

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH TRONG VIỆC DỰ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH CHO NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI TỈNH NAM ĐỊNH

Trương Tuấn Anh<sup>1</sup>, Lê Văn Cường<sup>1</sup>

**Keywords:** schizophrenia, primary caregiver, relapse prevention.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kiến thức, thực hành của người chăm sóc chính trong việc dự phòng tái phát bệnh cho người bệnh tâm thần phân liệt và xác định yếu tố liên quan tại tỉnh Nam Định. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 52,2% người chăm sóc chính có kiến thức ở mức khá và tốt; Thực hành tuân thủ tái khám định kỳ đầy đủ có 85,7%, tuân thủ cung cấp dinh dưỡng đầy đủ 357 người (92,7%); tuân thủ quản lý vệ sinh cá nhân 354 người (91,9%), tuân thủ phục hồi chức năng giao tiếp là 79,7%; tuân thủ dùng thuốc là 63,6%, tuân thủ phục hồi chức năng lao động là 32,8,3%; yếu tố về kinh tế gia đình và kiến thức là yếu tố liên quan chính đến thực hành của người chăm sóc với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** kiến thức và thực hành của NCSC còn nhiều hạn chế, cần có biện pháp nâng cao kiến thức và hỗ trợ gia đình người bị TTPL trong điều trị cũng như dự phòng bệnh.

**Từ khóa:** tâm thần phân liệt, người chăm sóc chính, dự phòng tái phát.

## SUMMARY

### THE SITUATION OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF PRACTICES OF PRINCIPAL CAREGIVERS IN PREVENTION OF PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA AT NAM DINH PROVINCE

**Objectives:** to evaluate the knowledge and practice of primary caregivers in preventing relapse of patients with schizophrenia and identify related factors in Nam Dinh province. **Methods:** cross-sectional description. **Results:** 52.2% of primary caregivers had good and good knowledge, and 330 people (85.7%) fully complied with regular check-ups; compliance also provided adequate nutrition for 357 people (92.7%); compliance with personal hygiene management of 354 people (91.9%), compliance with communication rehabilitation for 307 people (79.7%); compliance with medication was 245 people (63.6%), compliance with occupational rehabilitation was 32 people (8.3%); factors about family economy and knowledge are the main factors related to caregivers' practice with  $p < 0.05$ . **Conclusion:** the knowledge and practice of schizophrenia are still limited, it is necessary to take measures to improve knowledge and support families of people with schizophrenia in the treatment and prevention of the disease.

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Cường

Email: levancuong@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là bệnh loạn thần nặng chưa rõ nguyên nhân, có khuynh hướng tiến triển mạn tính, dần dần gây sa sút các mặt hoạt động tâm thần làm cho người bệnh không thể hòa nhập với cuộc sống gia đình cũng như xã hội [3]. Bệnh tâm thần phân liệt nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ dẫn đến sa sút trí tuệ, tự kỷ và mất khả năng lao động, ngày càng trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội [4].

Việc điều trị cho người bệnh (NB) tâm thần phân liệt phải được tuân thủ về tái khám định kỳ, duy trì dùng thuốc, phục hồi chức năng và tái hòa nhập cộng đồng để người bệnh cải thiện các mặt về chức năng tâm lý xã hội, cũng như làm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội [5],[6]. Trong quá trình điều trị này vai trò của người chăm sóc chính (NCSC) là rất quan trọng bởi đó là người luôn ở bên cạnh hỗ trợ chăm sóc và quản lý NB. Nhưng trên thực tế nhiều trường hợp NCSC chưa nhận thức được rõ về bệnh TTPL và sự quan trọng của việc chăm sóc dẫn đến NB không tuân thủ điều trị, bỏ nhà đi lang thang, bệnh cảnh trở nên nặng nề hơn [5]. Điều này là mối nguy hiểm cho bản thân NB, người nhà và xã hội. Do đó NCSC cần phải được cung cấp kiến thức và thực hành về chăm sóc NB tâm thần phân liệt. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kiến thức và thực hành của người chăm sóc chính trong việc dự phòng tái phát bệnh cho người bệnh tâm thần phân liệt và xác định các yếu tố liên quan tại tỉnh Nam Định.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên người chăm sóc chính người bệnh được chẩn đoán xác định là Tâm thần phân liệt đang được điều trị ngoại trú tại tỉnh Nam Định.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người chăm sóc chính  $\geq 18$  tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu
- Người chăm sóc chính cho người bệnh tâm

thần phân liệt đang được điều trị ngoại trú tại tỉnh Nam Định

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người bệnh TTPL đi khỏi địa bàn nghiên cứu hoặc chết trong thời gian nghiên cứu.

**2.1.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2022-4/2022

**2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu chọn ngẫu nhiên được 2 huyện: Ý Yên và Nam Trực làm địa điểm NC.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu**

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

\*Trong đó :  $\alpha$ : là mức có ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha = 0,05$ .

$Z^2_{\alpha/2}$ : ở đây  $Z(0,05/2) = 1,96$

$p = 0,5$  (Theo nghiên cứu của Đinh Quốc Khánh năm 2010, người chăm sóc chính có kiến thức đạt tỷ lệ là 50%)[2].

$d$ : là sai số cho phép, chọn tỷ lệ này là 5%

\* *Cỡ mẫu trong nghiên cứu*: 385

**2.2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu**

A. Bộ công cụ:

Bộ công cụ gồm 4 phần:

Phần A: có 10 câu, bao gồm các thông tin cá nhân của người chăm sóc: giới tính, năm sinh, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mối quan hệ của người chăm sóc với người bệnh,...

Phần B: có 5 câu hỏi về kiến thức về dự phòng tái phát bệnh cho người bệnh TTPL của người chăm sóc chính.

Phần C: có 7 câu hỏi về thực hành về dự phòng tái phát bệnh cho người bệnh TTPL của người chăm sóc chính.

B. Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn.

**2.2.4. Phương pháp phân tích số liệu:**

sử dụng phần mềm SPSS 20 để phân tích số liệu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm người chăm sóc chính.**

Trong tổng 385 người tham gia NC, có 198(51,4%) là nữ, 187 người (48,6%) là nam. Về tuổi: nhóm người cao tuổi có 182 người (47,3%); nhóm người trẻ tuổi (18-40 tuổi) với 50

người (13%); nhóm trung tuổi (41-60) có 153 người (39,7%).

**Bảng 3.1. Đặc điểm về mối quan hệ với người bệnh, trình độ học vấn, nghề nghiệp người chăm sóc chính (n=385)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mối quan hệ với người bệnh	Bố/mẹ	193	50,1
	Anh/chị/em ruột	107	27,8
	Họ hàng	9	2,3
	Hàng xóm	2	0,5
	Vợ/chồng	67	17,5
	Bạn bè	7	1,8

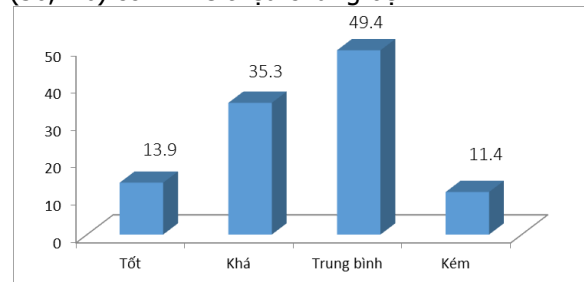
**Nhận xét:** Về mối quan hệ: có 193 người (50,1%) là bố/mẹ; anh/chị/em ruột 107 người (27,8%); vợ/chồng 67 người (17,5%).

**3.2. Kiến thức, thực hành của người chăm sóc**

**Bảng 3.2. Một số mục hiểu biết của người chăm sóc (n= 385)**

Kiến thức	KT đúng SL (%)	KT chưa đầy đủ SL (%)	KT sai SL (%)
Nguyên nhân gây bệnh	79(20,5)	182(47,3)	124(32,2)
Triệu chứng bệnh	140(36,4)	245(63,6)	0(0,0)
Dấu hiệu tái phát bệnh sớm	366(95,1)	19(5,9)	0(0,0)
Tuân thủ dùng thuốc	335(87,0)	50(13,0)	0(0,0)

**Nhận xét:** 366 người có KT về dấu hiệu tái phát bệnh (95,1) và 335 người có KT về tuân thủ dùng thuốc (87,0); duy có 20,5% NCSC có KT đúng về nguyên nhân gây bệnh và 140 người (36,4%) có KT về triệu chứng bệnh.



**Biểu đồ 3.1. Mức KT chung của NCSC**

**Nhận xét:** về kiến thức, có 136 người (35,3%) có hiểu biết mức khá; mức trung bình là 190 người (49,4%), mức kém là 44 người (11,4%) và mức tốt là 15 người (13,9%).

**Bảng 3.3. Thực trạng thực hành dự phòng tái phát bệnh TTPL của người chăm sóc chính**

STT	Nội dung	Thực hành đầy đủ		Thực hành 1 phần		Không thực hành	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
1	Tuân thủ dùng thuốc	88	22,9	245	63,6	52	13,5

<b>2</b>	Tuân thủ tái khám định kỳ	<b>330</b>	85,7	<b>23</b>	6,0	<b>32</b>	8,3
<b>3</b>	Tuân thủ phục hồi chức năng giao tiếp	<b>307</b>	79,7	<b>77</b>	20,0	<b>1</b>	0,3
<b>4</b>	Tuân thủ phục hồi khả năng lao động	<b>32</b>	8,3	<b>353</b>	91,7	<b>0</b>	0,0
<b>5</b>	Tuân thủ cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh	<b>357</b>	92,7	<b>21</b>	5,5	<b>7</b>	1,8
<b>6</b>	Tuân thủ quản lý về vệ sinh cá nhân cho người bệnh	<b>354</b>	91,9	<b>24</b>	6,3	<b>7</b>	1,8

**Nhận xét:** Về thực hành: tuân thủ tái khám định kỳ đầy đủ có 330 người (85,7%); tuân thủ cung cấp dinh dưỡng đầy đủ 357 người (92,7%); tuân thủ quản lý vệ sinh cá nhân 354 người (91,9%), tuân thủ phục hồi chức năng giao tiếp 307 người (79,7%); tuân thủ dùng thuốc là 245 người (63,6%), tuân thủ phục hồi chức năng lao động là 32 người (8,3%).

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của người chăm sóc**

**Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của người chăm sóc**

Yếu tố liên quan	Mức độ kiến thức về dự phòng tái phát bệnh			Mức độ thực hành về dự phòng tái phát bệnh		
	N	p	Hệ số Pearson	N	p	Hệ số Pearson
Tuổi	385	0,27	-0,56	385	0,09	0,08
Thu nhập hàng tháng	385	0,62	0,25	385	0,02	0,11
Mức độ thực hành dự phòng tái phát bệnh TTPL	385	0,003	0,15			
Thời gian chăm sóc người bệnh TTPL	385	0,91	0,06	385	0,72	0,01

**Nhận xét:** Người chăm sóc chính có mức độ kiến thức tốt thì sẽ thực hành dự phòng chăm sóc tái phát bệnh tâm thần phân liệt tốt ( $r=0,15$ ;  $p < 0,05$ ). Những người chăm sóc chính có thu nhập hàng tháng cao sẽ thực hành dự phòng tái phát bệnh tâm thần phân liệt cho người bệnh tốt với mức ý nghĩa thống kê ( $r=0,11$ ;  $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm người chăm sóc.** Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là những người sống cùng gia đình NB và là người thân trong gia đình. Đa số là bố (mẹ) của NB chiếm tỷ lệ 50,1%; anh (chị, em) ruột chiếm tỷ lệ 27,8%. Số còn lại vợ

(chồng), con hoặc họ hàng thân thiết của họ. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Quốc Khánh[2] và NC của Lê Văn Cường người thân là người chăm sóc người bệnh TTPL [1]. Đây là một điều kiện thuận lợi trong chăm sóc NB, bởi vì người chăm sóc chính là những người thân, sống cùng nhà họ có sự đồng cảm với bệnh tình của NB, dễ có sự sẻ chia và yêu thương; mặt khác quá trình giao tiếp, phục hồi chức năng cho người bệnh sẽ được nhiều hơn. Khi người bệnh TTPL tiến triển tốt, hạn chế tái phát bệnh thì gánh nặng cho người chăm sóc chính cũng sẽ giảm đi, cải thiện chất lượng cuộc sống gia đình. Vì vậy, NCSC luôn có động lực và quyết tâm thực hiện dự phòng tái phát bệnh tâm thần phân liệt.

**4.2. Kiến thức, thực hành của người chăm sóc.** Kiến thức chung của NCSC về dự phòng tái phát cho NB mắc TTPL đạt mức khá khiêm tốn, với: 136 người (35,3%) có hiểu biết mức khá; mức trung bình là 190 người (49,4%), mức kém là 44 người (11,4%) và mức tốt là 15 người (3,9%). Chúng tôi xin bàn luận một số điểm chăm sóc chính sau:

**Kiến thức về nguyên nhân gây bệnh, tái phát bệnh:** Tỷ lệ NCSC có nhận thức đầy đủ và chính xác về nguyên nhân gây bệnh khá thấp với 20,5%. Nhiều nguyên nhân làm cho NB tái phát bệnh như: Dùng thuốc không đúng liều, dùng thuốc sớm hoặc lạm dụng thuốc quá mức. Do thời tiết nắng nóng, độ ẩm, tia tử ngoại. Thiếu sự giúp đỡ, tình thương của gia đình và xã hội. Lạm dụng các chất kích thích: thuốc lá, may túy, rượu, bia. Căng thẳng kéo dài, gặp các tai nạn ở vùng đầu. Khi NB tái phát những NCSC không có kiến thức về nguyên nhân gây bệnh sẽ không đưa NB tới ngay các cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời mà họ sẽ áp dụng các kiến thức sai lầm của họ để chăm sóc và điều trị cho NB như: cúng bái, trừ tà, tự ý điều chỉnh thuốc... làm cho tình trạng của NB càng nặng nề thêm.

**Kiến thức về triệu chứng của bệnh:** Có 36,4% NCSC có kiến thức đúng và đầy đủ về triệu chứng bệnh. Việc NCSC không nhận biết được đầy đủ các triệu chứng của bệnh TTPL trong quá trình chăm sóc NB sẽ dẫn tới bỏ qua các dấu hiệu diễn biến dẫn đến bệnh nặng lên. Nghiêm trọng hơn nếu NB xuất hiện các triệu

chứng như: hoang tưởng, ảo thanh, ảo thị, ảo khứu, tự sát... nếu không được phát hiện sớm bệnh diễn biến âm thầm nặng lên và có nguy cơ ảnh hưởng đến tính mạng của NB và những người xung quanh. Theo nghiên cứu khoảng 5-6% người TTPL có tự sát thành công, khoảng 20% có toan tự sát và ý tưởng tự sát [5]. Tự sát là nguyên nhân gây tử vong sớm ở người bị TTPL.

#### **Kiến thức về dấu hiệu tái phát bệnh:**

Tỷ lệ NCSC có kiến thức về dấu hiệu tái phát của bệnh đạt cao với 95,1%. Những người TTPL tái phát lần sau thường có diễn biến nặng nề hơn lần trước. NCSC trong quá trình chăm sóc cần phát hiện sớm các dấu hiệu tái phát bệnh như NB có các biểu hiện như căng thẳng khó chịu, bồn chồn, cắt gắt vô cớ, rối loạn giấc ngủ,...

#### **Kiến thức về xử trí các tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc.**

Phần lớn NCSC có kiến thức về xử trí những tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc điều trị bệnh TTPL với 87%. Các loại thuốc điều trị bệnh TTPL hiện nay gồm 2 loại: Thuốc chống loạn thần điển hình, thuốc chống loạn thần thế hệ 2. Khi NCSC có kiến thức về xử trí tác dụng không mong muốn của thuốc chống loạn thần và việc sử dụng nhóm thuốc chống loạn thần thế hệ 2 ít tác dụng phụ hơn đã giúp cải thiện rất nhiều việc tuân thủ dùng thuốc.

**Thực trạng tuân thủ dùng thuốc của người chăm sóc chính.** Khi đánh giá về tần suất sử dụng thuốc, thời gian dùng thuốc cho NB: liều lượng hàng, uống thuốc đều đặn, đúng giờ hàng ngày chỉ có 22,9% NCSC tuân thủ đúng và thường xuyên. Kết quả này thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Đình Quốc Khánh [2].

**Thực trạng tuân thủ tái khám định kỳ.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người chăm sóc chính tuân thủ đưa NB đi khám bệnh định kỳ thường xuyên khá tốt (85,7%). So với nghiên cứu của Đình Quốc Khánh (90%)[2], kết quả của chúng tôi thấp hơn.

**Thực trạng thực hành phục hồi chức năng cho người bệnh TTPL.** Theo kết quả khảo sát thì tại gia đình có 8,3% NCSC thực hiện tốt khuyến khích, đôn đốc, nhắc nhở NB tham gia lao động hoặc làm các công việc nhẹ nhàng hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Đình Quốc Khánh tỷ lệ NB tham gia lao động là 60% [2].

Phục hồi chức năng tâm lý cho NB thì giao tiếp là một vấn đề không thể thiếu. Kết quả nghiên cứu cho biết có 79,7% NCSC có tham gia trò chuyện với NB để giúp NB phục hồi chức năng tâm lý, ăn cơm cùng NB, giải trí cùng người

bệnh. Kết quả này cho thấy các gia đình đã thực hiện khá tốt việc thực hành phục hồi chức năng lao động, giao tiếp cho người TTPL.

**Thực hành cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh TTPL.** Theo kết quả khảo sát thì tại gia đình số NCSC cho NB ăn uống đầy đủ và đảm bảo chất dinh dưỡng theo khuyến cáo chiếm tỷ lệ khá cao 92,7%. Một chế độ ăn lành mạnh, phù hợp với khẩu vị của người bệnh sẽ làm người bệnh thấy thoải mái, giảm căng thẳng giúp phòng ngừa tái phát bệnh.

**Thực hành chăm sóc vệ sinh cá nhân cho người bệnh TTPL.** Qua khảo sát chúng tôi thấy 91,9% NCSC đôn đốc, nhắc nhở và khuyến khích NB vệ sinh cá nhân hàng ngày. Kết quả này cao hơn so với NC của Đình Quốc Khánh (67%) [2]. Người bệnh tâm thần phân liệt được vệ sinh cá nhân sạch sẽ làm giảm nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng. Đặc biệt giúp đáng về bề ngoài người bệnh gọn gàng, sạch sẽ không bị cộng đồng xa lánh, trêu chọc hay kỳ thị... giúp giảm căng thẳng cho NB.

**4.3. Một số yếu tố liên quan.** Chúng tôi nhận thấy những NCSC có mức thu nhập dưới 1 triệu đồng khi thực hiện chăm sóc dự phòng tái phát bệnh kém hơn so với những người có thu nhập cao ( $r=0,11$ ,  $p<0,05$ ). Nguyên nhân do phần lớn người TTPL thường mắc bệnh ở độ tuổi 18 – 40, đây là độ tuổi lao động để kiếm sống nhưng họ phải lệ thuộc vào gia đình. Trong khi đó NCSC vừa phải đi làm vừa phải quản lý và chăm sóc NB TTPL. Khi điều kiện kinh tế khó khăn việc tiếp cận những dịch vụ y tế, mục tiêu về dinh dưỡng, vệ sinh, phục hồi chức năng và tái hòa nhập cộng đồng cho người bệnh TTPL cũng khó khăn hơn. Do vậy cần nâng cao khả năng lao động của NB, qua lao động NB thấy mình được tôn trọng, được hòa nhập cùng với cộng đồng giúp cho quá trình điều trị đạt hiệu quả tốt.

Mức độ kiến thức và mức độ thực hành chăm sóc người TTPL của NCSC có mối tương quan ( $r=0,15$ ,  $p<0,05$ ). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đình Quốc Khánh [2]. Như vậy, khi NCSC có kiến thức đúng và đầy đủ về bệnh tâm thần phân liệt sẽ áp dụng vào thực hành chăm sóc NB tốt lên.

## **V. KẾT LUẬN**

NCSC cho người TTPL vẫn còn hạn chế về kiến thức và thực hành dự phòng bệnh tái phát. Điều kiện kinh tế và kiến thức liên quan chính đến kiến thức và thực hành của họ. Vì vậy, cần có biện pháp hỗ trợ phù hợp để giúp đỡ những gia đình có người bị TTPL.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Cường** (2018). Thực trạng quản lý và chăm sóc người bệnh TTPL điều trị ngoại trú tại Nam Định. Luận văn Thạc sỹ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Đình Quốc Khánh, Trần Hữu Bình, Nguyễn Thanh Hương** (2011). Kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc chính người bệnh Tâm thần phân liệt tại nhà và một số yếu tố liên quan ở huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc năm 2010. Tạp chí Y tế công cộng 21 (10/2021).
3. **Trần Việt Nghị** (2010). Bệnh học tâm thần nội sinh. Đại học Y Hà Nội.
4. **Thận Văn Quang** (2010). Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán, chăm sóc và quản lý người bệnh tâm thần tại cộng đồng. Nhà xuất bản Lao động.
5. **Koolae A.K & Etemadi A** (2010). The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. International Journal of Social Psychiatry, 56(6), 634-646
6. **Marina E** (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. International Journal of Social Psychiatry. 55(4), 361-371.

## PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ GẮN KẾT CỦA NGƯỜI GIỚI THIỆU THUỐC VỚI NƠI LÀM VIỆC TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2021-2022

Phùng Hà Thị Thu Ba<sup>1</sup>, Hoàng Thy Nhac Vũ<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích các yếu tố liên quan đến sự gắn kết của người giới thiệu thuốc (NGTT) với nơi làm việc tại thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) giai đoạn 2021-2022 theo quan điểm của NGTT. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua bộ câu hỏi khảo sát các yếu tố liên quan đến sự gắn kết của NGTT với nơi làm việc. Mức độ gắn kết được đánh giá trên các khía cạnh riêng lẻ (liên quan đến tính bắt buộc; tình cảm; quy chuẩn) và theo mức độ tổng thể; được quy ra điểm số dựa vào kết quả trả lời của NGTT từ phiếu khảo sát, và được biểu diễn theo giá trị trung vị (tối thiểu - tối đa). Các yếu tố liên quan đến sự gắn kết của NGTT được xác định từ phương trình hồi quy đa biến, theo phương pháp Bayesian Model Averaging (BMA). **Kết quả:** Có 272 phiếu trả lời của NGTT đạt tiêu chí chọn mẫu và được đưa phân tích. Mẫu nghiên cứu có 56,2% nữ; 64,0% NGTT dưới 32 tuổi; 51,5% NGTT có kinh nghiệm làm việc trên 5 năm; 54,4% NGTT đang làm việc tại cơ sở kinh doanh nước ngoài; 54,0% NGTT có thâm niên dưới 5 năm. Theo quan điểm của NGTT, mức đãi ngộ của nơi làm việc là 11,0 (0,0-11,0); tiến độ mục tiêu nghề nghiệp là 4,0 (0,0-4,0); sự phát triển chuyên môn là 4,0 (0,0-4,0); tốc độ thăng tiến là 2,0 (0,0-5,0); tăng lương là 2,0 (0,0-4,0); nhận thức cơ hội nghề nghiệp là 4,0 (0,0-4,0). Điểm gắn kết tổng thể của NGTT trong mẫu nghiên cứu là 12,5 (0,0-21,0). Kết quả từ phương trình hồi quy đa biến ghi nhận các yếu tố có liên quan đến sự gắn kết tổng của NGTT là tuổi, năm kinh nghiệm làm việc, chế độ đãi ngộ, tốc độ thăng tiến, và sự tăng lương. [Sự gắn kết của một NGTT=4,58 - 3,1\*(32 tuổi) - 2,4 \*(kinh nghiệm làm

việc >5 năm) + 0,6\*Điểm chế độ đãi ngộ + 0,9\*Điểm tốc độ thăng tiến + 1,6\*Điểm tăng lương]. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thông tin liên quan đến sự gắn kết của NGTT với nơi làm việc, tạo căn cứ cho các nhà lãnh đạo của cơ sở kinh doanh trong việc xây dựng và phát triển chính sách nhân sự, từ đó, duy trì được sự gắn kết của NGTT một cách tối đa.  
**Từ khóa:** Người giới thiệu thuốc, sự gắn kết, nơi làm việc, cơ sở kinh doanh.

## SUMMARY

### FACTORS IMPACTING THE ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF MEDICAL REPRESENTATIVES IN HO CHI MINH CITY, VIETNAM IN THE PERIOD OF 2021-2022

**Objective:** The study aimed to examine the factors impacting the organizational commitment of medical representatives in their workplace in Ho Chi Minh City, Vietnam, during the period 2021-2022, from the perspective of the medical representatives. **Methods:** A cross-sectional, descriptive study was conducted using a questionnaire survey to assess the factors related to the medical representatives' organizational commitment in pharmaceutical companies. The level of organizational commitment was evaluated based on its continuance, affectiveness, and normativeness aspects, as well as overall. The scores were calculated based on the survey responses. The factors affecting organizational commitment were determined through a multivariable regression equation using the Bayesian Model Averaging (BMA) method. **Results:** A total of 272 valid respondents participated in the study, with 56,2% being female; 64,0% under 32 years old; 51,5% having more than 5 years of work experience; 54,4% working at foreign companies; and 54,0% having less than 5 years of seniority. The median scores for compensation, career goal progress, professional ability development, promotion speed, remuneration growth, and perceived career opportunities were 11,0 (0,0-11,0); 4,0 (0,0-4,0); 4,0 (0,0-4,0); 2,0 (0,0-5,0); 2,0 (0,0-4,0); and

<sup>1</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023