSS), ứng phó thích nghi (BRCS) và khả năng phục hồi (BRS) trên nhân viên y tế".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế tại bệnh viện tuyến quận huyện thành phố Hồ Chí Minh trong tháng 5 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nhân viên y tế đã ký hợp đồng lao động chính thức từ 6 tháng trở lên. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ban Giám đốc của Bệnh viện. Không có mặt vào thời điểm nghiên cứu. Lao động theo hợp đồng cung ứng dịch vụ bên ngoài.

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

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Theo Boomsma năm 1982-1985 thì các nghiên cứu chủ yếu dựa trên kinh nghiệm (rule of thumb) với cỡ mẫu tối thiểu được đề nghị là 100 hoặc 200, theo Nunnally năm 1967 thì 10 mẫu trên mỗi biến số quan sát [8]. Chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu cần thiết $n = 100$.

2.4. Quy trình nghiên cứu, kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn NVYT tại Bệnh viện quận 8 thành phố Hồ Chí Minh.

Dữ liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn bằng bộ câu hỏi để người tham gia tự điền, cụ thể: Liên hệ các Khoa/Phòng vào giờ giao ban buổi sáng, giới thiệu và trình bày mục đích của nghiên cứu, thực hiện phát phiếu hướng dẫn trả lời và bộ câu hỏi tự điền, hướng dẫn người tham gia trả lời câu hỏi tự điền, hướng dẫn người tham gia trả lời câu hỏi tự điền, thông báo thời gian phát và thu lại bộ câu hỏi tự điền (từ 10 giờ 30 phút đến 11 giờ 30 phút cùng ngày), giám sát việc trả lời bộ câu hỏi tự điền, thu lại bộ câu hỏi lúc 11 giờ 30 phút cùng ngày, quay lại lần 2 nếu người tham gia vắng mặt không tham gia khảo sát lần 1.

Trước khi tiến hành nghiên cứu, tác giả đã xin phép các tác giả để được sử dụng các thang đo, thực hiện chuyển ngữ thang đo và nghiên cứu thử theo quy trình khuyến nghị của Beaton và

cộng sự [2]. Các thang đo sử dụng trong nghiên cứu:

- Stress nghề nghiệp tại nơi làm việc (The Workplace Stress Scale – WSS): gồm 8 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá bằng thang điểm likert gồm 5 mức độ từ 1 đến 5 (các câu 6, 7 và 8 được ghi ngược lại), tổng điểm số của thang đo được tính bằng tổng điểm của 8 câu hỏi [6].

- Ứng phó thích nghi với stress (Brief Resilient Coping Scale – BRCS): gồm 4 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá bằng thang điểm likert gồm 5 mức độ từ 1 đến 5, điểm số của thang đo được tính bằng tổng điểm của 4 câu hỏi [7].

- Khả năng phục hồi sau stress (Brief Resilience Scale – BRS): gồm 6 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá bằng thang điểm likert gồm 5 mức độ từ 1 đến 5 (Các câu số 2, 4 và 6 được tính điểm ngược lại), điểm số của thang đo được tính là điểm trung bình của 6 câu hỏi [3].

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng Excel 16.0, SPSS 20.0, AMOS 20.0. Tính tin cậy nội bộ toàn thang đo được xác định bằng kiểm định phân tích tính tin cậy nội bộ (Cronbach's Alpha) với hệ số Cronbach's Alpha đạt từ 0,6 trở lên [1]. Tính giá trị được xác định bằng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và nhân tố khẳng định (CFA). Phân tích EFA đạt yêu cầu khi giá trị hệ số $0,5 \leq KMO \leq 1$, kiểm định Bartlett's Test có $p < 0,05$, Eigenvalue > 1 , hệ số tải nhân tố $\geq 0,5$ và tổng

phương sai trích $\geq 50\%$ [4]. Phân tích CFA được đánh giá theo mức độ "phù hợp chấp nhận được" đến "phù hợp tốt" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được dựa trên số lượng các chỉ số đạt yêu cầu, cụ thể gồm các chỉ số $\chi^2/df \leq 5$, CFI $\geq 0,8$, GFI $\geq 0,9$, SRMR $\leq 0,08$, RMSEA $\leq 0,08$, TLI $\geq 0,9$ [5].

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh số: 437/HĐĐĐ-ĐHYĐ ngày 14/6/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tính tin cậy nội bộ của các thang đo

Bảng 1. Tính tin cậy nội bộ (Cronbach's Alpha) của các thang đo (n=100)

Bộ câu hỏi	Hệ số Cronbach's Alpha
Stress tại nơi làm việc (WSS)	0,84
Ứng phó thích nghi với stress (BRCS)	0,83
Khả năng phục hồi tâm lý sau stress (BRS)	0,87

Kết quả phân tích độ tin cậy nội bộ của 3 thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt đều cho thấy các giá trị Cronbach's Alpha toàn thang đo đều trên 0,8 (rất tốt).

3.2. Tính giá trị của các thang đo bằng phân tích nhân tố khám phá

Bảng 2. Kiểm định KMO and Bartlett các thang đo (n=100)

Kiểm định KMO and Bartlett	Bộ câu hỏi	
	WSS tiếng Việt	BRCS-BRS tiếng Việt
Hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)	0,835	0,812
Kiểm định Bartlett's (p-value)	<0,001	<0,001

Bảng 3. Phân tích ma trận xoay nhân tố và tổng phương sai (n=100)

Thang đo	Nhân tố	Hệ số tải nhân tố		Trị số Eigenvalue (thành phần)	Tổng phương sai trích (%)
WSS tiếng Việt	Tiêu cực (WSSNPF)	WSS1	0,518	1,128 (2)	61,268
		WSS2	0,738		
		WSS3	0,737		
		WSS4	0,579		
		WSS5	0,772		
	Tích cực (WSSPPF)	WSS6	0,885		
		WSS7	0,819		
		WSS8	0,624		
BRCS-BRS tiếng Việt	Ứng phó	BRCS1	0,771	2,640 (2)	63,784
		BRCS2	0,782		
		BRCS3	0,824		
		BRCS4	0,862		
	Phục hồi	BRS1	0,822		
		BRS2	0,842		
		BRS3	0,861		
		BRS4	0,842		
		BRS5	0,688		
		BRS6	0,636		

Kết quả phân tích nhân tố khám phá (EFA) thang đo WSS và BRCS-BRS tiếng Việt cho thấy hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) đều >0,80. Giá trị p-value của kiểm định Bartlett's Test là $p < 0,001$ cho thấy có sự tương quan với nhau của các biến quan sát trong nhân tố. Trị số

Eigenvalue đều ≥ 1 nên được giữ lại trong mô hình phân tích. Tổng phương sai trích đều >50% cho thấy mô hình EFA là phù hợp. Các giá trị hệ số tải nhân tố trong bảng ma trận xoay của các câu hỏi WSS1 đến WSS8, BRCS1 đến BRCS4 và BRS1 đến BRS6 đều cho giá trị >0,5.

3.3. Tính giá trị của các thang đo bằng phân tích nhân tố khẳng định

Bảng 4. Kết quả phân tích nhân tố khẳng định các thang đo (n=100)

Bộ câu hỏi	Chi ² (df)	CFI	SRMR	RMSEA (CI 90%)	TLI	GFI
WSS-V (2 nhân tố)	24,692 (18)	0,973	0,053	0,061 (0,000-0,116)	0,958	0,942
WSS-V (2 nhân tố)	40,364 (19)	0,913	0,069	0,107 (0,060- 0,152)	0,872	0,911
BRS-V (1 nhân tố)	10,915 (8)	0,990	0,031	0,061 (0,000-0,141)	0,981	0,965
BRS-V (1 nhân tố)	16,850 (9)	0,973	0,040	0,094 (0,008- 0,162)	0,954	0,951
BRCS-V (1 nhân tố)	6,508 (2)	0,969	0,037	0,150 (0,028-0,286)	0,908	0,971
BRCS-BRS (V) (2 nhân tố)	39,106 (34)	0,988	0,052	0,039 (0,00-0,86)	0,984	0,930

Kết quả phân tích nhân tố khẳng định (CFA) thang đo WSS tiếng Việt gồm 2 nhân tố cho thấy với giá trị $df=18$ thì giá trị $Chi^2/df < 3$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA < 0,08$, $TLI > 0,9$, $GFI > 0,9$. Còn mô hình với giá trị $df=19$ thì giá trị $Chi^2/df < 3$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA > 0,08$, $TLI < 0,9$, $GFI > 0,9$.

Kết quả phân tích nhân tố khẳng định (CFA) thang đo BRS tiếng Việt 1 nhân tố cho thấy với giá trị $df=8$ thì giá trị $Chi^2/df < 3$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA < 0,08$, $TLI > 0,9$, $GFI > 0,9$. Còn mô hình với giá trị $df=9$ thì giá trị $Chi^2/df < 3$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA > 0,08$, $TLI > 0,9$, $GFI > 0,9$.

Kết quả phân tích nhân tố khẳng định (CFA) thang đo BRCS tiếng Việt 1 nhân tố cho thấy với giá trị $df=2$ thì giá trị $Chi^2/df < 5$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA > 0,08$, $TLI > 0,9$, $GFI > 0,9$. Ngoài ra kết quả phân tích nhân tố khẳng định (CFA) thang đo BRCS-BRS tiếng Việt gồm 2 nhân tố cho thấy với giá trị $df=34$ thì giá trị $Chi^2/df < 3$, $CFI > 0,9$, $SRMR < 0,08$, $RMSEA < 0,08$, $TLI > 0,9$, $GFI > 0,9$.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi thực hiện việc chuyển ngữ theo quy trình phù hợp và nghiên cứu thử để đánh giá tính phù hợp về ngôn ngữ và phù hợp về văn hóa tại Việt Nam, các thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt được đưa vào nghiên cứu phân tích tính tin cậy nội bộ với cỡ mẫu khoảng 100 nhân viên y tế trước khi đưa vào thực hiện nghiên cứu chính thức, kết quả phân tích Cronbach's Alpha của 3 thang đo đạt giá trị rất tốt, theo tác giả Chu Nguyễn Mộng Ngọc và Hoàng Trọng thì giá trị Cronbach's Alpha từ 0,80 đến 0,94 thì chất lượng đo lường đã là rất tốt [1]. Thang đo WSS tiếng Việt cho giá trị Cronbach's Alpha là 0,84 cao hơn so với nghiên

cứu phát triển thang đo WSS phiên bản tiếng Anh của Marlin Company và American Institute of Stress đạt 0,81 [6]. Thang đo BRCS tiếng Việt cho giá trị Cronbach's Alpha là 0,83 cao hơn so với nghiên cứu phát triển thang đo BRCS tiếng Anh của Sinclair và Wallston năm 2004 đạt 0,71 [7]. Thang đo BRS tiếng Việt cho giá trị Cronbach's Alpha là 0,87 cao hơn so với nghiên cứu phát triển thang đo BRS phiên bản tiếng Anh của Bruce W. Smith và cộng sự năm 2008 đạt 0,86 [3]. Kết luận chung thì cả 3 thang đo WSS, BRCS và BRS phiên bản tiếng Việt là phù hợp và đạt độ tin cậy khi đo lường các vấn đề về stress công việc, ứng phó thích nghi với stress và phục hồi tâm lý sau stress trên người Việt Nam, người lao động và NVYT. Những nghiên cứu tiếp theo có thể áp dụng 3 thang đo này để đo lường các vấn đề trên, tuy nhiên cũng cần phải thực hiện nghiên cứu thử để kiểm định lại tính tin cậy Cronbach's Alpha trên cỡ mẫu nhỏ ($n=30$) khi muốn áp dụng trên đối tượng khác (không phải nhân viên y tế) để đảm bảo độ tin cậy cho quần thể/dân số nghiên cứu mà các nhà nghiên cứu muốn áp dụng.

Dựa trên cấu trúc của thang đo WSS phiên bản tiếng Anh khi được Marlin Company và American Institute of Stress nghiên cứu xây dựng và phát triển cũng thể hiện rất rõ 5 câu hỏi đầu tiên mang tính chất tiêu cực (ảnh hưởng xấu) gây ra stress và 3 câu cuối mang tính chất tích cực (ảnh hưởng tốt) giảm đi stress, cách ghi điểm 3 câu cuối cũng là là cách ghi điểm ngược lại so với 5 câu đầu. Đồng với thời với kết quả phân tích tính tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha cho thấy toàn thang đo đạt 0,84, chúng tôi tiến hành phân tích nhân tố khám phá EFA với kỳ vọng rằng thang đo WSS phiên bản tiếng Việt sẽ có 2 nhân tố là WSS NPF (tiêu cực) và WSS PPF

(tích cực) cấu thành nên thang đo WSS tiếng Việt [6]. Căn cứ theo các tiêu chuẩn của Hair Joseph và cộng sự về các tiêu chuẩn để đánh giá tính giá trị bằng phân tích nhân tố khám phá thì kết quả phân tích EFA thang đo WSS-V cho thấy mô hình phân tích nhân tố khám phá của chúng tôi là phù hợp cả về học thuyết và kiểm định toán học, vì vậy mô hình thang đo WSS-V sẽ gồm 2 nhân tố là WSS NPF (tiêu cực) và WSS PPF (tích cực) cấu thành nên thang đo WSS-V [4].

Dựa vào các khái niệm đã tổng hợp, mục đích xây dựng và phát triển thang đo BRCS của Sinclair và Wallston và thang đo BRS của Bruce W. Smith và cộng sự, cùng với kết quả phân tích tính tin cậy nội bộ Cronbach's Alpha cho thấy toàn thang đo BRCS đạt 0,83 và toàn thang đo BRS đạt 0,87, chúng tôi tiến hành phân tích nhân tố khám phá EFA với kỳ vọng rằng thang đo BRCS-BRS phiên bản tiếng Việt sẽ có 2 nhân tố là BRCS (ứng phó) và BRS (phục hồi) cấu thành nên thang đo BRCS-BRS tiếng Việt [3], [7]. Căn cứ theo các tiêu chuẩn của Hair Joseph và cộng sự về các tiêu chuẩn để đánh giá tính giá trị bằng phân tích nhân tố khám phá thì kết quả phân tích EFA thang đo BRCS-BRS (V) cho thấy mô hình phân tích nhân tố khám phá của chúng tôi là phù hợp cả về học thuyết và kiểm định toán học, vì vậy mô hình thang đo BRCS-BRS (V) sẽ gồm 2 nhân tố là BRCS (ứng phó) và BRS (phục hồi) cấu thành nên thang đo BRCS-BRS (V) [4].

Đối chiếu kết quả của chúng tôi với các tiêu chuẩn của Hu và Bentler thì mô hình WSS phiên bản tiếng Việt với $df=18$ phù hợp tốt hơn mô hình $df=19$ về các tiêu chuẩn đánh giá tính giá trị cấu trúc và việc phản ánh sự phù hợp giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được, nếu lựa chọn mô hình tốt nhất thì vẫn là mô hình WSS tiếng Việt ($df=18$), tiếp đến là WSS tiếng Việt ($df=19$) vì về mặt tổng thể tất cả các giá trị tiêu chuẩn thì vẫn có thể đồng ý mô hình WSS tiếng Việt ($df=19$) ở mức độ "phù hợp chấp nhận được" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được của chúng tôi [5].

Dựa trên các tiêu chuẩn của Hu và Bentler và kết quả của chúng tôi thì mô hình BRCS tiếng Việt có giá trị $RMSEA > 0,08$ phản ánh sự không phù hợp giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được, tuy nhiên khi xem xét lại các tiêu chuẩn còn lại thì đều cho các giá trị tiêu chuẩn đạt ngưỡng cho phép của Hu và Bentler, đặc biệt các giá trị χ^2 và $RMSEA$ cũng bị ảnh hưởng bởi kích thước cỡ mẫu, vì vậy khi xem xét tổng thể các tiêu chuẩn đánh giá tính giá trị cấu trúc thì cần phải xem thêm các giá trị như χ^2/df , CFI,

SRMR, GFI để đánh giá chính xác sự phù hợp giữa mô hình với dữ liệu thực tế. Như vậy nhìn chung dựa trên các tiêu chuẩn của Hu và Bentler thì các giá trị tiêu chuẩn của thang đo BRCS tiếng Việt vẫn có thể chấp nhận được vì hầu hết các giá trị tiêu chuẩn để đánh giá tính giá trị cấu trúc đều đạt yêu cầu và chỉ có tiêu chuẩn $RMSEA$ là xa rời với thực tế ($> 0,08$), cho nên vẫn có thể đồng ý ở mức độ "phù hợp chấp nhận được" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được của chúng tôi [5].

Đối chiếu kết quả của chúng tôi với các tiêu chuẩn của Hu và Bentler thì mô hình BRS tiếng Việt ($df=8$) cho các giá trị tiêu chuẩn CFA đều đạt yêu cầu và mô hình BRS tiếng Việt ($df=9$) chỉ có 1 chỉ số không đạt yêu cầu ($RMSEA > 0,08$) theo các tiêu chuẩn đánh giá tính giá trị cấu trúc, vì vậy lựa chọn tốt nhất vẫn là mô hình BRS tiếng Việt ($df=8$), tiếp đến là BRS tiếng Việt ($df=9$) vì về mặt tổng thể tất cả các giá trị tiêu chuẩn thì vẫn có thể đồng ý mô hình BRS tiếng Việt ($df=9$) ở mức độ "phù hợp chấp nhận được" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được của chúng tôi [5].

Căn cứ vào kết quả phân tích với các tiêu chuẩn của Hu và Bentler thì mô hình BRCS-BRS phiên bản tiếng Việt đạt yêu cầu về các tiêu chuẩn đánh giá tính giá trị cấu trúc và việc phản ánh mức độ "phù hợp tốt" về sự phù hợp giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được của chúng tôi [5]. Ngoài ra, khi so sánh mô hình BRCS-BRS tiếng Việt (2 nhân tố) với các mô hình BRCS tiếng Việt (1 nhân tố) và BRS tiếng Việt (1 nhân tố) tách rời nhau, các khái niệm, học thuyết và mô hình về sự liên quan giữa ứng phó và phục hồi có thể thấy sau khi phân tích nhân tố khám phá EFA đã thể hiện được tính độc lập về khả năng đo lường từng nhân tố khi đưa cả 2 thang đo vào cùng một mô hình, các hệ số tải nhân tố chuẩn hóa của từng nhân tố đều tốt và cho thấy các biến quan sát có ý nghĩa thống kê khi kết hợp cả 2 thang đo này với nhau để đo lường sự ứng phó thích nghi với stress và khả năng phục hồi tâm lý sau stress.

V. KẾT LUẬN

Các thang đo về stress tại nơi làm việc (WSS), ứng phó thích nghi (BRCS) và khả năng phục hồi (BRS) phiên bản tiếng Việt cho thấy có tính giá trị và tính tin cậy nội bộ cao. Những nghiên cứu tiếp theo có thể sử dụng thang đo WSS, BRCS, BRS tiếng Việt này để đánh giá tình trạng stress tại nơi làm việc, cách ứng phó với stress và khả năng phục hồi sau stress trên nhân viên y tế hoặc trên các đối tượng thuộc các ngành nghề khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Trọng, Chu Nguyễn Mộng Ngọc.** Phân tích dữ liệu nghiên cứu với SPSS-Tập 2. NXB Hồng Đức, Hà Nội. 2008.
2. **Beaton Dorcas E, Bombardier Claire, Guillemin Francis, Ferraz Marcos Bosi.** Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000; 25 (24): 3186-3191.
3. **Bruce W. Smith, Jeanne Dalen, Kathryn Wiggins, Erin Tooley, Paulette Christopher, Jennifer Bernard.** The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. International Journal of Behavioral Medicine. 2008; 15: 194-200.
4. **Hair Joseph F., Anderson Rolph E., Black William C..** Multivariate Data Analysis-7th Ed. Pearson, Harlow. 2014.
5. **Hu Li-tze, Bentler Peter M..** Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal. (1999); 6 (1): 1-55.
6. **Marlin Company, American Institute of Stress.** The Work Place Stress Scale (WSS) - ANNEXURE IV. 2011.
7. **Sinclair Vaughn G., Wallston Kenneth A..** The development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment. 2004; 11 (1): 94-101.
8. **Wolf Erika J., Harrington Kelly M., Clark Shaunna L., Miller Mark W..** Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. Educational and psychological measurement. 2013; 73 (6): 913-934.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

Nguyễn Trường Sơn¹, Nguyễn Thị Anh Tú²
Nguyễn Thị Vân Hồng^{1,2}, Hoàng Mai Hương²

TÓM TẮT

Hội chứng ruột kích thích là một rối loạn chức năng tiêu hóa thường gặp ở nước ta cũng như trên thế giới, đặc điểm lâm sàng là đau bụng, khó chịu và thay đổi thói quen đại tiện. **Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích. **Đối tượng và phương pháp:** 207 BN trên 18 tuổi, được chẩn đoán hội chứng ruột kích thích theo tiêu chuẩn ROME IV. Tại bệnh viện Bạch mai từ tháng 06/2019 - 09/2020. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) chung của nhóm nghiên cứu là 79,3 (95%CI: 77,2 - 81,3). Lĩnh vực hạn chế ăn uống có điểm CLCS thấp nhất (62,3; 95%CI: 59,2 - 65,4), tiếp theo là lĩnh vực hoạt động thể chất (67,9; 95%CI: 64,9 - 70,9). Lĩnh vực hoạt động xã hội và các mối quan hệ xã hội có điểm CLCS cao tương ứng là 90,6 (95%CI: 89,1 - 92,1) và 94,0 (95%CI: 92,4 - 95,5). - Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có CLCS chủ yếu ở mức độ vừa (87 bệnh nhân tương ứng với 42,0%). Có 12 bệnh nhân (5,8%) có CLCS ở mức rất kém, 42 bệnh nhân (20,3%) có CLCS ở mức kém và 66 bệnh nhân (31,9%) có điểm CLCS ở mức tốt. - Điểm CLCS trên lĩnh vực hoạt động tình dục ở nhóm trên 70 tuổi (100 điểm) cao hơn các nhóm tuổi khác, thấp nhất là ở nhóm tuổi dưới 30 tuổi (77,8; 95%CI: 67,2 - 88,5). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống chung ở mức vừa (42,0%), CLCS ở mức kém và rất kém 26,1%. Các lĩnh

vực hạn chế ăn uống, lo lắng sức khỏe và hoạt động thể chất có điểm CLCS chung ở mức độ kém và vừa (từ 62,3 - 77,9 điểm).

Từ khóa: Hội chứng ruột kích thích, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Irritable bowel syndrome is a common digestive dysfunction in our country as well as in the world, clinical features are abdominal pain, discomfort and change in bowel habits. **Objective:** Evaluate the quality of life in patients with irritable bowel syndrome. **Patients and Methods:** 207 patients are over 18 years old, diagnosed with irritable bowel syndrome according to ROME IV criteria. At Bach Mai hospital from June 2019 to September 2020. **Research method:** Prospective, cross-sectional description. **Results:** The overall quality of life (QOL) score of the study group was 79.3 (95%CI: 77.2 - 81.3). The area of dietary restriction had the lowest QOL score (62.3; 95% CI: 59.2 - 65.4), followed by the physical activity domain (67.9; 95% CI: 64.9 - 70.9). The field of social activities and social relationships had high QOL scores of 90.6 (95% CI: 89.1 - 92.1) and 94.0 (95% CI: 92.4 - 95, respectively). - The study group of patients had mainly moderate QOL (87 patients, 42.0%). There were 12 patients (5.8%) with very poor QOL, 42 patients (20.3%) with poor QOL and 66 patients (31.9%) with a good QOL score. - The QOL score on sexual activity in the group over 70 years old (100 points) is higher than other age groups, the lowest is in the age group under 30 years old (77.8; 95%CI: 67.2 - 88). 5). **Conclusions:** Overall QOL is moderate (42.0%), QOL is poor and very poor 26.1%. The domains of dietary restriction, health anxiety and physical activity have overall QOL scores of poor and

¹Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch mai,

²Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsonbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2022

Ngày duyệt bài: 24.01.2022