



## Nhận thức của nhân viên y tế về các rào cản đối với vận động sớm cho người bệnh tại các khoa chăm sóc đặc biệt: Nghiên cứu đa trung tâm trong Hệ thống Y tế Vinmec

Nguyễn Mạnh Luân<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hoa Huyền<sup>2</sup>, Bé Hồng Thu<sup>3</sup>, Nguyễn Thanh Trà<sup>1</sup>,  
Đặng Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Trần Thị Thùy Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Bảy<sup>1</sup>, Phạm Đức Tiến<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Hà<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, <sup>2</sup>Trường Đại học VinUni, <sup>3</sup>Trường Đại học Thăng Long

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả nhận thức về các rào cản đối với vận động sớm cho người bệnh của nhân viên y tế tại một số bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec năm 2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 12/2025 đến tháng 05/2026 trên 192 nhân viên y tế (bác sĩ hồi sức cấp cứu, điều dưỡng hồi sức cấp cứu, bác sĩ phục hồi chức năng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng) tại 8 bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi PMABS-ICU đã được hiệu chỉnh và kiểm định độ tin cậy. Các rào cản được đánh giá theo ba lĩnh vực: kiến thức, thái độ và hành vi. **Kết quả:** Tỷ lệ nhân viên y tế đồng ý hoặc hoàn toàn đồng ý rằng họ có thể xác định người bệnh cần can thiệp vận động trị liệu và hoạt động trị liệu lần lượt là 61,5% và 64,6%; 74,0% cho biết sẽ hướng dẫn người bệnh tập luyện khi không có chống chỉ định. Có 77,1% nhân viên y tế tin rằng vận động sớm ít nhất một lần mỗi ngày giúp cải thiện kết quả điều trị và 76,0% không cho rằng vận động sớm gây hại cho người bệnh. Đa số đối tượng nhận được sự hỗ trợ từ lãnh đạo (72,9%), thường xuyên thảo luận khả năng vận động của người bệnh trong nhóm chăm sóc (71,3%) và không xem thiếu trang thiết bị (63,6%) hoặc thiếu thời gian (57,8%) là rào cản chính. Điểm trung vị rào cản tổng thể là 26,9 (IQR: 21,5–36,9), trong đó rào cản thái độ có điểm cao nhất (27,8; IQR: 20,0–39,4). **Kết luận:** Nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc hệ thống Vinmec có nhận thức tương đối tốt về vận động sớm cho người bệnh. Rào cản được ghi nhận chủ yếu liên quan đến thái độ và hành vi hơn là kiến thức, đặc biệt là cảm nhận về khối lượng công việc và sự khác biệt trong nhận thức giữa các cá nhân.

**Từ khóa:** Vận động sớm, rào cản, nhận thức, nhân viên y tế, hồi sức tích cực, Vinmec.

## Healthcare professionals' perceptions of barriers to early mobilization of patients in critical care units: A multicenter study within the Vinmec Healthcare System

Nguyen Manh Luan<sup>1</sup>, Nguyen Thi Hoa Huyen<sup>2</sup>, Be Hong Thu<sup>3</sup>, Nguyen Thanh Tra<sup>1</sup>,  
Dang Thi Van Anh<sup>1</sup>, Tran Thi Thuy Dung<sup>1</sup>, Nguyen Van Bay<sup>1</sup>, Pham Duc Tien<sup>1</sup>, Nguyen Tien Ha<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Vinmec Times City International Hospital, <sup>2</sup>VinUni University, <sup>3</sup>Thang Long University

### ABSTRACT

**Objective:** To describe healthcare professionals' perceptions of barriers to early mobilization of patients in selected hospitals within the Vinmec Healthcare System in 2026. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from December 2025 to May 2026 among 192 healthcare professionals, including intensive care physicians, intensive care nurses, rehabilitation physicians, and rehabilitation therapists, working at eight hospitals within the Vinmec Healthcare System. Data were collected using the modified and validated Patient Mobilization Attitudes and Beliefs Survey for the Intensive Care Unit (PMABS-ICU). Perceived barriers to early mobilization were assessed across three domains: knowledge, attitudes, and behaviors. **Results:** The proportions of participants who agreed or strongly agreed that they could identify patients requiring physical therapy and occupational therapy interventions were 61.5% and 64.6%, respectively. Additionally, 74.0% reported that they would instruct patients to perform mobilization activities when no contraindications were present. A total of 77.1% believed that early mobilization at least once daily could improve patient outcomes, while 76.0% did not perceive early mobilization as harmful to patients. Most participants reported receiving support from leadership (72.9%), regularly discussing patient mobility within the multidisciplinary care team (71.3%), and did not consider inadequate equipment/resources (63.6%) or insufficient time (57.8%) to be major barriers. The median overall barrier score was 26.9 (IQR: 21.5–36.9), with the attitude domain demonstrating the highest median score (27.8; IQR: 20.0–39.4). **Conclusion:** Healthcare professionals in the Vinmec Healthcare System demonstrated a relatively positive perception of early mobilization for hospitalized patients. Perceived barriers were more strongly associated with attitudinal and behavioral factors than with knowledge-related factors, particularly concerns regarding workload and variations in individual perceptions. Targeted interventions addressing these factors may facilitate the implementation of early mobilization practices in clinical settings.

**Keywords:** Early mobilization; barriers; perceptions; healthcare professionals; intensive care; Vinmec Healthcare System.

Tác giả: Nguyễn Mạnh Luân  
Email: manhluan884@gmail.com  
DOI: 10.54436/jns.2026.04.1319

Ngày nhận bài: 08/5/2026  
Ngày hoàn thiện: 09/7/2026  
Ngày đăng bài: 10/7/2026

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vận động sớm cho người bệnh có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị, đặc biệt ở người bệnh nặng, người bệnh sau phẫu thuật và người bệnh nằm viện kéo dài. Nhiều nghiên cứu cho thấy vận động sớm giúp giảm thời gian thở máy, giảm tỷ lệ biến chứng do bất động như viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, suy giảm chức năng cơ xương và rút ngắn thời gian nằm viện. Do đó, vận động sớm đã trở thành một thành phần quan trọng trong các chương trình phục hồi tăng cường sau phẫu thuật và chăm sóc hồi sức hiện đại. Tuy nhiên, mặc dù lợi ích đã được chứng minh rõ ràng, việc triển khai vận động sớm trong thực hành lâm sàng vẫn chưa được thực hiện thường quy tại nhiều cơ sở y tế do tồn tại nhiều rào cản từ người bệnh, nhân viên y tế và hệ thống tổ chức chăm sóc<sup>1,2</sup>.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nhận thức của nhân viên y tế đóng vai trò quan trọng trong việc triển khai vận động sớm. Nghiên cứu của Wang và cộng sự (2020) trên điều dưỡng hồi sức tích cực ghi nhận phần lớn nhân viên y tế có thái độ tích cực đối với vận động sớm nhưng vẫn tồn tại nhiều rào cản liên quan đến kiến thức, kỹ năng, nguồn nhân lực và sự phối hợp liên chuyên khoa<sup>3</sup>. Tương tự, nghiên cứu của Akhtar và Deshmukh (2021) cho thấy các rào cản thường gặp bao gồm thiếu nhân lực, thiếu thời gian, lo ngại về an toàn người bệnh và thiếu hướng dẫn thực hành chuẩn hóa<sup>1</sup>. Tổng quan nghiên cứu của Popoola và cộng sự (2022) cũng cho rằng các yếu tố về thái độ nghề nghiệp, khối lượng công việc và môi trường làm việc là những nguyên nhân chính cản trở việc thực hiện vận động sớm trong thực hành chăm sóc người bệnh<sup>4</sup>. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Ngô Huy Hoàng cho thấy nhận thức của điều dưỡng về chăm sóc tư thế và vận động sớm có thể được cải

thiện thông qua các chương trình đào tạo phù hợp, đồng thời nhấn mạnh vai trò của nhân viên y tế trong việc thúc đẩy các hoạt động vận động sớm cho người bệnh<sup>5</sup>.

Hệ thống y tế Vinmec là một trong những hệ thống bệnh viện tư nhân lớn tại Việt Nam, định hướng áp dụng các mô hình chăm sóc tiên tiến và thực hành dựa trên bằng chứng. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá nhận thức của nhân viên y tế về các rào cản đối với vận động sớm trong môi trường bệnh viện đa chuyên khoa chất lượng cao. Việc nhận diện các rào cản từ góc nhìn của nhân viên y tế có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chương trình đào tạo, hoàn thiện quy trình chuyên môn và phát triển các giải pháp hỗ trợ nhằm nâng cao hiệu quả triển khai vận động sớm trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả nhận thức về các rào cản đối với vận động sớm cho người bệnh của nhân viên y tế tại một số bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec năm 2026.*

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** Nhân viên y tế công tác tại các bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Nhân viên y tế, bao gồm bác sĩ hồi sức cấp cứu, hồi sức tích cực, điều dưỡng hồi sức cấp cứu, hồi sức tích cực, bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên phục hồi chức năng, công tác tại các bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Nhân viên y tế có thời gian làm việc hoặc chăm sóc bệnh nhân HSTC < 2 tháng. Nhân viên y tế đang nghỉ phép, nghỉ chế độ dài hạn trong thời gian thu thập dữ liệu.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ 12/2025 đến 5/2026 tại các đơn vị chăm sóc tích cực (HSTC) và các khoa Hồi sức cấp cứu (HSCC) tại 8 bệnh viện trong chuỗi hệ thống Vinmec gồm: Vinmec Timescity, Vimec SmartCity, Vinmec Hải Phòng, Vinmec Quảng Ninh, Vinmec Đà Nẵng, Vinmec Nha Trang, Vinmec Central park và Vinmec Phú Quốc. Tám bệnh viện được lựa chọn là các cơ sở có đơn vị HSTC/HSCC đang triển khai vận động sớm cho người bệnh và có đầy đủ các nhóm nhân viên y tế trong tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

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

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.  $Z_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy, với mức tin cậy 95% thì  $Z = 1,96$ . d: Sai số tuyệt đối cho phép chọn  $d = 0,075$ . p: chọn  $p = 0,579$ . Nghiên cứu của Dagnachew tại các khoa hồi sức tích cực ở Ethiopia ghi nhận tỷ lệ nhân viên lâm sàng có kiến thức mức trung bình về vận động sớm là 57,9%.

Dự phòng khoảng 10% đối tượng không phản hồi hoặc phiếu không hợp lệ, cỡ mẫu cần thiết là 184.

Thực tế nghiên cứu thu thập được 192 nhân viên y tế, đáp ứng yêu cầu cỡ mẫu tối thiểu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiên.

**Bộ công cụ nghiên cứu:** Công cụ thu thập số liệu được xây dựng dựa trên bộ câu hỏi “Patient Mobilization Attitudes and Beliefs Survey for the Intensive Care Unit” (PMABS-ICU) do nhóm Activity and Mobility Promotion (AMP) thuộc Đại

học Johns Hopkins (Hoa Kỳ) phát triển. Bộ công cụ ban đầu được Hoyer và cộng sự xây dựng nhằm đánh giá nhận thức về các rào cản đối với vận động sớm trong môi trường bệnh viện. Sau đó, Goodson và cộng sự (2020) đã điều chỉnh và thẩm định bộ công cụ cho môi trường hồi sức tích cực, phiên bản PMABS-ICU hiện được sử dụng trong nhiều nghiên cứu về vận động sớm tại các đơn vị hồi sức tích cực. PMABS-ICU gồm 26 câu hỏi, được chia thành các thang đo: kiến thức (4 câu hỏi), thái độ (9 câu hỏi) và hành vi (13 câu hỏi). Các câu hỏi được đánh giá theo thang Likert 5 mức độ từ 1 (hoàn toàn không đồng ý) đến 5 (hoàn toàn đồng ý). Trong nghiên cứu của Goodson và cộng sự<sup>6</sup>, thang đo có độ tin cậy nội tại tốt với hệ số Cronbach’s alpha chung đạt 0,82 (KTC 95%: 0,76-0,85).

Trước khi sử dụng trong nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã xin phép tác giả bộ công cụ về việc dịch thuật để sử dụng phiên bản tiếng Việt. Quy trình dịch thuật được thực hiện theo phương pháp dịch xuôi-dịch ngược gồm các bước sau:

*Bước 1: Dịch xuôi*

Bộ công cụ gốc bằng tiếng Anh được dịch độc lập sang tiếng Việt bởi hai dịch giả song ngữ. Dịch giả thứ nhất là nghiên cứu viên có chuyên môn điều dưỡng hồi sức và hiểu biết về vận động sớm cho người bệnh hồi sức tích cực. Dịch giả thứ hai là thư ký y khoa sử dụng tiếng Anh chuyên ngành trong công việc thường xuyên tại hệ thống Vinmec. Hai bản dịch độc lập được ký hiệu là T1 và T2. Sau khi hoàn thành, nhóm nghiên cứu tiến hành đối chiếu từng mục hỏi giữa hai bản dịch, thảo luận các khác biệt về thuật ngữ chuyên môn, cấu trúc câu và mức độ phù hợp với bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam. Các nội dung chưa thống nhất được trao đổi cho đến khi đạt đồng thuận, từ

đó hình thành một bản dịch tiếng Việt tổng hợp (T12).

#### *Bước 2: Dịch ngược*

Bản dịch tiếng Việt tổng hợp (T12) được dịch ngược độc lập sang tiếng Anh bởi hai dịch giả song ngữ không tham gia vào giai đoạn dịch xuôi, gồm: một điều dưỡng người Việt đang làm việc tại Hoa Kỳ, thành thạo tiếng Anh và tiếng Việt; một thư ký chuyên môn tiếng Anh đang làm việc trong lĩnh vực y tế.

Hai dịch giả này không thuộc nhóm nghiên cứu và không được tiếp cận bộ công cụ gốc bằng tiếng Anh trước khi thực hiện dịch ngược nhằm hạn chế sai lệch do ghi nhớ nội dung gốc. Hai bản dịch ngược được ký hiệu là BT1 và BT2.

#### *Bước 3: Đối chiếu và đánh giá tính tương đồng*

Hai bản dịch ngược (BT1 và BT2) được đối chiếu với bộ công cụ gốc bởi nhóm nghiên cứu và hai chuyên gia độc lập gồm một Tiến sĩ, bác sĩ chuyên ngành Hồi sức tích cực và một Tiến sĩ chuyên ngành Phục hồi chức năng. Kết quả cho thấy không có khác biệt đáng kể giữa bản dịch ngược và bộ công cụ gốc, bảo đảm tính tương đương về nội dung và ý nghĩa của các mục hỏi.

#### *Bước 4: Thẩm định nội dung*

Phiên bản tiếng Việt sau hiệu chỉnh tiếp tục được gửi tới 02 điều dưỡng, 01 bác sĩ hồi sức tích cực, 01 bác sĩ phục hồi chức năng, 01 kỹ thuật viên phục hồi chức năng đều có kinh nghiệm trên 5 năm có tham gia vận động sớm cho người bệnh để đánh giá tính phù hợp, rõ ràng và khả năng áp dụng trong thực hành lâm sàng, kết quả cho S-CVI tổng thể = 0,98. Các góp ý của chuyên gia được tiếp thu và điều chỉnh trước khi hoàn thiện phiên bản khảo sát thử.

#### *Bước 5: Đánh giá độ tin cậy*

Phiên bản tiếng Việt cuối cùng được kiểm định trên 30 nhân viên y tế tham gia công tác vận động sớm cho người bệnh hồi sức tích cực tại Bệnh viện Vinmec Times City (những người này không tham gia trong nghiên cứu chính thức). Kết quả cho thấy hệ số Cronbach's alpha của toàn bộ thang đo đạt 0,904; hệ số Cronbach's alpha của các tiểu thang kiến thức, thái độ và hành vi lần lượt là 0,885; 0,737 và 0,819 cho thấy thang đo PMABS-ICU phiên bản tiếng Việt có độ tin cậy tốt và phù hợp để sử dụng trong nghiên cứu.

#### **Bộ câu hỏi nghiên cứu gồm hai phần:**

##### *Phần 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu*

Thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học và nghề nghiệp của nhân viên y tế tham gia nghiên cứu.

##### *Phần 2: Thang đo nhận thức rào cản đối với vận động sớm*

- Rào cản kiến thức gồm 4 câu hỏi, đánh giá nhận thức của nhân viên y tế về các nguyên tắc vận động sớm an toàn, chỉ định vận động và vai trò của các chuyên ngành liên quan.

- Rào cản thái độ gồm 9 câu hỏi, đánh giá quan điểm, niềm tin và những e ngại của nhân viên y tế liên quan đến hiệu quả, tính an toàn và tính khả thi của vận động sớm.

- Rào cản hành vi gồm 13 câu hỏi, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến việc triển khai vận động sớm trong thực hành lâm sàng như nguồn lực, nhân lực, trang thiết bị, sự phối hợp đa chuyên khoa, sự hỗ trợ của lãnh đạo và các yếu tố từ phía người bệnh hoặc người nhà.

Các câu hỏi được đánh giá theo thang Likert 5 mức độ, từ 1 đến 5 điểm, tương ứng với: hoàn toàn không đồng ý (1 điểm),

không đồng ý (2 điểm), trung lập (3 điểm), đồng ý (4 điểm) và hoàn toàn đồng ý (5 điểm). Đối với các câu hỏi được mã hóa theo chiều nghịch, điểm số được quy đổi tương ứng trước khi phân tích. Tổng điểm càng cao phản ánh mức độ nhận thức rào cản đối với vận động sớm càng lớn.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi gửi qua thư điện tử đến các nhân viên y tế trong danh sách lấy mẫu qua Google Forms. Thư mời tham gia nghiên cứu cung cấp thông tin về mục tiêu nghiên cứu, quyền lợi và trách nhiệm của người tham gia, đồng thời hướng dẫn cách trả lời bảng hỏi. Đối tượng nghiên cứu được xem là đồng ý tham gia khi lựa chọn mục “Đồng ý tham gia nghiên cứu” trước khi truy cập bảng hỏi.

Để hạn chế sai lệch thông tin và nâng cao chất lượng dữ liệu, nghiên cứu áp dụng các biện pháp kiểm soát gồm: cài đặt bắt buộc trả lời đối với các câu hỏi chính, giới hạn mỗi tài khoản mail chỉ gửi một phiếu khảo sát, sử dụng các câu hỏi thuận chiều và đảo chiều trong thang đo, đồng thời rà soát dữ liệu để phát hiện và loại trừ các phiếu không hợp lệ. Nghiên cứu viên gửi một thư

nhắc lại đối với các đối tượng chưa hoàn thành khảo sát nhằm tăng tỷ lệ phản hồi.

**Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập liệu trên excel và phân tích dựa trên phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn sẽ được sử dụng để tóm tắt các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cũng như điểm số về rào cản kiến thức, rào cản thái độ, rào cản hành vi.

**Đạo đức của nghiên cứu:** Nghiên cứu được xem xét và phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo biên bản số 30/2025/HĐĐĐ của Trường Đại học Thăng Long ngày 15/11/2025. Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả nhân viên y tế được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu, nội dung, quyền lợi và trách nhiệm khi tham gia nghiên cứu. Đối tượng tham gia hoàn toàn tự nguyện và có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào mà không ảnh hưởng đến công việc, quyền lợi nghề nghiệp hoặc các quyền lợi khác. Thông tin thu thập từ đối tượng nghiên cứu được mã hóa, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và được bảo mật.

## KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 192)**

|      | Đặc điểm        | n          | %    |
|------|-----------------|------------|------|
| Tuổi | ≤ 30 tuổi       | 60         | 31,2 |
|      | Từ 31-45 tuổi   | 119        | 62,0 |
|      | > 45 tuổi       | 13         | 6,8  |
|      | Tuổi trung bình | 34,3 ± 7,3 |      |
| Giới | Nam             | 87         | 45,3 |
|      | Nữ              | 105        | 54,7 |

|                    | <b>Đặc điểm</b>               | <b>n</b>  | <b>%</b> |
|--------------------|-------------------------------|-----------|----------|
| Số năm kinh nghiệm | < 5 năm                       | 57        | 29,7     |
|                    | 5 năm - 10 năm                | 62        | 32,3     |
|                    | > 10 năm                      | 73        | 38,0     |
|                    | Số năm kinh nghiệm trung bình | 9,6 ± 6,6 |          |
| Bằng cấp cao nhất  | Cao đẳng                      | 16        | 8,3      |
|                    | Đại học                       | 127       | 66,2     |
|                    | Sau đại học                   | 49        | 25,5     |
| Vai trò lâm sàng   | Bác sĩ HSTC/HSCC              | 31        | 16,1     |
|                    | Điều dưỡng HSTC/HSCC          | 136       | 70,8     |
|                    | Bác sĩ PHCN                   | 8         | 4,2      |
|                    | Kỹ thuật viên PHCN            | 17        | 8,9      |

Độ tuổi trung bình của nhân viên y tế tham gia nghiên cứu là  $34,3 \pm 7,3$ , trong đó nhóm tuổi 31-45 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,0%). Nữ giới chiếm 54,7% và số năm kinh nghiệm công tác trung bình là  $9,6 \pm 6,6$  năm. Đa số đối tượng có trình độ đại học (66,1%), trong khi 25,5% có trình độ sau đại học. Điều dưỡng HSTC/HSCC chiếm tỷ lệ lớn nhất 70,8%.

**Bảng 2. Rào cản về kiến thức (n = 192)**

| <b>Kiến thức</b>   | <b>Hoàn toàn không đồng ý n (%)</b> | <b>Không đồng ý n (%)</b> | <b>Trung lập n (%)</b> | <b>Đồng ý n (%)</b> | <b>Hoàn toàn đồng ý n (%)</b> |
|--|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Tôi đã được đào tạo về các phương pháp vận động sớm một cách an toàn cho người bệnh.   | 17 (8,9)                            | 52 (27)                   | 32 (16,7)              | 55 (28,6)           | 36 (18,8)                     |
| Tôi xác định được người bệnh nào cần sự can thiệp của Vận động trị liệu.   | 7 (3,6)                             | 35 (18,2)                 | 32 (16,7)              | 80 (41,7)           | 38 (19,8)                     |
| Tôi xác định được người bệnh nào cần sự can thiệp của Hoạt động trị liệu   | 10 (5,2)                            | 28 (14,6)                 | 30 (15,6)              | 91 (47,4)           | 33 (17,2)                     |
| Nếu không có chống chỉ định, tôi sẽ hướng dẫn cho người bệnh tập luyện, hoặc tăng cường hoạt động thể chất khi đang điều trị tại khoa. | 8 (4,1)                             | 19 (9,9)                  | 23 (12,0)              | 89 (46,4)           | 53 (27,6)                     |

Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ đồng ý và hoàn toàn đồng ý cao nhất là “Nếu không có chống chỉ định, tôi sẽ hướng dẫn cho người bệnh tập luyện hoặc tăng cường hoạt động thể chất khi đang điều trị tại khoa” với 46,4% đồng ý và 27,6% hoàn toàn đồng ý. Đối với khả năng xác định người bệnh cần sự can thiệp của hoạt động trị liệu, 47,4% đồng ý và 17,2% hoàn toàn đồng ý; trong khi khả năng xác định người bệnh cần vận động trị liệu đạt 41,7% đồng ý và 19,8% hoàn toàn đồng ý. Riêng nội dung đã được đào tạo về các phương pháp vận động sớm an toàn có tỷ lệ đồng ý và hoàn toàn đồng ý thấp hơn (28,6% và 18,8%), đồng thời có 27,1% không đồng ý và 8,9% hoàn toàn không đồng ý.

**Bảng 3. Rào cản về thái độ (n = 192)**

| Thái độ  | Hoàn toàn không đồng ý n (%) | Không đồng ý n (%) | Trung lập n (%) | Đồng ý n (%) | Hoàn toàn đồng ý n (%) |
|--|------------------------------|--------------------|-----------------|--------------|------------------------|
| Tình trạng người bệnh của tôi quá nặng để được vận động sớm  | 30<br>(15,6)                 | 60<br>(31,3)       | 47<br>(24,5)    | 49<br>(25,5) | 6<br>(3,1)             |
| Việc tăng cường vận động cho người bệnh sẽ có hại cho họ (VD: Ngã, tuột đường truyền..)  | 59<br>(30,7)                 | 87<br>(45,3)       | 29<br>(15,1)    | 16<br>(8,3)  | 1<br>(0,5)             |
| Kỹ thuật viên phục hồi chức năng nên là người chịu trách nhiệm chính trong việc vận động cho người bệnh.                             | 34<br>(17,7)                 | 64<br>(33,3)       | 50<br>(26,0)    | 35<br>(18,2) | 9<br>(4,7)             |
| Việc tăng cường vận động cho người bệnh sẽ làm tăng thêm khối lượng công việc cho điều dưỡng.  | 17<br>(8,9)                  | 52<br>(27,1)       | 50<br>(26,0)    | 63<br>(32,8) | 10<br>(5,2)            |
| Việc tăng cường vận động cho người bệnh sẽ làm tăng thêm khối lượng công việc cho Kỹ thuật viên phục hồi chức năng                   | 39<br>(20,3)                 | 72<br>(37,5)       | 49<br>(25,5)    | 29<br>(15,1) | 3<br>(1,6)             |
| Tôi tin rằng người bệnh của tôi được vận động ít nhất một lần mỗi ngày (Nếu không có chống chỉ định) sẽ có kết quả điều trị tốt hơn. | 4<br>(2,1)                   | 14<br>(7,3)        | 26<br>(13,5)    | 89<br>(46,4) | 59<br>(30,7)           |
| Tôi không chắc khi nào là thời điểm an toàn để vận động cho người bệnh của tôi.  | 35<br>(18,2)                 | 76<br>(39,6)       | 40<br>(20,8)    | 37<br>(19,3) | 4<br>(2,1)             |
| Tôi không cảm thấy tự tin vào khả năng của mình trong việc vận động cho người bệnh.  | 41<br>(21,4)                 | 66<br>(34,4)       | 48<br>(25,0)    | 24<br>(12,5) | 13<br>(6,8)            |
| Người bệnh của tôi có đủ thời gian để được vận động ít nhất một lần mỗi ngày   | 5<br>(2,6)                   | 28<br>(14,6)       | 43<br>(22,4)    | 80<br>(41,7) | 36<br>(18,8)           |

Kết quả bảng 3 cho thấy 46,4% và 30,7% nhân viên y tế cho rằng người bệnh được vận động ít nhất một lần mỗi ngày sẽ có kết quả điều trị tốt hơn. 41,7% đồng ý và 18,8% hoàn toàn đồng ý rằng người bệnh có đủ thời gian để được vận động ít nhất một lần mỗi ngày. Tỷ

lệ không đồng ý và hoàn toàn không đồng ý cao nhất, lần lượt là 45,3% và 30,7%, đối với nhận định việc tăng cường vận động sẽ gây hại cho người bệnh.

**Bảng 4. Rào cản về hành vi (n = 192)**

| Hành vi  | Hoàn toàn không đồng ý n(%) | Không đồng ý n (%) | Trung lập n (%) | Đồng ý n (%)  | Hoàn toàn đồng ý n (%) |
|--|-----------------------------|--------------------|-----------------|---------------|------------------------|
| Chúng tôi không có đủ trang thiết bị và/hoặc phương tiện phù hợp để vận động cho người bệnh  | 38<br>(19,8)                | 84<br>(43,8)       | 35<br>(18,2)    | 30<br>(15,6)  | 5<br>(2,6)             |
| Khả năng vận động của người bệnh được thảo luận thường xuyên giữa các thành viên trong nhóm chăm (Bác sĩ hồi sức cấp cứu, Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, Bác sĩ phục hồi chức năng) | 7<br>(3,6)                  | 24<br>(12,5)       | 24<br>(12,5)    | 97<br>(50,5)  | 40<br>(20,8)           |
| Tỷ lệ điều dưỡng/ Người bệnh tại khoa của tôi là đủ để thực hiện vận động cho người bệnh   | 13<br>(6,8)                 | 44<br>(22,9)       | 62<br>(32,3)    | 61<br>(31,8)  | 12<br>(6,3)            |
| Người bệnh của tôi thường có chống chỉ định với việc vận động sớm.   | 25<br>(13,0)                | 91<br>(47,4)       | 45<br>(23,4)    | 29<br>(15,1)  | 2<br>(1,0)             |
| Trừ khi có chống chỉ định, người bệnh của tôi sẽ được vận động ít nhất một lần mỗi ngày bởi điều dưỡng   | 5<br>(2,6)                  | 42<br>(21,9)       | 28<br>(14,6)    | 91<br>(47,4)  | 26<br>(13,5)           |
| Lãnh đạo của tôi rất ủng hộ việc vận động sớm cho người bệnh   | 5<br>(2,6)                  | 15<br>(7,8)        | 32<br>(16,7)    | 98<br>(51,0)  | 42<br>(21,9)           |
| Việc tăng tần suất vận động cho người bệnh sẽ làm tăng nguy cơ chấn thương cho tôi   | 35<br>(18,2)                | 87<br>(45,3)       | 28<br>(14,6)    | 34<br>(17,7)  | 8<br>(4,2)             |
| Người bệnh nếu có khả năng vận động sớm thường được bác sĩ HSTC/ bác sĩ PHCN cho y lệnh phù hợp  | 2<br>(1,0)                  | 20<br>(10,4)       | 22<br>(11,5)    | 107<br>(55,7) | 41<br>(21,4)           |
| Người bệnh của tôi không muốn/Từ chối việc được vận động sớm   | 19<br>(9,9)                 | 81<br>(42,2)       | 66<br>(34,4)    | 23<br>(12,0)  | 3<br>(1,6)             |
| Người nhà của bệnh nhân thường quan tâm đến việc giúp vận động sớm cho bệnh nhân.  | 3<br>(1,6)                  | 22<br>(11,5)       | 50<br>(26,0)    | 90<br>(46,9)  | 27<br>(14,1)           |
| Tôi có ghi chép lại tình trạng chức năng vận động của người bệnh vào bảng theo dõi HSTC/ HSCC trong ca làm việc  | 6<br>(3,1)                  | 35<br>(18,2)       | 34<br>(17,7)    | 81<br>(42,2)  | 36<br>(18,8)           |
| Tôi không có đủ thời gian trong ca làm việc để vận động cho người bệnh.  | 24<br>(12,5)                | 87<br>(45,3)       | 42<br>(21,9)    | 36<br>(18,8)  | 3<br>(1,6)             |
| Nếu không có chống chỉ định, tôi sẽ thực hiện vận động cho người bệnh ít nhất một lần trong mỗi ca làm việc  | 2<br>(1,0)                  | 20<br>(10,4)       | 38<br>(19,8)    | 98<br>(51,0)  | 34<br>(17,7)           |

Kết quả cho thấy tỷ lệ đồng ý và hoàn toàn đồng ý cao nhất ở nội dung người bệnh có khả năng vận động sớm thường được bác sĩ HSTC hoặc bác sĩ PHCN cho y lệnh phù hợp (55,7% và 21,4%), nội dung lãnh đạo ủng hộ vận động sớm cho người bệnh (51,0% và 21,9%). Tỷ lệ đồng ý và hoàn toàn đồng ý đối với việc thảo luận thường xuyên khả năng vận động của người bệnh trong nhóm chăm sóc (50,5% và 20,8%) và thực hiện vận động cho người bệnh ít nhất một lần trong mỗi ca làm việc nếu không có chống chỉ định (51,0% và 17,7%). Ngược lại, tỷ lệ không đồng ý và hoàn toàn không đồng ý ở các nội dung liên quan đến thiếu trang thiết bị phù hợp để vận động cho người bệnh (43,8% và 19,8%), người bệnh thường có chống chỉ định với vận động sớm (47,4% và 13,0%), nguy cơ chấn thương cho nhân viên y tế khi tăng tần suất vận động (45,3% và 18,2%) và không đủ thời gian trong ca làm việc để vận động cho người bệnh (45,3% và 12,5%).

**Bảng 5. Điểm tổng thể rào cản vận động sớm cho người bệnh của nhân viên y tế (n = 192)**

| Thang đo rào cản  | Trung vị (Median) | Khoảng tứ phân vị (IQR) |
|-------------------|-------------------|-------------------------|
| Rào cản Kiến thức | 25,0              | [15,0 - 40,0]           |
| Rào cản Thái độ   | 27,8              | [20,0 - 39,4]           |
| Rào cản Hành vi   | 27,7              | [20,4 - 35,4]           |
| Rào cản Tổng thể  | 26,9              | [21,5 - 36,9]           |

Kết quả cho thấy điểm trung vị rào cản tổng thể về vận động sớm của nhân viên y tế là 26,9 (IQR: 21,5-36,9). Trong ba lĩnh vực đánh giá, rào cản về thái độ có điểm trung vị cao nhất với 27,8 (IQR: 20,0-39,4), tiếp theo là rào cản hành vi 27,7 (IQR: 20,4-35,4) và rào cản kiến thức 25,0 (IQR: 15,0-40,0). Khoảng tứ phân vị tương đối rộng ở cả ba lĩnh vực cho thấy sự khác biệt đáng kể về mức độ nhận thức rào cản giữa các nhân viên y tế tham gia nghiên cứu.

## BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy nhân viên y tế có nhận thức tương đối tốt về vai trò của vận động sớm và khả năng xác định nhu cầu can thiệp phục hồi chức năng cho người bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dagnachew (2023) ghi nhận 57,6% nhân viên y tế có kiến thức tốt về vận động sớm và 41% đã từng được đào tạo chính thức về lĩnh vực này<sup>7</sup>; Akhtar (2021) cũng cho thấy chỉ khoảng một nửa nhân viên y tế được đào tạo bài bản về vận động sớm, trong khi đa số đều nhận thức được lợi ích của biện pháp này đối với người bệnh<sup>1</sup>. Tại

Việt Nam nghiên cứu của Ngô Huy Hoàng và cộng sự (2018) cho thấy điểm nhận thức của điều dưỡng được cải thiện đáng kể sau chương trình đào tạo về chăm sóc tư thế và vận động sớm cho người bệnh đột quy, qua đó nhấn mạnh vai trò của đào tạo trong nâng cao năng lực thực hành của nhân viên y tế<sup>5</sup>. Mặc dù các khuyến cáo quốc tế đều nhấn mạnh vai trò của vận động sớm trong chăm sóc người bệnh nặng, nội dung này chưa được đào tạo đồng bộ ở tất cả nhân viên y tế. Trong hệ thống Vinmec, việc tiếp cận các mô hình chăm sóc dựa trên bằng chứng có thể góp phần nâng cao nhận thức và sự sẵn sàng tham gia vận động sớm cho người

bệnh. Do đó, cần tiếp tục tăng cường đào tạo và chuẩn hóa quy trình vận động sớm nhằm nâng cao năng lực chuyên môn và giảm rào cản về kiến thức.

Kết quả về thái độ của nhân viên y tế đối với vận động sớm tại hệ thống Bệnh viện Vinmec khá tích cực, và tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Akhtar (2021) trên 107 nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu) 89% nhân viên y tế đồng ý rằng vận động sớm cải thiện kết quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm ICU, cần tăng cường đào tạo liên tục và xây dựng quy trình vận động sớm chuẩn hóa <sup>1</sup>. Nghiên cứu của Dagnachew (2023) trên 304 bác sĩ và điều dưỡng ICU cho thấy 55,3% có thái độ tích cực đối với vận động sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có gần 40% nhân viên y tế cho rằng vận động sớm làm gia tăng khối lượng công việc của điều dưỡng <sup>7</sup>. Đây là vấn đề cần được quan tâm vì áp lực công việc có thể ảnh hưởng trực tiếp đến động lực thực hiện vận động sớm trong thực hành hằng ngày. Kết quả này tương đồng với tổng quan của Popoola và cộng sự (2022) trên 17 nghiên cứu thì 75% nghiên cứu ghi nhận khối lượng công việc cao ảnh hưởng đến thực hành vận động sớm là một trong những rào cản phổ biến nhất đối với điều dưỡng tại các đơn vị hồi sức tích cực <sup>4</sup>. Nguyên nhân có thể do vận động sớm đòi hỏi nhiều thời gian hơn cho đánh giá người bệnh, chuẩn bị phương tiện hỗ trợ, theo dõi trong và sau vận động cũng như phối hợp với các thành viên khác trong nhóm chăm sóc. Từ những kết quả trên, các cơ sở y tế cần tiếp tục củng cố thái độ tích cực của nhân viên y tế đối với vận động sớm thông qua đào tạo liên tục, cập nhật các bằng chứng về hiệu quả và tính an toàn của vận động sớm. Đồng thời, cần xây dựng quy trình phối hợp đa chuyên khoa rõ ràng, phân công trách nhiệm phù hợp giữa

bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng nhằm giảm gánh nặng công việc cho từng cá nhân.

Kết quả nghiên cứu nhận thức về các rào cản hành vi đối với vận động sớm của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc hệ thống Vinmec ở mức trung bình. Kết quả này khác biệt so với các nghiên cứu trước đây trên thế giới: Akhtar (2021) ghi nhận 74% nhân viên y tế cho rằng thiếu nhân lực và 69% cho rằng thiếu thời gian là những rào cản chính trong triển khai vận động sớm <sup>1</sup>; Crooks và cộng sự (2024) cho thấy 77% nhân viên y tế đánh giá thiếu thời gian và 74% cho rằng thiếu nhân lực hỗ trợ là những trở ngại lớn đối với vận động sớm <sup>8</sup>. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu nước ngoài có thể do hệ thống y tế Vinmec là bệnh viện phối hợp đa chuyên khoa và lấy người bệnh làm trung tâm. Việc có sự tham gia thường xuyên của bác sĩ hồi sức, điều dưỡng, kỹ thuật viên phục hồi chức năng và bác sĩ phục hồi chức năng trong quá trình chăm sóc giúp tăng cường trao đổi thông tin và thống nhất kế hoạch vận động cho người bệnh. Ngoài ra, việc đa số nhân viên y tế không xem thiếu trang thiết bị hoặc thiếu thời gian là rào cản cho thấy cơ sở vật chất và nguồn lực tại các bệnh viện nghiên cứu cơ bản đáp ứng được yêu cầu thực hành vận động sớm. Vì vậy, các bệnh viện cần tăng cường phối hợp liên chuyên ngành, đồng thời xây dựng các chỉ số giám sát và đánh giá việc thực hiện vận động sớm trong thực hành thường quy.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với điểm trung vị rào cản tổng thể đối với vận động sớm của nhân viên y tế là 26,9 điểm, với khoảng tứ phân vị 21,5-36,9. Và có sự tương đồng với nghiên cứu của Goodson và cộng sự cùng sử dụng thang đo Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU (PMABS-ICU) trên 163 nhân

viên y tế tại ICU nội khoa thuộc 6 nhóm vai trò lâm sàng, điểm trung bình về các rào cản tổng thể là  $34,6 \pm 7,2$ , các rào cản nhìn chung ở mức tương đối thấp, nhưng vẫn khác nhau theo vai trò chuyên môn và kinh nghiệm làm việc<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Yeung và cộng sự tại Singapore cũng sử dụng PMABS-ICU với kết quả đánh giá rào cản vận động trong ICU với điểm tổng thể là  $27,8 \pm 9,1$  (với điểm kiến thức là  $12,5 \pm 8,7$ ; điểm điểm thái độ là  $27,8 \pm 9,1$ ; điểm hành vi là  $24,0 \pm 10,8$ ), ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm nghề nghiệp; trong đó, kỹ thuật viên vật lý trị liệu có mức rào cản cảm nhận thấp hơn so với các nhóm nghề nghiệp khác<sup>9</sup>. Kết quả này cho thấy nhận thức rào cản không chỉ phụ thuộc vào hệ thống bệnh viện mà còn chịu ảnh hưởng bởi vai trò chuyên môn, mức độ tham gia trực tiếp vào vận động người bệnh và sự quen thuộc với các tiêu chuẩn an toàn khi vận động. Nhìn chung, với điểm rào cản tổng thể 26,9 nhưng khoảng tứ phân vị rộng ở cả ba lĩnh vực cho thấy vẫn tồn tại sự khác biệt giữa các cá nhân hoặc khoa/phòng. Do đó, các can thiệp cải thiện không nên chỉ tập trung vào đào tạo kiến thức chung mà cần hướng đến chuẩn hóa quy trình vận động sớm, đào tạo liên chuyên khoa, xác định rõ vai trò của bác sĩ, điều dưỡng và kỹ thuật viên phục hồi chức năng, đồng thời lồng ghép đánh giá vận động vào kế hoạch chăm sóc hằng ngày.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang nên chỉ đánh giá nhận thức về rào cản đối với vận động sớm của nhân viên y tế tại thời điểm khảo sát và chưa xác định các yếu tố liên quan. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ nhân viên y tế. Bên cạnh đó, số liệu được thu thập bằng bảng hỏi tự điền trực tuyến nên vẫn có thể xuất hiện sai lệch thông tin do người tham gia tự đánh giá mặc dù

nghiên cứu đã áp dụng các biện pháp kiểm soát chất lượng dữ liệu.

## KẾT LUẬN

Nhân viên y tế tại các đơn vị hồi sức thuộc hệ thống y tế Vinmec có nhận thức tương đối tốt về vận động sớm cho người bệnh. Điểm trung vị rào cản tổng thể đối với vận động sớm là 26,9 (IQR: 21,5–36,9), trong đó rào cản về thái độ có điểm trung vị cao nhất (27,8; IQR: 20,0–39,4), tiếp theo là rào cản hành vi (27,7; IQR: 20,4–35,4) và rào cản kiến thức (25,0; IQR: 15,0–40,0). Phần lớn nhân viên y tế nhận thức được lợi ích của vận động sớm, tin tưởng vào tính an toàn của can thiệp và nhận được sự hỗ trợ từ môi trường làm việc; tuy nhiên vẫn còn những rào cản liên quan đến đào tạo chuyên môn, cảm nhận về khối lượng công việc và sự khác biệt trong nhận thức giữa các cá nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akhtar PM, Deshmukh PK. Knowledge, attitudes, and perceived barriers of healthcare providers toward early mobilization of adult critically ill patients in intensive care unit. *Indian J Crit Care Med.* 2021;25(5):512-518. doi: 10.5005/jp-journals-10071-23835.
2. Karen KY Koo, Karen Choong, Deborah J Cook, et al. Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. *CMAJ Open.* 2016;4(3):E448-E456. DOI: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160021>
3. Jiani Wang, Qian Xiao, Chunyan Zhang, et al. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients. *Nurs Crit Care.* 2020; Volume 25, Issue 6 pp. 339-345. doi.org/10.1111/nicc.12507

4. Popoola M, Dingle M, MacLaren J, Dyson J. What are the barriers to nurses mobilising adult patients in intensive care units? An integrative review. *Aust Crit Care*. 2022 Sep;35(5):595-603. doi: 10.1016/j.aucc.2021.09.002

5. Ngô Huy Hoàng, Phạm Thị Thu Hương, Hoàng Kim Yên và cộng sự. Thay đổi nhận thức của điều dưỡng lâm sàng về chăm sóc tư thế và vận động sớm cho người bệnh đột quỵ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. *Tạp chí Khoa học điều dưỡng*. 2018; 1(1), 20–27

6. Goodson CM, Friedman LA, Manthey E, et al. Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU. *J Intensive Care Med*. 2020 Oct;35(10):1026-1031. doi: 10.1177/0885066618807120. Epub 2018 Oct 18. PMID: 30336716; PMCID: PMC6541532.

7. Tasew Kelemu Dagnachew, Yophtahe Woldegerima Berhe. Clinicians' knowledge and attitude towards early mobilization in intensive care units in Ethiopian tertiary hospitals: a multi-centre study. *SAGE Open Med*. 2023 May 15;11:20503121231172348. doi: 10.1177/20503121231172348

8. Elena Crooks, Tiffanie Rampley, Douglas L. Weeks et al. Perceived barriers to patient mobilization among therapy and nursing acute care staff: a multi-site survey study. *Arch Phys Med Rehabil*. Volume 105, Issue 2, February 2024, Pages 243-250. doi.org/10.1016/j.apmr.2023.06.018

9. Meredith T. Yeung, Nicholas K. Tan, Clement C Yan et al. Perceived barriers to mobility in the intensive care units of Singapore: The Patient Mobilisation Attitudes and Beliefs Survey for the intensive care units. *Journal of the Intensive Care Society*. 2022. Volume 24, Issue 1. <https://doi.org/10.1177/17511437221099791>