

phần dưới cơ thể. Như vậy, cùng với việc sử dụng thuốc kháng đông, với kích cỡ giải phẫu này có thể duy trì hoạt động cầu nối lâu dài. Theo chúng tôi, việc tạo đường hầm đi trước phúc mạc là rất dễ dàng và việc sử dụng ống ghép Y giúp cân bằng lưu lượng cho cả hai ĐM đùi. Một thay đổi kỹ thuật làm cầu nối khác của tác giả Suzer là mở ngực đường giữa, can thiệp trong tim sau đó mở màng tim bên trái để làm cầu nối từ ĐMC ngực xuống động mạch đùi, cầu nối này đi xuyên cơ hoành sau đó đi sau phúc mạc [8]. Theo chúng tôi, kỹ thuật này phức tạp hơn và có thể gây liệt hoành trái. Chúng tôi ngưng không thực hiện cầu nối nách đùi để điều trị cho nhóm bệnh đặc thù này vì tỷ lệ còn thông sau 5 năm khá thấp từ 55-67,7%. Thêm một lý do nữa là tính thẩm mỹ và BN không thể dùng thắt lưng khi mặc quần vì có thể gây xẹp tắc cầu nối. Ngoại trừ 1 TH phải thay van hai lá, còn lại 3 TH chúng tôi tiến hành bắc cầu ĐMV không tuần hoàn ngoài cơ thể, một lợi điểm rất lớn. Nhờ đó giúp hạn chế các biến chứng liên quan đến chạy tuần hoàn ngoài cơ thể và BN nhanh chóng hồi phục sau mổ. Như vậy có thể thấy cầu nối ngoài giải phẫu ĐMC lên-ĐM đùi hai bên là một giải pháp hiệu quả, dễ thực hiện và phù hợp với những trường hợp đồng thời vừa phải phẫu thuật trên tim vừa phải phẫu thuật tái tưới máu trong bệnh lý chủ-chậu nặng.

## V. KẾT LUẬN

Cầu nối ngoài giải phẫu AABF là một giải pháp hữu hiệu, dễ thực hiện và an toàn trong các trường hợp cần phẫu thuật tim cùng lúc với bệnh lý ĐM chủ-chậu cấp tính. Cũng cần thời gian theo dõi dài hơn và số lượng BN lớn hơn để

có thể đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp phối hợp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eksi Duran N, Duran I, Gürel E, Gündüz S, Gökhan Göi, Biteker M, Özkan M.** Coronary artery disease in patients with peripheral artery disease. *Heart & Lung* 2010; 39 (2):116-120.
2. **Chiu KW, Davies RS, Nightingale PG, Bradbury AW, Adam DJ.** Review of direct anatomical open surgical management of atherosclerotic aorto-iliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2010 Apr; 39(4):460-71.
3. **Sharma G, Scully RE, Shah SK, Madenci AL, Arnaoutakis DJ, Menard MT, Ozaki CK, Belkin M.** Thirty-year trends in aortofemoral bypass for aortoiliac occlusive disease. *J Vasc Surg.* 2018 Dec;68(6):1796-1804.e2.
4. **Indes JE, Mandawat A, Tuggle CT, Muhs B, Sosa JA.** Endovascular procedures for aorto-iliac occlusive disease are associated with superior short-term clinical and economic outcomes compared with open surgery in the inpatient population. *J Vasc Surg.* 2010 Nov;52(5):1173-9, 1179.e1.
5. **Baird RJ, Ropchan GV, Oates TK, Weisel RD, and Provan JL.** Ascending aorta to bifemoral bypass-a ventral aorta. *J Vasc Surg* 1986; 3: 405-10.
6. **Jebara VA, Fabiani JN, Acar C, Chardigny C, Julia P, Carpentier A.** Combined Coronary and Femoral Revascularization Using an Ascending Aorta to Bifemoral Bypass. *Arch Surg.* 1994;129: 275-279.
7. **Bosse C, Ramadan R, Fabre D, and Guihaire J.** Cardiac surgery combined with bypass from the ascending aorta to the bilateral femoral arteries for severe aorto-iliac occlusion: A case series. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;155:1574-7.
8. **Suzer K, Omay O, Ozker E, Indelen C and Gumus B.** Coronary artery bypass grafting and concomitant descending aorta-to-bifemoral artery bypass via sternotomy. *Cardiovascular J. Africa* 2009; 20(5); <https://hdl.handle.net/10520/EJC23285>.

## TỶ LỆ KIẾT SỨC TRONG CÔNG VIỆC Ở NỮ ĐIỀU DƯỠNG, HỘ SINH CHUYÊN NGÀNH SẢN PHỤ KHOA TẠI TP.HCM

Phạm Thanh Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Long<sup>1</sup>, Lê Thị Ngọc Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Đạt<sup>2</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Hội chứng kiệt sức (Burn-out) xuất hiện ở các thầy thuốc lần đầu tiên được mô tả vào năm 1974 bởi

<sup>1</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

chuyên gia tâm lý học người Mỹ Herbert Freudenberger (1). Đây là một hội chứng liên quan đến công việc rất đặc thù của những người công tác trong ngành y tế, nhất là các bác sĩ – những người trực tiếp tham gia hoạt động khám, chữa bệnh tại các BV và các cơ sở y tế khác. Điều đáng lo ngại hơn là hội chứng kiệt sức gần như là hội chứng khá đặc thù dành riêng cho nhân viên y tế đặc biệt trong lĩnh vực sản phụ khoa. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ nhận xét thấy 4 – 70% nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực Sản phụ khoa có hội chứng kiệt sức (Burn-out) chủ yếu cho áp lực phải chăm sóc hai đối tượng, cũng như

những qui định pháp luật và các BV buộc họ phải tuân thủ trong lĩnh vực hoạt động với nhiều rủi ro tai biến như Sản khoa. Hệ thống sản phụ khoa tại các BV TP.HCM đang trải qua những thay đổi to lớn nhằm thích ứng với những yêu cầu mới đồng thời cũng nhiều thách thức và áp lực cho nhân viên y tế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ kiệt sức trong công việc và các yếu tố liên quan ở nữ điều dưỡng, hộ sinh chuyên ngành sản phụ khoa tại TP.HCM. Bằng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, tiến hành tại các khoa sản 9 BV tại TP. HCM từ 1/2/2023 – 31/3/2023 với 800 nữ điều dưỡng, hộ sinh tuổi từ 22 – 55 tuổi. Kết quả ghi nhận được tỷ lệ kiệt sức trong nghiên cứu là 31,4% trong đó cạn kiệt cảm xúc ở mức cao là 14%, mất kiểm soát bản thân ở mức cao là 9,2%, giảm thành tích cá nhân ở mức cao là 21,8%. Qua đó cho thấy, tỷ lệ kiệt sức ở nữ điều dưỡng, hộ sinh làm việc tại các khoa sản TP.HCM là 31,4%.

**Từ khóa:** Nữ điều dưỡng, hộ sinh; kiệt sức nghề nghiệp.

## SUMMARY

### THE PREVALENT OF SYNDROME BRUN-OUT IN FEMALE NURSINGS AND MIDWIFERY IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AT HO CHI MINH CITY

Burn-out syndrome that appeared in physicians was first described in 1974 by American psychologist Herbert Freudenberger (1). This is a very specific work-related syndrome for people working in the medical field, especially doctors - those directly involved in medical examination and treatment activities at hospitals and other health facilities. Additionally, one of the worrying things is that burn out syndrome is almost a specific syndrome reserved for medical staff, especially in the field of obstetrics and gynecology. The American Association of Obstetricians and Gynecologists found that 4 - 70% of medical staff working in the field of Obstetrics and Gynecology had Burn-out syndrome, mainly due to the pressure of taking care for two patients at the same time, as well as legal rules and the hospitals also force them to comply in areas of operation with many risks of complications like Obstetrics and Gynecology. Obstetrics and gynecology system at Ho Chi Minh City Hospitals is undergoing huge changes to adapt to new requirements, so there are many challenges and pressures for medical staff. Therefore, we conducted research to determine the rate of burnout and related factors in female nurses and midwives specializing in obstetrics and gynecology in Ho Chi Minh City. By cross-sectional research design at obstetric departments of 9 hospitals in Ho Chi Minh City from February 1, 2023 - March 31, 2023 with 800 female nurses and midwives aged 22 - 55 years old. Research uses the MBI-HSS toolkit to determine exhaustion. The results recorded that the rate of burnout in the research was 31.4%, of which a high level of emotional exhaustion was 14%, a high level of loss of self-control was 9.2%, and a decrease in personal achievement in the high is 21.8%. Thereby, the rate of burnout among female nurses and midwives working in obstetrics departments in Ho Chi Minh City is 31.4%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng kiệt sức (Burn-out) xuất hiện ở các thầy thuốc lần đầu tiên được mô tả vào năm 1974 bởi chuyên gia tâm lý học người Mỹ Herbert Freudenberger(1). Đây là một hội chứng liên quan đến công việc rất đặc thù của những người công tác trong ngành y tế, những người trực tiếp tham gia hoạt động khám, chữa bệnh tại các BV và các cơ sở y tế khác. Biểu hiện của hội chứng kiệt sức bao gồm các dấu hiệu: kiệt sức, hoài nghi và giảm hiệu quả công việc. Điều đáng lo ngại hơn là hội chứng kiệt sức gần như là hội chứng khá đặc thù dành riêng cho nhân viên y tế đặc biệt trong lĩnh vực sản phụ khoa. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ cho thấy 4 – 70% nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực Sản phụ khoa có hội chứng kiệt sức (Burn-out) chủ yếu cho áp lực phải chăm sóc hai đối tượng, cũng như những qui định pháp luật và các BV buộc họ phải tuân thủ trong lĩnh vực hoạt động với nhiều rủi ro tai biến như Sản khoa. Điều đáng lo ngại hơn là hội chứng kiệt sức gần như là hội chứng khá đặc thù dành riêng cho nhân viên y tế đặc biệt trong lĩnh vực sản phụ khoa. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ nhận xét thấy 4 – 70% nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực Sản phụ khoa có hội chứng kiệt sức (Burn-out) chủ yếu cho áp lực phải chăm sóc hai đối tượng, cũng như những qui định pháp luật và các BV buộc họ phải tuân thủ trong lĩnh vực hoạt động với nhiều rủi ro tai biến như Sản khoa. Nữ hộ sinh thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố gây căng thẳng dẫn đến thường xuyên vắng mặt tại vị trí làm việc và nghỉ việc do mức độ hải lòng của bản thân và công việc thấp (4).

Các vấn đề tâm lý như lo lắng mãn tính và trầm cảm có liên quan đến rối loạn chức năng tình dục ở nữ giới(2). Rối loạn tình dục nữ là những trục trặc lặp đi lặp lại trong đáp ứng tình dục, ảnh hưởng đến tâm lý và quan hệ với bạn tình. Efstathios (3) nghiên cứu trên 108 phụ nữ điều tra tác động của kiệt sức và căng thẳng công việc và chức năng tình dục. Kết quả nghiên cứu cho thấy căng thẳng nghề nghiệp cũng nổi lên như một phương hại đến chức năng tình dục, dẫn đến việc bôi trơn kém hơn và giảm cực khoái.

Hệ thống sản phụ khoa tại các BV TP.HCM đang trải qua những thay đổi to lớn nhằm thích ứng với những yêu cầu mới. Thêm vào đó, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn tình dục và thực trạng burnout ở nhân viên y tế nhất là đối tượng nhân viên nữ làm việc tại các đơn vị sản phụ khoa. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Tỷ lệ nhân viên y tế trong lĩnh vực sản phụ khoa tại

TP.HCM có hội chứng kiệt sức (Burn-out)” nhằm khảo sát các vấn đề nêu trên.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian từ 1/2/2020 – 31/3/2023, chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang, sử dụng phiên bản tiếng Việt của 2 bộ công cụ MBI-HSS và FSFI phỏng vấn nữ điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên từ 22 – 55 tuổi, nhóm có quan hệ tình dục phải có hoạt động tình dục trong vòng 1 tháng và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**2.1. Cỡ mẫu.** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính dựa vào công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang

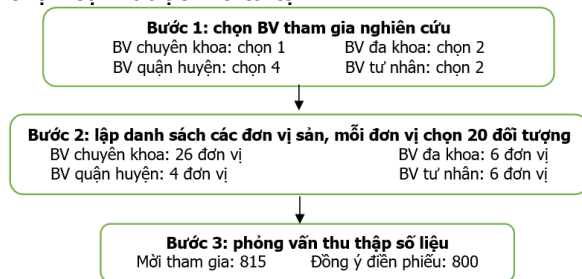
$$n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Với: d: xác suất sai lầm loại I là 0,05;

Tỷ lệ kiệt sức (Burn-out) được chọn p = 0,5 để đảm bảo năng lực mẫu tốt nhất.

Để giảm hiệu ứng thiết kế chúng tôi nhân đôi cỡ mẫu, tổng số mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 768

**2.2. Chọn mẫu.** Kỹ thuật chọn mẫu được áp dụng là kỹ thuật chọn cụm (cluster sampling) thuộc nhóm chọn mẫu xác suất. Cụm trong nghiên cứu này được định nghĩa là đơn vị/khoa sản phụ khoa tại các BV ở Tp.HCM. Phương pháp chọn cụm được mô tả tại hình 1.



**Hình 1: Sơ đồ chọn mẫu**

Bước 1: Chọn ngẫu nhiên 8 BV của TPHCM có chuyên khoa Phụ Sản tham gia vào nghiên cứu.

Bước 2: Liên hệ phòng tổ chức cán bộ BV để lấy danh sách các khoa sản phụ khoa tại BV, danh sách toàn thể nữ hộ sinh, điều dưỡng, kỹ thuật viên đang công tác tại các khoa sản/phụ.

Bước 3: Xác định số lượng mẫu cần chọn ở mỗi khoa – đơn vị sản phụ khoa. Với danh sách BV được chọn, với danh sách tổng các khoa sản phụ, tác giả đếm được có tổng cộng có 41 khoa – đơn vị. Ứng với cỡ mẫu tối thiểu ước tính là 768, tác giả tính được số lượng mẫu ước tính lấy tối thiểu ở từng khoa-đơn vị là 768/41 = 17,8 người/khoa – đơn vị. Để đảm bảo kiểm soát khả năng mất mẫu, khả năng thông tin thu thập không có chất lượng, tác giả chọn 20 người/khoa

– đơn vị cho nghiên cứu này.

**2.3. Công cụ thu thập.** Bộ câu hỏi Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) (6) được Việt hóa và soạn thảo bằng phần mềm Google form.

Bộ câu hỏi này được thiết kế dành cho đối tượng là nhân viên y tế bao gồm 22 câu hỏi được phân thành 3 nhóm: cạn kiệt cảm xúc (EE) có 9 câu; mất kiểm soát bản thân (DP) có 5 câu (5,10,11,15,22); thành tựu cá nhân (PA) có 8 câu (4,7,9,12,17,18,19,21). Mỗi câu hỏi sẽ được đo lường theo thang đo Likert 7 điểm từ “Không bao giờ” (=0), “một vài lần trong 1 năm hoặc ít hơn” (=1), “1 lần trong 1 tháng hoặc ít hơn” (=2), “một vài lần trong một tháng” (=3), “một lần một tuần” (=4), “một vài lần trong một tuần” (=5), “mỗi ngày” (=6).

Burnout	Cạn kiệt cảm xúc	Kiểm soát bản thân	Thành tựu cá nhân
Cao	≥ 27	≥ 10	0 – 33
Trung Bình	19 – 26	6 – 9	34 – 39
Thấp	0 – 18	0 – 5	≥ 40

Cá nhân có rối loạn 1 trong 3 phân nhóm cạn kiệt cảm xúc, kiểm soát bản thân hoặc thành tựu cá nhân ở mức độ cao thì được như có hội chứng kiệt sức.

**Các bước thực hiện**

**Bước 1: Việt hóa bộ câu hỏi MBI-HSS.** Sau khi dịch thuật, thống nhất với các chuyên gia chúng tôi tiến hành phỏng vấn thử nghiệm 110 nữ nhân viên y tế tại BV Từ Dũ. Phỏng vấn thử nghiệm được thực hiện giống qui trình thu nhận mẫu nghiên cứu mục đích đánh giá độ tin cậy của phiên bản dịch tiếng Việt.

**Bảng 1: Thang đo phiên bản tiếng Việt bộ câu hỏi MBI-HSS**

Nhóm	Số câu hỏi	Cronbach’s α (N = 110)
Cạn kiệt cảm xúc (EE)	9	0,95
Mất kiểm soát cá nhân (DP)	5	0,88
Thành tích cá nhân (PA)	8	0,87

Kết quả phân tích bảng 1 cho thấy tất cả các khía cạnh của phiên bản tiếng Việt bộ câu hỏi MBI-HSS đều có Cronbach’s α > 0,7 đạt hệ số tin cậy cần thiết. Các trường hợp phỏng vấn thử nghiệm không tính vào mẫu nghiên cứu.

**Bước 2: Chọn lựa đối tượng nghiên cứu.** Liên hệ phòng tổ chức cán bộ các BV được chọn, lập danh sách nữ điều dưỡng, hộ sinh tại các đơn vị sản khoa. Sử dụng chọn mẫu ngẫu nhiên để chọn các đối tượng nghiên cứu trong danh sách đã lập được.

**Bước 3: Thu thập dữ liệu.** Tại mỗi đơn vị chúng tôi thiết lập phòng thu nhận mẫu kín đáo,

niệt độ quanh 25°C. Đội thu nhận mẫu gồm 2 nữ hộ sinh đã được tập huấn mỗi lần thu nhận 2 đối tượng ở 2 bàn riêng biệt. Một bàn thu nhận đồng thuận tham gia nghiên cứu và 30 câu hỏi tự điền trong vòng 10 phút. Một bàn hướng dẫn thực hiện khảo sát MBI-HSS (22 câu hỏi mất khoảng 10') trên Google form. Việc thực hiện Google form được khuyến cáo thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi được tư vấn, định kỳ hàng ngày lúc 7g chúng tôi kiểm tra việc thực hiện này và nhắc nhở, nếu quá 7 ngày cá nhân không thực hiện khảo sát được xem như mất dấu

**2.4. Xử lý số liệu.** Phân tích số liệu bằng phần mềm R. Mô tả các biến định lượng dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu như phân phối chuẩn, mô tả bằng trung vị và tứ phân vị nếu như phân phối không chuẩn. Mô tả các biến định tính bằng số tuyệt đối và tỷ lệ phần trăm.

**2.5. Y đức.** Tất cả các thông tin cá nhân, bệnh tật của bệnh nhân được giữ kín, được mã hóa và mà chỉ được sử dụng duy nhất cho mục đích nghiên cứu khoa học. Được thông qua HĐĐĐ của Hiệu trưởng Đại học Y được TP.HCM, quyết định số 763/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/10/2022.

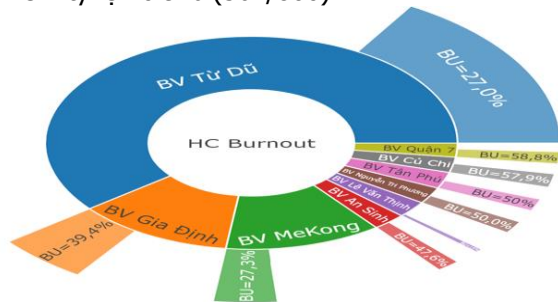
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 2: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (N=800)	Tỷ lệ %
<b>Tuổi*: 38.2 ± 8.3</b>		
22-<31	176	22.0
31-<40	278	34.8
40-<50	242	30.2
50 - 55	176	22.0
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	120	15.0
Đã kết hôn/Sống chung	640	80.0
Ly dị - Góa chồng	40	5.0
<b>Rối loạn giấc ngủ</b>		
Có	361	45.1
Không	439	54.9
<b>Thời gian tiếp xúc bệnh nhân (%)</b>		
<50	24	3.0
50-<100	162	20.2
100	614	76.8
<b>Lương tương xứng công việc</b>		
Phù hợp	567	70.9
Chưa phù hợp	210	26.2
Không ý kiến	23	2.9
<b>Quá tải công việc</b>		
Có	177	22.1
Thỉnh thoảng	508	63.5
Không	115	14.4
<b>BV</b>		
<b>Chuyên khoa (Tử Dũ)</b>	485	60.6
<b>Đa khoa</b>	119	14.9

- Nguyễn Tri Phương	20	
- Gia Định	99	
<b>Quận/huyện</b>	76	9.5
- Lê Văn Thịnh	20	
- Củ Chi	19	
- Tân Phú	20	
- Quận 7	17	
<b>Tư nhân</b>	120	15.0
- An Sinh	21	
- Mê Kông	99	

Đối tượng tham gia nghiên cứu tập trung ở độ tuổi 20-40 tuổi chiếm 60.5% (484/800); đã kết hôn/sống chung chiếm 80.0% (640/800); Các đối tượng tham gia nghiên cứu bị mất ngủ chiếm 45.1% (361/800); Thời gian trung bình tiếp xúc bệnh nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 93.1±17.1%. Trong đó nhiều nhất là nhóm 100% tiếp xúc chiếm 76.8% (614/800); Đa phần các đối tượng tham gia nghiên cứu tự đánh giá lương tương xứng công việc là phù hợp chiếm tỷ lệ 70.9% (567/800).



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ hội chứng kiệt sức (Burnout) ở nhân viên y tế theo BV**

**Bảng 3: Kiệt sức (Burn-out) ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (N=800)	Tỷ lệ %
<b>Rối loạn EE (Cạn kiệt cảm xúc)</b>		
Thấp	555	69.4
Trung bình	133	16.6
Cao	112	14.0
<b>Rối loạn DP (Mất kiểm soát bản thân)</b>		
Thấp	642	80.2
Trung bình	85	10.6
Cao	73	9.2
<b>Rối loạn PA (Thành tựu cá nhân)</b>		
Thấp	492	61.5
Trung bình	134	16.8
Cao	174	21.8
<b>Hội chứng kiệt sức (Burn-out)</b>		
Có	251	31.4
Không	549	68.6

Hội chứng cạn kiệt cảm xúc (EE) các đối tượng tham gia nghiên cứu mức độ cao chiếm 14% (112/800). Hội chứng mất kiểm soát bản thân (DP) các đối tượng tham gia nghiên cứu mức độ cao chiếm 9.2% (73/800). Hội chứng

thành tựu cá nhân (PA) các đối tượng tham gia nghiên cứu mức độ cao chiếm 21.8% (174/800). Hội chứng kiệt sức (Burn-out) ở nhân viên y tế tham gia nghiên cứu chiếm 31.4% (251/800).

#### IV. BÀN LUẬN

Hiệp hội Y học tình dục Châu Âu đã đưa ra các khuyến cáo về khảo sát trực tuyến các nghiên cứu y học tình dục. Trong khuyến cáo này, Hiệp hội cho rằng khuyến khích các nghiên cứu thêm về việc sử dụng phỏng vấn trực tuyến cho các thang đo rối loạn chức năng tình dục truyền thống do căng ngày có nhiều nghiên cứu chứng minh giá trị của phỏng vấn trực tuyến. Bên cạnh đó, có thể tiến hành các nghiên cứu ngẫu nhiên thông qua khảo sát trực tuyến trong trường hợp các can thiệp hoặc đánh giá kết quả không yêu cầu phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu(7).

Tỷ lệ hội chứng kiệt sức của nhân viên y tế trong toàn thể các BV là 31,4% (28,3 – 34,7%), trong đó BV chiếm tỷ lệ thấp nhất là BV Lê Văn Thịnh (15%) và nhiều nhất là BV Quận 7 (58,8%). Các nghiên cứu trước đây báo cáo các tỷ lệ hội chứng kiệt sức trong nhân viên y tế rất thay đổi. Cụ thể, trong nghiên cứu tổng quan hệ thống vào năm 2018 của Lisa S. Rotenstein(8) và cộng sự, tỷ lệ hội chứng kiệt sức trong nhân viên y tế được báo cáo trong khoảng từ 0% đến 80,5%. Nghiên cứu này là tổng hợp từ 182 nghiên cứu về hội chứng kiệt sức trên 109628 bác sĩ ở 45 nước toàn thế giới. Sự không đồng nhất này có thể do tính không nhất quán rõ rệt trong các tiêu chí được sử dụng để xác định và đo lường kiệt sức trong các nghiên cứu đó, khi mà có tới ít nhất 142 định nghĩa khác nhau cho chẩn đoán hội chứng kiệt sức nói chung cũng như từng thành phần trong nó.

Tỷ lệ hội chứng kiệt sức của nhân viên y tế trong toàn thể các BV là 31.4% (28.3 – 34.7%). Khi so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam với cùng đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng, hộ sinh chúng tôi nhận thấy: tỷ lệ kiệt sức của chúng tôi cao hơn so với BV Hùng Vương (22.5%)(9) có lẽ do thời điểm nghiên cứu tại Hùng Vương trước khi đại dịch COVID-19 và cao hơn so với BV Phụ sản TW (19%)(10) có thể do khác biệt về địa lý. Tỷ lệ kiệt sức của chúng tôi cao hơn so với BV Nhi Đồng 1 (75%)(11) có lẽ do tính chất công việc khác nhau.

Tác giả Albendín-García(15) năm 2021 có nghiên cứu tổng hợp trên 5612 nữ hộ sinh từ 27 nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ cạn kiệt cảm xúc EE mức độ cao dao động từ 9.3 đến 38.6%; tỉ lệ mất kiểm soát bản thân (DP) mức độ cao dao

động từ 3.8 đến 14.5%; tỉ lệ giảm thành tựu cá nhân mức độ cao dao động từ 6.7 đến 58%. Kết quả trên cũng tương tự với đối tượng nữ hộ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có rối loạn mức độ cao EE ở mức 14.0%, DP ở mức 9.2% và PA ở mức 21.8%.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiệt sức ở nữ điều dưỡng, hộ sinh làm việc tại các khoa sản TP.HCM là 31.4%. Hội chứng cạn kiệt cảm xúc (EE) mức độ cao là 14%, mất kiểm soát bản thân (DP) mức độ cao là 9.2% và giảm thành tựu cá nhân (PA) mức độ cao là 21.8% (174/800).

Thông qua nghiên cứu có thể thấy tỷ lệ kiệt sức tương đối cao, do đó việc sử dụng phiên bản tiếng Việt của bộ câu hỏi MBI-HSS là rất cần thiết trong hoạt động BV. Các nhà quản lý nên xem tỷ lệ kiệt sức ở nhân viên y tế là một chỉ số chất lượng cần được đo lường định kỳ để làm cơ sở cải tiến cho đội ngũ nhân lực tại các BV và khi đó các yếu tố liên quan xác định nêu trên là định hướng để xây dựng các hành động can thiệp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freudenberger H.J.** Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-65.
2. **Chrousos GP.** Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol.* 2009;5:374-81.
3. **Efstathios Papaefstathiou, Aikaterini Apostolopoulou, Eirini Papaefstathiou, Kyriakos Moysidis.** The impact of burnout and occupational stress on sexual function in both male and female individuals: a cross-sectional study. *Springer Nature.* 2019.
4. **Nora S-M, Luis A-G, José L. G-U, Keyla V-R, Lucia R-B, Elena O-C, et al.** Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(2):641.
5. **Noonan M, Jomeen J, Galvin R, Doody O.** Survey of midwives perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women Birth.* 2018;31:e358–e66.
6. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** Maslach Burnout Inventory Manual. 4 ed. CA: Mind Garden: Menlo Park/Menlo Park; 2016.
7. **Paraskevi-Sofia Kirana, Ahmet Gudeloglu, Andrea Sansone, Sokolakis. I.** Web based research in sexual medicine: a position statement of the European Society for Sexual Medicine. *Sexual Medicine.* 2023;11:1-8.
8. **Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., sự. vc.** Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 2018;320(11):1131-50.
9. **Đặng VH.** Áp lực công việc và các yếu tố liên quan trên nữ hộ sinh tại BV Phụ Sản Hùng Vương. Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Tp.HCM; 2017.
10. **Lê Văn Hùng, Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Bá Tâm.** Kiệt sức nghề nghiệp của điều dưỡng phòng mổ tại BV Phụ sản Trung Ương năm 2022. *Khoa học điều dưỡng.* 2023;6(2):91-9.