

- al. Carcinoma of the corpus uteri. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;83:79-118. doi:10.1016/S0020-7292(03)90116-0
4. J. Stubert, B. Gerber (2016), "Current Issues in the Diagnosis and Treatment of Endometrial Carcinoma", *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 76(2), pp. 170-175
 5. M. Pirog, O. Kacalska-Janssen, T. Bereza et al (2019), "The thin red line - postmenopausal abnormal uterine bleeding with endometrial thickness less than 4 mm", *Contemp Oncol (Pozn)*, 23(1), pp. 43-46
 6. I. Jacobs, A. Gentry-Maharaj, M. Burnell et al (2011), "Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKTOCS cohort", *Lancet Oncol*, 12(1), pp. 38-48
 7. A. Nadaf, H. Rani, S. P. S et al (2017), "Pap Smears in Endometrial Adenocarcinoma: Does It Have a Role?", *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(4), pp. 1145-1150
 8. K. Serdy, I. Yildiz-Aktas, Z. Li et al (2016), "The Value of Papanicolaou Tests in the Diagnosis of Endometrial Carcinoma: A Large Study Cohort From an Academic Medical Center", *Am J Clin Pathol*, 145(3), pp. 350-4
 9. F. Gkrozou, G. Dimakopoulos, T. Vrekoussis et al (2015), "Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding: a meta-analysis on four major endometrial pathologies", *Arch Gynecol Obstet*, 291(6), pp. 1347-54.
 10. J. Chen, L. H. Clark, W. M. Kong et al (2017), "Does hysteroscopy worsen prognosis in women with type II endometrial carcinoma?", *PLoS One*, 12(3), pp. e0174226

CHUYỂN NGỮ VÀ THẨM ĐỊNH BỘ CÂU HỎI CHẤT LƯỢNG SỐNG NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHÂU Á ASIANDQOL

Quang Ánh Nguyệt^{1*}, Nguyễn Xuân Thắng², Bùi Hồng Ngọc²,
Phạm Thị Ngọc Nữ², Nguyễn Mạnh Hùng¹,
Ngô Lê Lan Uyên¹, Phạm Đình Luyện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính nguy hiểm. Tại Việt Nam, ít có các nghiên cứu sử dụng công cụ đo lường chất lượng sống (CLS) chuyên biệt cho người bệnh (NB) ĐTĐ. **Mục tiêu:** Chuyển ngữ và thẩm định bộ câu hỏi CLS NB ĐTĐ châu Á AsianDQOL phiên bản tiếng Việt. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên NB ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park, gồm 3 bước: (1) chuyển ngữ bộ câu hỏi AsianDQOL từ tiếng Anh sang tiếng Việt, (2) Kiểm định và rút gọn bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt sau khi khảo sát sơ bộ (35 NB) bằng kiểm định Cronbach's alpha (CR α), hệ số tương quan biến – tổng (HSTQBT) và phân tích nhân tố khám phá, và (3) kiểm định lại bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn sau khi khảo sát chính thức (163 NB) bằng CR α và HSTQBT. **Kết quả:** Bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn (gồm 17 câu hỏi thuộc 5 khía cạnh) có hệ số CR α là 0,817. Hệ số CR α của từng khía cạnh cao hơn giá trị chấp nhận ($\alpha \geq 0,6$), cụ thể: Chế độ và thói quen ăn uống (0,825), Năng lượng (0,844), Trí nhớ và nhận thức (0,680), Tài chính (0,889), Mỗi quan hệ cá nhân (0,825). HSTQBT của từng biến khảo sát có giá trị lớn hơn giá trị chấp nhận

0,4. **Kết luận:** Bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt rút gọn bước đầu đạt độ tin cậy.

Từ khóa: Chất lượng sống, đái tháo đường, AsianDQOL, bộ câu hỏi, thẩm định.

SUMMARY

TRANSLATION AND VALIDATION OF THE ASIAN DIABETES QUALITY OF LIFE (ASIANDQOL) QUESTIONNAIRE

Background: Diabetes is a dangerous chronic disease. In Vietnam, there are few studies using specialized quality of life questionnaires for diabetic patients. **Objective:** Translation and validation of the Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on outpatients with type 2 diabetes at Vinmec Central Park International Hospital. The study comprised 3 steps: (1) translating the AsianDQOL Questionnaire from English to Vietnamese, (2) validating and shortening the AsianDQOL Questionnaire in Vietnamese after the preliminary survey of 35 patients by analyzing reliability using Cronbach's alpha, item – total correlation and exploratory factor analysis (EFA), and (3) validating the shortened Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire after the official survey of 163 patients by analyzing reliability using Cronbach's alpha. **Results:** The Cronbach's alpha coefficient of the shortened Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire, which includes 17 questions belonging to 5 domains, was 0.817. Cronbach's alpha coefficient of each domain was higher than the accepted value ($\alpha \geq 0.6$): Diet and eating habits (0.825), Energy (0.844), Memory and Cognition (0.680), Finance (0.889), Interpersonal relationship (0.825). The

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Quang Ánh Nguyệt

Email: qanguyet@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

variable-total correlation coefficient of each survey variable was greater than the accepted value of 0.4.

Conclusion: The shortened Vietnamese version of the AsianDQOL Questionnaire has initially achieved reliability.

Keywords: Quality of life, diabetes, diabetic patients, AsianDQOL, questionnaire, validation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính không lây nhiễm phổ biến, tiếp tục gia tăng và trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng[1]. Tỷ lệ người trưởng thành mắc ĐTĐ trên thế giới vào năm 2021 là 9,8%; ở Việt Nam, tỷ lệ này là 6,1%[2]. ĐTĐ nếu không được kiểm soát tốt sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm[1], làm gia tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng sống của người bệnh (NB). Những nghiên cứu đánh giá CLS góp phần nâng cao nhận thức về CLS NB ĐTĐ, giúp đánh giá toàn diện sự khác biệt giữa dự kiến và thực tế điều trị, để từ đó xây dựng các giải pháp cải thiện CLS và gia tăng hiệu quả điều trị cho NB ĐTĐ. Trên thế giới và tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu sử dụng bộ công cụ đo lường CLS tổng quát thay vì sử dụng công cụ chuyên biệt cho NB ĐTĐ[3–6].

Bộ câu hỏi AsianDQOL là công cụ tin cậy và có giá trị để đo lường CLS chuyên biệt cho NB ĐTĐ được phát triển bởi nhóm tác giả S.G.K. Goh và cộng sự (2015). Hiện tại, có 3 phiên bản tiếng Trung, tiếng Anh, tiếng Malaysia, cả 3 phiên bản đều dành cho người Malaysia. Bộ câu hỏi gồm 21 câu hỏi về 5 khía cạnh gồm chế độ ăn, năng lượng, trí nhớ và nhận thức, tài chính, quan hệ cá nhân[7]. Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi này[4] nhưng chưa tìm thấy công bố khoa học nào về việc dịch và thẩm định bộ câu hỏi. Chính vì thế, nghiên cứu này nhằm dịch và thẩm định bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Bộ câu hỏi khảo sát CLS NB ĐTĐ châu Á AsianDQOL của tác giả S.G.K. Goh và cộng sự, đại học Monash, Malaysia, gồm 21 câu hỏi về 05 khía cạnh: Chế độ và thói quen ăn uống (06 câu), Năng lượng (03 câu), Trí nhớ và nhận thức (04 câu), Tài chính (05 câu), Mỗi quan hệ cá nhân (03 câu). Mỗi câu hỏi có 5 mức trả lời. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 100 điểm. NB có tổng điểm càng cao thì CLS càng cao.

Phương pháp nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu: 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1 - Chuyển ngữ và Việt hoá bộ câu

hỏi AsianDQOL: gồm 2 bước: (1) Dịch xuôi: Bản gốc AsianDQOL tiếng Anh được 2 người có kiến thức y dược dịch độc lập sang tiếng Việt, so sánh 2 bản dịch này để tìm những điểm khác biệt và thiếu sót, tổng hợp thành bản dịch xuôi. (2) Dịch ngược: Bản dịch xuôi được 2 người có kinh nghiệm dịch thuật (không được biết về bộ câu hỏi AsianDQOL gốc tiếng Anh và không có nền tảng y khoa) dịch từ tiếng Việt sang tiếng Anh, 2 bản dịch này được so sánh với nhau và với bản gốc tiếng Anh để xác định những khác biệt. Tiến hành thảo luận và thống nhất giải quyết những khác biệt đó, thu được bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt.

Giai đoạn 2 - Kiểm định và rút gọn bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt: Khảo sát sơ bộ, đánh giá độ tin cậy bằng hệ số Cronbach's alpha (CR α) và hệ số tương quan biến – tổng (HSTQBT), phân tích nhân tố khám phá (EFA) để rút gọn bộ câu hỏi.

Giai đoạn 3 - Kiểm định lại bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn: Khảo sát chính thức, đánh giá độ tin cậy của thang đo bằng kiểm định CR α và HSTQBT.

Đối tượng tham gia thẩm định: NB ĐTĐ tipo 2, người châu Á, trên 18 tuổi, điều trị ngoại trú tại Phòng Khám Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Central Park từ 12/2022- 8/2023, có thể giao tiếp bằng tiếng Việt (khảo sát sơ bộ), có thể giao tiếp bằng tiếng Việt/tiếng Anh (khảo sát chính thức).

Cỡ mẫu thẩm định: Khảo sát sơ bộ: 35 NB. Khảo sát chính thức: Số quan sát cần lớn hơn 5 lần số biến, với 21 câu hỏi thì cỡ mẫu tối thiểu là 155. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập nghiên cứu trên 163 NB với phương pháp chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng mẫu cần thiết.

Phân tích thống kê. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Đánh giá độ tin cậy của thang đo thông qua CR α (giá trị chấp nhận là $\alpha \geq 0,7$, hoặc $\geq 0,6$ nếu khái niệm đang đo lường là mới hoặc mới đối với người trả lời trong bối cảnh nghiên cứu) và HSTQBT (các biến có HSTQBT $> 0,4$ được chấp thuận; $< 0,3$ sẽ bị loại; từ 0,3-0,4 sẽ xem xét tùy thuộc mức độ tương quan với các biến khác trong thành phần và tình hình thực tế).

Phân tích nhân tố khám phá: Phân tích thích hợp khi trị số Kaiser – Mayer – Olkin (KMO) từ 0,5-1, xác xuất của trị thống kê H_0 "các biến không tương quan với nhau" trong kiểm định Bartlett $< 0,05$. Phương pháp phân tích nhân tố rút thành phần chính với phép quay Varimax. Chỉ giữ lại nhân tố nào có Eigenvalues > 1 . Tổng phương sai trích $\geq 50\%$. Các biến phải có hệ số

tải > 0,5 trong 1 nhân tố. Nếu một biến tải lên ở 2 nhân tố thì chênh lệch hệ số tải phải > 0,2 để đảm bảo tính phân biệt.

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Công ty cổ phần Bệnh viện ĐKQT Vinmec - Trường Đại học VINUNI theo quyết định số 154/2022/CN-HĐĐĐ VMEC ngày 05/12/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chuyển ngữ và Việt hóa bộ câu hỏi AsianDQOL. Nhìn chung, quá trình dịch không có khó khăn đáng kể nào nhưng có một vài thay đổi nhỏ như "unsure" dịch là "không ý kiến"

(không dịch là "không chắc chắn"); "happy" dịch là "thoải mái" (không dịch là "hạnh phúc"), "left out" dịch là "lạc lõng" (không dịch là "bị bỏ rơi"). Bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt được trình bày ở bảng 1.

3.2. Kết quả về kiểm định bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt sau khảo sát sơ bộ. Khảo sát sơ bộ được thực hiện với 35 NB (54,3% là nam giới; độ tuổi trung bình của NB là $57,71 \pm 13,70$ tuổi).

Kiểm định độ tin cậy. Mỗi liên quan của các khía cạnh và độ tin cậy của thang đo được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả kiểm định bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt (n=35)

Khía cạnh	Mã	Biến quan sát	Tương quan biến - tổng	Cronbach's alpha
Chế độ và thói quen ăn uống	AU1	Hài lòng về chế độ ăn hiện tại	0,350	0,798
	AU2	Thoải mái với thói quen ăn uống hiện tại so với trước khi bị ĐTD	0,528	
	AU3	Nhận thấy gánh nặng khi phải tuân thủ chế độ ăn	0,580	
	AU4	Vẫn còn được ăn những món yêu thích so với trước khi bị bệnh ĐTD	0,588	
	AU5	Cảm thấy buồn phiền khi không thể ăn uống tự do như trước đây	0,672	
	AU6	Cảm thấy lạc lõng khi không thể ăn những gì người khác ăn	0,617	
Năng lượng	NL7	Cảm thấy yếu hơn/mệt hơn vì bệnh ĐTD	0,695	0,833
	NL8	Cảm thấy bệnh ĐTD ảnh hưởng đến chất lượng công việc hoặc hoạt động hàng ngày	0,750	
	NL9	Cảm thấy bệnh ĐTD làm hạn chế thực hiện các hoạt động yêu thích	0,670	
Trí nhớ và nhận thức	TN10	Nhận thấy bản thân quên những việc gần đây	0,520	0,742
	TN11	Khó khăn khi hồi tưởng lại những sự kiện gần đây	0,668	
	TN12	Khó khăn khi hồi tưởng lại những sự kiện xảy ra từ lâu	0,781	
	TN13	Khó khăn khi nhận diện khuôn mặt, nơi chốn hoặc con số	0,236	
Tài chính	TC14	Lo lắng về chi phí y tế	0,836	0,926
	TC15	Cảm thấy ĐTD làm gia tăng gánh nặng tài chính của bản thân	0,883	
	TC16	Khó khăn trong việc chi trả chi phí y tế	0,837	
	TC17	Lo lắng về chi phí y tế trong tương lai	0,829	
	TC18	Liên tục lo sợ rằng bản thân là gánh nặng tài chính cho gia đình	0,726	
Mối quan hệ cá nhân	QH19	Mối quan hệ hiện tại với vợ chồng/ người yêu	0,546	0,759
	QH20	Quan hệ tình dục hiện tại so với trước khi bị bệnh ĐTD	0,731	
	QH21	Ham muốn tình dục hiện tại thay đổi so với trước khi bị bệnh ĐTD	0,575	
Tổng				0,875

Các thang đo của từng khía cạnh đều có hệ số Cronbach's alpha đạt yêu cầu phân tích ($\alpha \geq 0,7$). Các biến đều có HSTQBT lớn hơn 0,3, riêng biến TN13 - Khó khăn khi nhận diện khuôn mặt, nơi chốn hoặc con số có HSTQBT là 0,236 (< 0,3), tuy nhiên xét thấy biến này có ý nghĩa

đánh giá nhận thức của NB nên vẫn giữ lại. Nhìn chung, bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt bước đầu đạt độ tin cậy và không có biến nào bị loại.

Phân tích nhân tố khám phá. Sau 2 lần chạy EFA, 04 biến bị loại vì hệ số tải nhỏ hơn

0,5, mức chênh lệch hệ số tải nhỏ hơn 0,2. Các biến bị loại tương ứng mỗi lần chạy EFA được trình bày ở bảng 2. Ma trận xoay nhân tố của các biến quan sát sau khi chạy EFA lần 2 được trình bày ở bảng 3. Giá trị KMO là 0,607 ($> 0,6$) và giá trị p của kiểm định Bartlett là 0,000 ($< 0,05$) cho thấy các biến có tương quan với nhau trong tổng thể nên việc phân tích nhân tố là thích hợp. 5 nhân tố được rút trích từ 17 biến giải thích được 74,92% biến thiên của các biến quan sát. Bộ câu hỏi AsianDQOL tiếng Việt rút gọn chỉ chứa 17 câu hỏi.

Bảng 2. Các biến quan sát bị loại khi phân tích nhân tố khám phá

Lần chạy	Số biến bị loại	Biến bị loại
1	4	AU4 - Vẫn còn được ăn những món yêu thích so với trước khi bị bệnh ĐTD TN10 - Nhận thấy bản thân quên những việc gần đây TC17 - Lo lắng về chi phí y tế trong tương lai TC18 - Liên tục lo sợ rằng bản thân là gánh nặng tài chính cho gia đình
2	0	

Bảng 3. Ma trận xoay nhân tố sau 2 lần chạy EFA

Biến quan sát	Nhân tố				
	1	2	3	4	5
TC14	0,942				

Bảng 4. Kết quả kiểm định bộ câu hỏi AsianDQOL rút gọn (n=163)

Khía cạnh	Mã	Biến quan sát	Tương quan biến - tổng	Cronbach's alpha
Chế độ và thói quen ăn uống	AU1	Hài lòng về chế độ ăn hiện tại	0,664	0,825
	AU2	Thoải mái với thói quen ăn uống hiện tại	0,565	
	AU3	Nhận thấy gánh nặng khi phải tuân thủ chế độ ăn	0,711	
	AU5	Cảm thấy buồn phiền khi không thể ăn uống tự do	0,690	
	AU6	Cảm thấy lạc lõng khi không thể ăn những gì người khác ăn	0,493	
Năng lượng	NL7	Cảm thấy yếu hơn/mệt hơn vì bệnh ĐTD	0,744	0,844
	NL8	Cảm thấy bệnh ĐTD ảnh hưởng đến chất lượng công việc hoặc hoạt động hàng ngày	0,673	
	NL9	Cảm thấy bệnh ĐTD làm hạn chế thực hiện các hoạt động yêu thích	0,796	
Trí nhớ và nhận thức	TN11	Khó khăn khi hồi tưởng lại những sự kiện gần đây	0,754	0,680
	TN12	Khó khăn khi hồi tưởng lại những sự kiện xảy ra từ lâu	0,701	
	TN13	Khó khăn khi nhận diện khuôn mặt, nơi chốn hoặc con số	0,194	
Tài chính	TC14	Lo lắng về chi phí y tế	0,793	0,889
	TC15	Cảm thấy ĐTD làm gia tăng gánh nặng tài chính của bản thân	0,814	
	TC16	Khó khăn trong việc chi trả chi phí y tế	0,782	
Mối quan hệ cá nhân	QH19	Mối quan hệ với vợ chồng/người yêu	0,725	0,825
	QH20	Quan hệ tình dục hiện tại so với trước khi bị bệnh ĐTD	0,763	
	QH21	Ham muốn tình dục hiện tại thay đổi so với trước khi bị bệnh ĐTD	0,625	
Tổng				0,817

TC15	0,915				
NL9	0,831				
TC16	0,790				
NL8	0,789				
NL7	0,847				0,591
QH20		0,887			
QH21		0,785			
QH19		0,764			
AU6			0,900		
AU5			0,868		
TN12				0,904	
TN11				0,836	
TN13				0,582	
AU1					0,757
AU2			0,564		0,815
AU3					0,694
% phương sai quay nhân tố tích lũy	25,891	39,111	51,357	63,429	74,920
Giá trị KMO				0,607	
Kiểm định Bartlett	Giá trị bình phương xấp xỉ			368,434	
	df			136,000	
	p			0,000	

3.3. Kết quả về kiểm định bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt rút gọn sau khi khảo sát chính thức. 163 NB tham gia khảo sát, trong đó 64,42% là nam giới; độ tuổi trung bình của NB là $57,99 \pm 14,27$. Mối liên quan của các khía cạnh và độ tin cậy của thang đo được thể hiện ở bảng 4.

Hệ số CRa từng khía cạnh của bộ câu hỏi đều đạt giá trị cao hơn giá trị chấp nhận ($\alpha \geq 0,7$), cao nhất ở khía cạnh Tài chính (0,889). Riêng khía cạnh Trí nhớ và nhận thức mặc dù có hệ số CRa là 0,680 (dưới 0,7 nhưng trên 0,6) nhưng có thể sử dụng được do khái niệm đang đo lường là mới đối với người trả lời trong bối cảnh nghiên cứu.

Tất cả các biến quan sát đều có HSTQBT lớn hơn 0,3. Riêng biến TN13 - Khó khăn khi nhận diện khuôn mặt, nơi chốn hoặc con số có HSTQBT 0,194 ($< 0,3$), tuy nhiên xét thấy biến này có ý nghĩa đánh giá nhận thức của NB nên vẫn giữ lại. Nhìn chung, bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt rút gọn đạt độ tin cậy và không có biến nào bị loại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chuyển ngữ. Nghiên cứu này tuy không đủ 5 bước theo hướng dẫn của Beaton và cộng sự[8] do hạn chế về nhân sự nhưng đảm bảo được bước dịch xuôi và dịch ngược, mỗi bước được thực hiện độc lập bởi 2 người thỏa tiêu chí được nêu. Bản dịch cũng đã được bác sĩ chuyên khoa Nội tiết, dược sĩ lâm sàng cùng với người có kinh nghiệm dịch thuật kiểm tra, thảo luận và điều chỉnh để đảm bảo không làm người trả lời hiểu sai. Bản dịch thử nghiệm đã được khảo sát với 35 NB ĐTĐ típ 2, không ghi nhận có điểm nào không rõ ràng hoặc gây khó hiểu.

Trong nghiên cứu này, do hạn chế về nhân sự như đã đề cập, nghiên cứu không đáp ứng tiêu chuẩn người tổng hợp bản dịch xuôi là người thứ 3 độc lập, mà chỉ thực hiện thảo luận giữa 2 người dịch xuôi để thu bản tổng hợp[3]. Ngoài ra, thành phần hội đồng chuyên gia cần 9 người (gồm 5 người dịch; 1 chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu; 2 bác sĩ có chuyên môn về ĐTĐ; 1 dược sĩ lâm sàng)[8]. Tuy nghiên cứu không đáp ứng về số lượng nhưng vẫn đủ các thành phần cần thiết với 6 người gồm 1 người dịch xuôi kiêm được sĩ chủ nhiệm đề tài, 1 người dịch xuôi kiêm được sĩ lâm sàng, 2 người dịch ngược có bằng cử nhân sư phạm tiếng Anh và không có chuyên môn về y tế, 1 chuyên gia trong lĩnh vực nghiên cứu, 1 bác sĩ có chuyên môn về ĐTĐ).

Tóm lại, bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt với quy trình chuyển ngữ khá nghiêm ngặt như trên có thể sử dụng cho đối tượng người Việt Nam.

4.2. Thẩm định bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi có tính nhất quán nội tại tốt với hệ số CRa cho cả 17 câu của bộ câu hỏi là 0,817 $> 0,8$ và không có câu hỏi nào có HSTQBT $< 0,3$, riêng biến TN13 - Khó khăn khi nhận diện khuôn mặt, nơi

chốn hoặc con số có HSTQBT 0,194 ($< 0,3$), tuy nhiên xét thấy biến này có ý nghĩa đánh giá nhận thức của NB nên vẫn giữ lại.

Hệ số CRa từng khía cạnh của bộ câu hỏi đều đạt giá trị cao hơn giá trị chấp nhận ($\alpha \geq 0,7$), cao nhất ở khía cạnh Tài chính (0,889), theo sau là Năng lượng (0,844), Chế độ và thói quen ăn uống (0,825), Mỗi quan hệ cá nhân (0,825). Riêng khía cạnh Trí nhớ và nhận thức có hệ số CRa là 0,680, (dưới 0,7 nhưng trên 0,6) có thể sử dụng được do khái niệm đang đo lường là mới đối với người trả lời trong bối cảnh nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, sau khi phân tích nhân tố khám phá, chỉ loại bỏ 4 biến có hệ số tải nhân tố thấp mà không sắp xếp các biến còn lại theo nhân tố mới. Việc sắp xếp lại các biến và đặt tên nhân tố mới chưa thật cần thiết do không có sự xáo trộn đáng kể các biến (nhân tố thứ 2 tương ứng với khía cạnh Mỗi quan hệ cá nhân, nhân tố thứ 4 tương ứng với khía cạnh Trí nhớ và nhận thức, nhân tố thứ 3 và thứ 5 gộp lại tương ứng với khía cạnh Chế độ và thói quen ăn uống, nhân tố thứ 1 bao gồm các biến của khía cạnh Tài chính và khía cạnh Năng lượng). Do đó, nghiên cứu vẫn giữ nguyên các khía cạnh của bộ câu hỏi gốc để thuận tiện so sánh với các nghiên cứu khác sử dụng cùng bộ công cụ[4].

Nghiên cứu này có các hạn chế sau cần được xem xét khi diễn dịch kết quả. Đầu tiên là độ lặp lại của bộ câu hỏi này chưa được thẩm định do giới hạn về mặt thời gian. Bên cạnh đó, NB lớn tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm tỉ lệ cao (46%), một số NB lớn tuổi không thể tự điền phiếu khảo sát mà có sự hỗ trợ của người thân có thể dẫn đến câu trả lời chưa thật chính xác. Ngoài ra, nghiên cứu này chỉ dựa trên một mẫu NB ĐTĐ típ 2 ngoại trú được thu thập ở một bệnh viện, chưa đại diện được cho toàn bộ dân số NB ĐTĐ ở Việt Nam. Trong tương lai, các nghiên cứu sử dụng phiên bản này trên NB ĐTĐ nội trú cần thực hiện, cũng như trên NB ĐTĐ ở các cơ sở khám chữa bệnh khác trên toàn quốc để có kết quả thẩm định chính xác hơn về các khía cạnh của bộ câu hỏi.

V. KẾT LUẬN

Bộ câu hỏi AsianDQOL phiên bản tiếng Việt rút gọn (gồm 17 câu hỏi thuộc 5 khía cạnh) có thể sử dụng như một công cụ tin cậy để đánh giá CLS NB ĐTĐ típ 2 tại Việt Nam. Việc ứng dụng công cụ này giúp xây dựng chiến lược can thiệp hiệu quả để nâng cao CLS cho NB ĐTĐ típ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. 5481/QĐ-BYT Việt Nam; Dec

- 30, 2020 p. 1–3.
2. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas, 10th edition 2021. 2025. Available from: <https://diabetesatlas.org>
3. **Nguyễn Hương Giang.** Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Quận 9 [Luận văn thạc sĩ Dược học]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2018.
4. **Nguyễn Thị Bích Hải.** Chất lượng cuộc sống của người đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế Thành phố Vĩnh Yên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2018 [Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện]. Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Kadir Shahar H, Mahmud A, Udeani TK.** Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(17):9245.
6. **Phạm Thị Vân Phương PMTA.** Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(2):344–8.
7. **Goh SGK, Rusli BN, Khalid BAK.** Development and validation of the Asian Diabetes Quality of Life (AsianDQOL) Questionnaire. Diabetes Res Clin Pract. 2015;108(3):489–98.
8. **Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB.** Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000;25(24):3186–91.

SO SÁNH THỜI GIAN THỰC HIỆN ĐỨNG LÊN TỪ GHẾ Ở NGƯỜI BỆNH THOÁI HOÁ KHỚP GỐI VÀ NGƯỜI KHOẺ MẠNH

Huỳnh Thị Nhi¹, Ngô Quốc Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh sự khác nhau về thời gian giữa các giai đoạn chuyển động ngồi sang đứng với góc gấp gối 90° và góc gấp gối 120° giữa người bệnh thoái hoá khớp gối (THKG) và người khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Người bệnh THKG và người khỏe mạnh tại cộng đồng khu vực thành phố Hồ Chí Minh, Khoa Vật lý trị liệu bệnh viện An Bình. **Kết quả và bàn luận:** Tổng cộng 20 người tham gia, có 2 nam và 18 nữ tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình 62,85 ± 6,37. Thời gian trong giai đoạn chuẩn bị (CB) khi dịch chuyển từ ngồi sang đứng ở góc gấp gối 90° của nhóm THKG là (0,94 ± 0,34 giây) dài hơn so với nhóm khỏe mạnh là (0,61 ± 0,06 giây) (t = 3,03, p = 0,013). Khi thực hiện ngồi sang đứng với góc gấp gối 120° thì thời gian ở giai đoạn CB của nhóm THKG là (0,95 ± 0,21 giây) dài hơn so với nhóm khỏe mạnh là (0,60 ± 0,09 giây) (t = 4,86, p < 0,001). Ở giai đoạn nâng lên (NL) khi dịch chuyển từ ngồi sang đứng với góc gấp gối 90° của nhóm THKG là (1,12 [0,67; 1,66] giây) dài hơn so với nhóm khỏe mạnh (0,74 [0,71; 0,96] giây) (Z = -2,80, p = 0,005). Dịch chuyển từ ngồi sang đứng với góc gấp gối 120° thì thời gian ở giai đoạn NL nhóm THKG là (0,85 ± 0,24 giây) dài hơn nhóm khỏe mạnh (0,61 ± 0,12 giây) (t = 2,81, p = 0,012). **Kết luận:** Người THKG cần thời gian thực hiện ngồi sang đứng nhiều hơn người khỏe mạnh ở cả hai giai đoạn CB và NL tại hai góc gấp gối 90° và góc gấp gối 120°

Từ khóa: Thời gian, ngồi sang đứng, thoái hoá khớp gối, chiều cao ghế.

SUMMARY

COMPARISON OF TIME TO STAND UP FROM A CHAIR IN PEOPLE WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AND HEALTHY PEOPLE

Objective: Compare the time difference between sitting to standing movements with knee flexion angle 90° and knee flexion angle 120° between patients with knee osteoarthritis and healthy people. **Subjects and methods:** Patients with KOA and healthy people in the Ho Chi Minh city community, Department of Physical Therapy, An Binh hospital. **Results:** A total 20 subject, 2 men and 18 women, participated in the study. Average age 62,85 ± 6,37. The time in the preparation phase (CB) when moving sitting to standing at a knee flexion angle of 90° in the KOA group is (0,94 ± 0,34 seconds) longer than the healthy group is (0,61 ± 0,06 seconds) (t = 3,03, p = 0,013). When performing sit-to-stand with a 120° knee flexion, the time in the CB phase of the KOA group is (0,95 ± 0,21 seconds) longer than the healthy group 0,60 ± 0,09 seconds) (t = 4,86, p < 0,001). In the rising phase (NL), when moving from sitting to standing with a knee flexion angle of 90°, the KOA group was (1,12 [0,67; 1,66] seconds) longer than the healthy group (0,74 [0,71; 0,96] seconds) (Z = -2,80, p = 0,005). Moving from sitting to standing with a knee flexion angle of 120°, the time spent in the NL phase in the KOA group is (0,85 ± 0,24 seconds) longer than the healthy group (0,61 ± 0,12 seconds) (t = 2,81, p = 0,012). **Conclusion:** Patients with KOA need more time to sit to stand than healthy people in both the CB and NL phase at two knee flexion angles of 90° and 120°. **Keywords:** Time, sit to stand, knee osteoarthritis, seat height.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) là kết quả của sự hao mòn và mất dần sụn khớp, phổ biến ở người cao tuổi. Theo Lan Ho-Pham và cộng sự (2014)¹

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Nhi

Email: nhiht@hiu.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025