

NĂNG LỰC ĐIỀU DƯỠNG ĐÁP ỨNG MÔ HÌNH CHĂM SÓC LẤY NGƯỜI BỆNH LÀM TRUNG TÂM TẠI VIỆN DƯỠNG LÃO

TS. Ngô Quỳnh An

Đại học Kinh tế Quốc dân

annq@neu.edu.vn

ThS. Dương Xuân Nam

Sở Giao dịch chứng khoán Việt Nam

namduong1612@gmail.com

ThS. Kiều Ngọc Thảo

Đại học Kinh tế Quốc dân

thaokn@neu.edu.vn

Tóm tắt: Bài báo cung cấp khung phân tích về năng lực điều dưỡng trong chăm sóc người cao tuổi, phù hợp mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm tại Viện dưỡng lão ở Việt Nam. Nghiên cứu được thực hiện trên mẫu thí điểm 71 nhân viên điều dưỡng tại các cơ sở chăm sóc, sử dụng thang đo gồm bốn năng lực chính: Năng lực Giao tiếp, Năng lực Tôn trọng và chăm sóc tận tâm, Năng lực Đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc và Năng lực Tích hợp chăm sóc. Kết quả khẳng định giá trị của thang đo trong việc đánh giá năng lực điều dưỡng một cách khoa học. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần triển khai đào tạo chuyên biệt cho yếu tố tích hợp chăm sóc, và nghiên cứu tiếp theo bằng mô hình SEM để xác nhận mối quan hệ nhân quả giữa năng lực nhân viên và chất lượng chăm sóc. Những phát hiện này mang ý nghĩa thực tiễn đối với các viện dưỡng lão tư nhân tại Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số nhanh chóng, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ và lợi thế cạnh tranh bền vững.

Từ khóa: Chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm; Năng lực điều dưỡng; Dân số già; Đánh giá năng lực; Viện dưỡng lão

NURSING COMPETENCE TO MEET THE PATIENT-CENTERED CARE MODEL IN NURSING HOMES

Abstract: This research paper provides a comprehensive analytical framework for nursing competence in elderly care, based on the Patient-Centered Care (PCC) model in nursing homes in Vietnam. The study was conducted on a pilot sample of 71 nursing staff at care facilities, using a scale comprising four main factors: Communication Competence, Respect and Dedicated Care Competence, Co-design of Care Plan Competence, and Integrated Care Competence. The results confirm the value of the scale in scientifically assessing nursing competence. Recommendations include implementing specialized training for the integrated care factor, and conducting further research using SEM modeling to confirm the causal relationship between staff competence and care quality. These findings have practical implications for

private nursing homes in Vietnam in the context of a rapidly aging population, contributing to improved service quality and sustainable competitive advantage.

Keywords: *Patient-centred care; nursing competencies; aging population; competency assessment; nursing home*

Mã bài báo: JHS - 313

Ngày nhận bài sửa: 9/01/2026

Ngày nhận bài: 24/12/2025

Ngày duyệt đăng: 20/01/2026

Ngày nhận phản biện: 02/01/2026

1. Mở đầu

Già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu, kéo theo nhu cầu với các dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi, đặc biệt tại các cơ sở chăm sóc tập trung như viện dưỡng lão (WHO, 2021; United Nations, 2023). Việt Nam cũng sắp bước vào giai đoạn “xã hội già” vào năm 2036 khi tỷ lệ dân số từ 60 tuổi trở lên đạt 19,48% và dân số từ 65 tuổi trở lên đạt 14,17% (GSO, 2020). Các tổng quan gần đây cũng chỉ ra rằng, người cao tuổi không chỉ có nhu cầu về hỗ trợ y tế mà còn cần được đáp ứng các nhu cầu xã hội, tâm lý, chức năng và hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày, đòi hỏi những mô hình chăm sóc toàn diện và bền vững hơn trong cộng đồng và tại các cơ sở nội trú (Abdi et al., 2020). Nhân viên điều dưỡng đóng vai trò trung tâm trong hệ thống chăm sóc này, không chỉ chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe hàng ngày mà còn hỗ trợ tinh thần, duy trì sự thoải mái và chất lượng cuộc sống cho nhóm đối tượng dễ bị tổn thương về thể chất và tâm lý (WHO, 2015).

Đối với các cơ sở dưỡng lão tư nhân, khi tập trung vào hiệu suất kinh doanh và coi người cao tuổi là người “được chăm sóc”, có thể hạn chế sự lắng nghe ý kiến và bỏ qua nhu cầu thực sự của họ. Đồng thời, các cơ sở này thường hoạt động như một đơn vị độc lập, ít liên kết với gia đình, cộng đồng và các dịch vụ xã hội khác. Điều này làm suy yếu mạng lưới xã hội của người cao tuổi và khiến họ cảm thấy bị cô lập. Để khắc phục những hạn chế hiện tại và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc cho người cao tuổi, mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (Patient-Centred Care - PCC) được đề xuất. Mô hình này dựa trên quan điểm rằng người bệnh không chỉ là những bệnh nhân có các vấn đề về sức khỏe; mà là những cá nhân với những kinh nghiệm sống, nhu cầu và sở thích riêng khác nhau (WHO, 2007). PCC giải quyết toàn diện các nhu cầu chăm sóc xã hội và chăm sóc sức khỏe của mỗi cá nhân thay vì chỉ quan tâm riêng đến những tình trạng bệnh lý hoặc triệu chứng sức khỏe. Hơn nữa, mô hình này cũng xem xét hoàn cảnh cuộc sống hàng ngày, các tác động đến sức

khỏe và nhu cầu của những người thân cũng như cộng đồng xung quanh.

Theo WHO, một yếu tố then chốt trong việc thực hiện mô hình PCC là năng lực cốt lõi của nhân viên y tế (WHO, 2006; 2008). Những năng lực này được coi là chìa khóa của chất lượng chăm sóc sức khỏe và là nền tảng của chăm sóc ban đầu (WHO, 2007). Vì vậy, việc phát triển và hoàn thiện các năng lực cần thiết của đội ngũ nhân viên điều dưỡng phù hợp với mô hình PCC là một bước tiến quan trọng trong việc nâng cao toàn diện chất lượng dịch vụ chăm sóc tại các viện dưỡng lão, góp phần nâng cao sức khỏe cộng đồng người cao tuổi Việt Nam. Vì vậy, bài viết nhằm làm rõ những năng lực cần thiết đối với đội ngũ nhân viên điều dưỡng để đáp ứng các yêu cầu và tiêu chí của mô hình chăm sóc lấy người cao tuổi làm trung tâm tại các viện dưỡng lão tư nhân ở Việt Nam, từ đó góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc và sự thoải mái của những người cao tuổi.

Mặc dù các công cụ đo lường hiện có như Thang đo Năng lực chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm của Hwang (2015) đã cung cấp khung đánh giá năng lực cá nhân của điều dưỡng trong môi trường bệnh viện, tập trung vào các yếu tố như “tôn trọng quan điểm bệnh nhân, thúc đẩy sự tham gia, cung cấp sự thoải mái và bảo vệ quyền lợi”, chúng vẫn tồn tại khoảng trống đáng kể khi áp dụng vào chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi tại viện dưỡng lão. Cụ thể, PCC thiếu yếu tố tích hợp phối hợp chăm sóc, vốn cần thiết để đảm bảo sự liên tục và phối hợp đa bên giữa nhân viên y tế, gia đình và các bên liên quan khác, dẫn đến hạn chế trong việc đáp ứng nhu cầu phức tạp của người cao tuổi, chẳng hạn như quản lý bệnh mãn tính và hỗ trợ xã hội (Hwang, 2015; Pakkonen et al., 2023). Tương tự, Thang đo Môi trường PCC - Phiên bản Nhân viên (PCQ-S) của Edvardsson et al. (2009) tập trung vào nhận thức về môi trường tổ chức (an toàn, tính thân thuộc và cộng đồng), nhưng không trực tiếp đánh giá năng lực cá nhân, khiến nó chưa đủ để lấp đầy khoảng trống trong bối cảnh chăm sóc dài hạn, nơi sự thích nghi văn hóa và cá nhân hóa

là yếu tố then chốt (Edvardsson et al., 2015). Như vậy, cần mở rộng để có thang đo thích nghi tốt hơn cho chăm sóc dài hạn đối với người cao tuổi, đồng thời bổ sung yếu tố tích hợp phối hợp mà các thang đo năng lực điều dưỡng viên trước đây còn thiếu. Điều này mang ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc liên tục, giảm thiểu gián đoạn điều trị và cải thiện kết quả sức khỏe toàn diện cho người cao tuổi, đặc biệt trong hệ thống viện dưỡng lão nơi phối hợp gia đình và chuyên môn y tế đóng vai trò trung tâm (Pakkonen et al., 2023).

2. Tổng quan lý thuyết

2.1. Năng lực và đánh giá năng lực đối với điều dưỡng viên

Các nghiên cứu gần đây cho rằng, năng lực điều dưỡng là sự kết hợp giữa kiến thức chuyên môn, kỹ năng lâm sàng, thái độ nghề nghiệp và khả năng đưa ra quyết định phù hợp trong các tình huống chăm sóc sức khỏe khác nhau (Fukada, 2020; Bing-Jonsson et al., 2021). Cấu trúc năng lực vì vậy không chỉ bao gồm các kỹ năng kỹ thuật mà còn bao hàm các năng lực giao tiếp, đạo đức nghề nghiệp, tư duy phản biện và khả năng thích ứng với bối cảnh chăm sóc người cao tuổi - nhóm đối tượng thường có nhiều bệnh mãn tính và nhu cầu chăm sóc phức tạp.

Tuy nhiên, việc đánh giá năng lực của điều dưỡng trong ngành y tế gặp những thách thức đặc biệt do tính chất phức tạp của “sản phẩm” chăm sóc. Cụ thể, trong quá trình chăm sóc người cao tuổi, kết quả điều trị và chăm sóc chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố khách quan từ phía bệnh nhân: (i) mức độ tuân thủ của người cao tuổi đối với phác đồ điều trị, có những trường hợp người cao tuổi tuân thủ tốt các hướng dẫn nhưng cũng có trường hợp kháng lại phương pháp điều trị do các lý do cá nhân hoặc văn hóa; (ii) sự tiến triển bệnh không lường trước được, khi những dấu hiệu bệnh ẩn hoặc biến chứng phát sinh mà khó có thể tiên đoán trước được (Donabedian, 1988). Ngoài ra, còn có những yếu tố chủ quan từ bản thân nhân viên điều dưỡng như giới hạn kiến thức cá nhân, áp lực công việc, hoặc sự mệt mỏi ảnh hưởng đến hiệu suất. Do vậy, cách đánh giá năng lực của nhân viên điều dưỡng, thay vì chỉ đánh giá dựa trên kết quả cuối cùng, còn phải được đánh giá dựa trên khả năng vận dụng những kiến thức, kỹ năng, thái độ, hứng thú, và niềm tin để hành động một cách phù hợp và hiệu quả trong các tình huống làm việc đa dạng và không lường trước (WHO, 2006).

Để thực hiện việc đánh giá năng lực một cách khoa học và công bằng, phải xây dựng các tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá cụ thể gắn PCC với bối cảnh thực tiễn của

ngành y tế nói chung và chăm sóc người cao tuổi nói riêng (WHO, 2006). Trong lĩnh vực y tế, các tiêu chí này nên bao gồm ba yếu tố chính:

(1) Tiêu chí thái độ đúng đắn: Nhân viên điều dưỡng phải thể hiện thái độ lắng nghe, tôn trọng người cao tuổi, sẵn sàng học hỏi, và có trách nhiệm với công việc. Tiêu chí này phản ánh giá trị nhân văn và đạo đức y tế trong chăm sóc.

(2) Tiêu chí vận dụng kiến thức phù hợp: Nhân viên điều dưỡng phải chứng tỏ khả năng áp dụng kiến thức y tế, kỹ năng chuyên môn và những bằng chứng khoa học vào từng tình huống cụ thể và độc lập của từng bệnh nhân. Tiêu chí này đảm bảo tính chuyên môn và khoa học của chăm sóc.

(3) Tiêu chí thực hành chuyên môn phù hợp: Nhân viên điều dưỡng phải vận dụng kiến thức và thái độ đó vào thực hành một cách linh hoạt, sáng tạo, và phù hợp với từng tình huống và bối cảnh cụ thể. Tiêu chí này phản ánh khả năng giải quyết vấn đề, thích ứng với thay đổi, và ra quyết định lâm sàng hợp lý.

Tóm lại, năng lực của nhân viên điều dưỡng không thể được đánh giá một cách đơn giản dựa trên kết quả chăm sóc, mà phải được đánh giá dựa trên ba tiêu chí liên kết (thái độ, kiến thức, thực hành) trong bối cảnh cụ thể của ngành y tế. Cách tiếp cận này tập trung vào quá trình thực hiện công việc và khả năng vận dụng tổng hợp các kỹ năng, kiến thức và thái độ trong các tình huống thực tiễn đa dạng (WHO, 2006).

2.2. Mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm

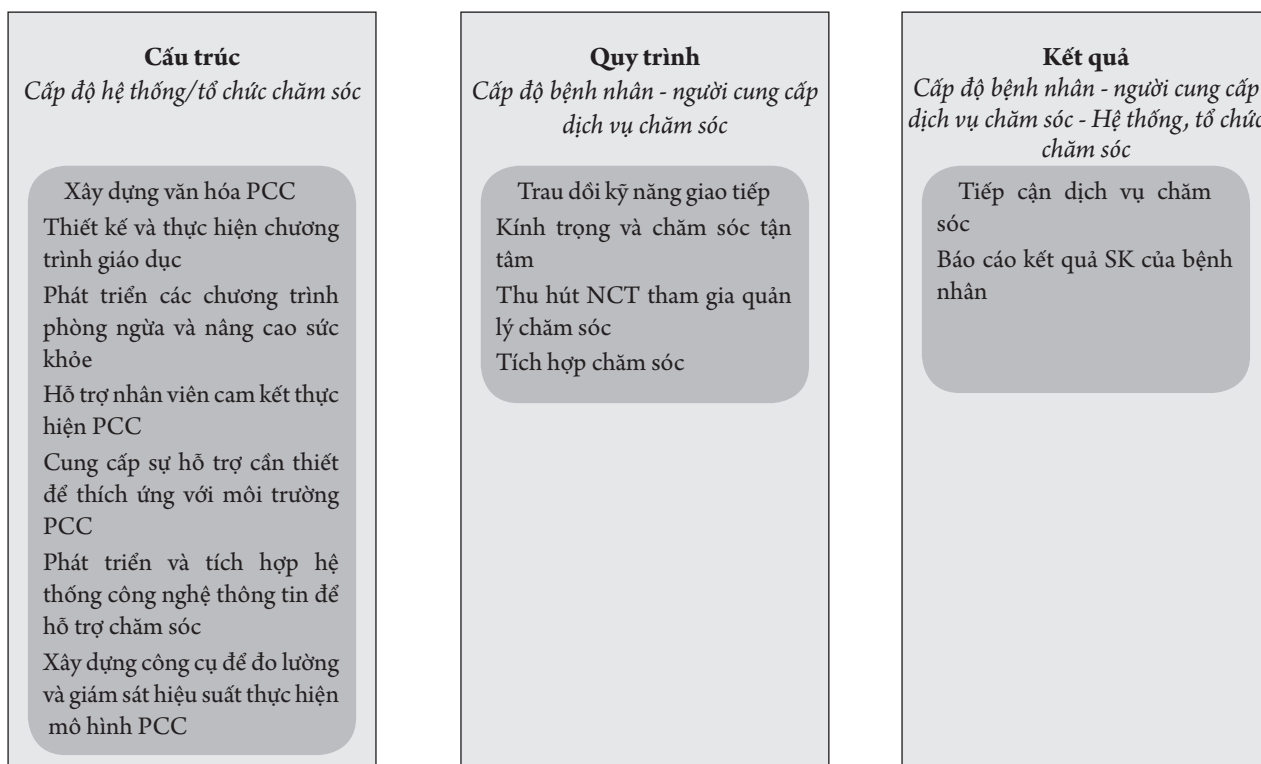
Mô hình PCC ban đầu được mô tả bởi Edith Balint vào năm 1969 tập trung vào “hiểu người cần chăm sóc/bệnh nhân như một con người có bản sắc riêng” (Balint, 1969). PCC đề cao sự tham gia của người được chăm sóc vào quá trình ra quyết định, đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc và xây dựng mối quan hệ tin cậy giữa nhân viên y tế, người bệnh và gia đình (Håkansson Eklund et al., 2020). Các cập nhật gần đây về khung lý thuyết PCC cũng nhấn mạnh vai trò của cấu trúc hệ thống, quy trình tương tác và kết quả hướng đến trải nghiệm, sự hài lòng và chất lượng cuộc sống của người bệnh (Santana et al., 2018).

Trong bối cảnh viện dưỡng lão, mô hình PCC được định nghĩa là mô hình trong đó các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (nhân viên điều dưỡng) được khuyến khích hợp tác với người cao tuổi để thiết kế và cung cấp cho họ sự chăm sóc chất lượng cao mà họ cần, đồng thời nâng cao hiệu quả và hiệu suất của hệ thống chăm sóc sức khỏe (Santana et al., 2018). Trong mô hình này, người cao tuổi và gia đình được

(1) hướng dẫn về các lựa chọn chăm sóc có sẵn, (2) được hỗ trợ để đưa ra các quyết định thông tin, và (3) được khuyến khích tham gia chủ động vào quy trình chăm sóc cho chính mình hoặc cho những người thân của họ.

Để thực hiện mô hình PCC hiệu quả, Santana et al.(2018) đã phát triển một khung khái niệm toàn diện với ba thành phần chính: cấu trúc, quy trình, và kết quả. Khung này hoạt động như một “lộ trình thực hiện” PCC, xác định trình tự các bước cần thực hiện để thực hiện mô hình này một cách có hiệu quả. (Hình 1)

Hình 1. Khung khái niệm mô hình PCC



Nguồn: Santana et al., 2018

2.3. Năng lực của điều dưỡng viên đáp ứng mô hình PCC

Để thực hiện mô hình PCC hiệu quả tại viện dưỡng lão, nhân viên điều dưỡng phải phát triển một bộ năng lực cụ thể dựa trên bốn quy trình chính của khung PCC (Hình 1). Những năng lực này, khi áp dụng với chăm sóc người cao tuổi, bao gồm:

2.3.1. Năng lực 1: Năng lực giao tiếp

Kỹ năng giao tiếp hiệu quả là khả năng lắng nghe tích cực, hiểu nhu cầu của người cao tuổi, chia sẻ thông tin rõ ràng, và thảo luận kế hoạch chăm sóc một cách tôn trọng và dễ hiểu. Các yếu tố cấu thành:

- Lắng nghe tích cực: Thu thập thông tin từ người cao tuổi thông qua lắng nghe sâu sắc, quan sát ngôn ngữ cơ thể, và tìm hiểu nhu cầu thực sự của họ và gia đình.
- Chia sẻ thông tin: Cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị, và các lựa chọn chăm sóc một cách dễ hiểu và nhanh chóng.

Giao tiếp hiệu quả cho phép người cao tuổi trở thành những người tham gia tích cực vào chăm sóc của mình,

tăng sự hài lòng, duy trì sử dụng dịch vụ, và cải thiện tuân thủ với các phương pháp điều trị được khuyến cáo.

2.3.2. Năng lực 2: Tôn trọng và chăm sóc tận tâm

Đây là khả năng công nhận và thích ứng với các nhu cầu cá nhân, văn hóa, tôn giáo, tâm linh của người cao tuổi, đồng thời thể hiện sự thông cảm, khả năng trấn an, và đáp ứng cảm xúc của họ. Các yếu tố cấu thành gồm:

- Công nhận bản sắc cá nhân: Xem người cao tuổi là một chuyên gia về sức khỏe của chính họ và tôn trọng giá trị của họ.
- Sự thông cảm: Hiểu và chia sẻ cảm xúc, nỗi sợ, và lo lắng của người cao tuổi.
- Phản ứng có chủ ý: Đáp ứng với sự quan tâm của người cao tuổi một cách tích cực và giúp đỡ.

Năng lực này giúp xây dựng mối quan hệ tin tưởng và thúc đẩy quá trình chữa bệnh. Người cao tuổi cảm thấy được quan tâm, điều này cải thiện kết quả chăm sóc và sự hài lòng tổng thể.

2.3.3. Năng lực 3: Đồng thiết kế Kế hoạch chăm sóc

Năng lực này phản ánh khả năng khuyến khích người bệnh tham gia vào các quyết định liên quan đến chăm sóc của họ, đặt mục tiêu chung, và quản lý khía cạnh lâm sàng của chăm sóc. Các yếu tố cấu thành gồm:

- Đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc: Xây dựng kế hoạch chăm sóc cùng với người bệnh chứ không phải áp đặt từ phía nhân viên.
- Hỗ trợ ra quyết định: Cung cấp thông tin đầy đủ và lựa chọn để người bệnh có thể đưa ra quyết định thông tin.
- Quản lý lâm sàng được hỗ trợ: Giúp người bệnh tự quản lý điều kiện sức khỏe của mình.

Khi người cao tuổi được trao quyền tham gia vào chăm sóc của mình, cảm xúc được tôn trọng và nghe thấy. Điều này cải thiện kết quả sức khỏe, giảm tỷ lệ sai sót y tế, và tăng sự hài lòng.

2.3.4. Năng lực 4: Tích hợp chăm sóc

Tích hợp chăm sóc và làm việc theo nhóm là khả năng chia sẻ thông tin liên tục về người bệnh giữa các nhân viên trong viện và với gia đình, sử dụng các công cụ và hệ thống có sẵn. Các yếu tố cấu thành:

- Giao tiếp liên chuyên môn: Chia sẻ thông tin lâm sàng với các thành viên khác trong đội ngũ chăm sóc.
- Sử dụng công nghệ: Vận dụng các hệ thống ghi chép điện tử và cổng thông tin bệnh nhân để truy cập và chia sẻ thông tin.
- Liên kết với gia đình: Cập nhật gia đình về tiến triển và giữ họ tham gia vào quá trình chăm sóc.

Tích hợp chăm sóc tốt giảm sự phân mảnh dịch vụ, đảm bảo tính liên tục chăm sóc và cho phép gia đình và người cao tuổi cảm thấy được hỗ trợ qua toàn bộ hành trình chăm sóc. Các mô hình chăm sóc tích hợp nhấn mạnh sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia y tế, gia đình, các tổ chức xã hội và các công cụ và hệ thống có sẵn, nhằm giảm sự phân mảnh của dịch vụ và đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc (Goodwin, 2024). Điều này đặt ra yêu cầu phát triển năng lực tích hợp chăm sóc của điều dưỡng, bao gồm khả năng chia sẻ thông tin, phối hợp liên ngành và kết nối với nguồn lực cộng đồng.

3. Xây dựng và kiểm định thang đo

3.1. Xây dựng thang đo

Trong một nghiên cứu cắt ngang tại Hàn Quốc, Hwang et al (2019) đã khảo sát 201 điều dưỡng bệnh viện và sử dụng thang đo PCC để đánh giá mối quan hệ giữa năng lực PCC của điều dưỡng với mức độ tham gia của bệnh nhân vào các hoạt động chăm sóc an toàn. Kết quả cho thấy, năng lực PCC đạt mức trung bình cao (3.61/5), đồng thời tồn tại mối tương quan tích cực đáng kể giữa năng lực này và sự tham gia của bệnh nhân ($r = 0.397, p < 0.001$), nhấn mạnh rằng

điều dưỡng có năng lực PCC cao hơn có thể thúc đẩy sự tham gia chủ động của bệnh nhân, từ đó góp phần giảm thiểu rủi ro và cải thiện an toàn chăm sóc. Tương tự, tại Phần Lan, Pakkonen và cộng sự (2023) đã tiến hành khảo sát cắt ngang với 250 điều dưỡng chuyên nghiệp làm việc tại các cơ sở chăm sóc dài hạn dành cho người bệnh, sử dụng thang đo PCC (Cronbach's $\alpha = 0.92$) và thang đo môi trường chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm (PCQ-S). Kết quả chỉ ra rằng, năng lực PCC được đánh giá ở mức tốt (3.8/5), với mối tương quan tích cực giữa năng lực PCC và môi trường chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm ($r = 0.37, p < 0.001$). Những phát hiện này đặc biệt có ý nghĩa đối với môi trường viện dưỡng lão, nơi việc duy trì môi trường chăm sóc tích cực và nâng cao năng lực PCC của điều dưỡng có thể hỗ trợ việc đáp ứng nhu cầu cá nhân hóa, thúc đẩy sự tôn trọng và tham gia của người bệnh, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống và kết quả chăm sóc lâu dài.

Để mở rộng và thích nghi văn hóa trong chăm sóc người bệnh tại viện dưỡng lão ở Việt Nam, bên cạnh những nội dung đào tạo chuyên môn về chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng¹ do Bộ Y tế quy định như: Năng lực thực hành chăm sóc; Năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp; Năng lực thực hành theo pháp luật, đạo đức nghề nghiệp, nhằm phù hợp mô hình PCC, cần xây dựng bổ sung các năng lực sau (theo Santana MJ et al 2018, bảng 2 trang 434): Năng lực giao tiếp xác định qua ba tiêu chuẩn chính là Lắng nghe, Chia sẻ thông tin và Thảo luận về kế hoạch chăm sóc với người bệnh. Năng lực chăm sóc tận tâm gồm ba tiêu chuẩn Đáp ứng với sở thích, nhu cầu và giá trị, Cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ và Tìm hiểu lợi ích, hỗ trợ phát triển. Năng lực đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc với người bệnh nhấn mạnh vào việc thu hút người bệnh tham gia quản lý sự tự chăm sóc, điều trị của họ khi điều dưỡng viên giúp người bệnh đưa ra quyết định chung, thiết lập mục tiêu và thiết kế những kế hoạch chăm sóc được cho là hiệu quả. Năng lực tích hợp chăm sóc chủ yếu tập trung vào Thông tin liên lạc chia sẻ để phối hợp và liên tục chăm sóc người bệnh giữa các bên liên quan trong môi trường trung tâm dưỡng lão và gia đình người bệnh để phối hợp và chăm sóc liên tục cách hiệu quả tức thời. Dựa và những giải thích trên đây, các tác giả chuyển thể sang các nhận định thành phần thang đo đánh giá từng năng lực ở góc độ tự cảm nhận của điều dưỡng viên tại trung tâm dưỡng lão cần hoàn thiện trong mô hình chăm sóc PCC (Bảng 1).

1 Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam được Bộ Y tế phát hành trong Quyết định số 1352/QĐ-BYT

Bảng 1. Thang đo năng lực của điều dưỡng viên đáp ứng mô hình PCC

Năng lực giao tiếp (NL1)		
NL 1.1	Tôi có thể sử dụng các kỹ năng như:giao tiếp bằng mắt, chăm chú lắng nghe, gần gũi, chạm vào, gật đầu để giao tiếp với người cao tuổi dễ dàng hơn.	Lắng nghe
NL 1.2	Tôi tích cực lắng nghe và đặt câu hỏi về những gì người cao tuổi muốn thảo luận.	
NL 1.3	Tôi sẵn sàng cung cấp tất cả các thông tin cần thiết để giúp đưa ra quyết định sáng suốt liên quan đến chẩn đoán và kế hoạch điều trị cho người cao tuổi.	Chia sẻ thông tin
NL 1.4	Tôi sẵn sàng chia sẻ thông tin về tình trạng bệnh của người cao tuổi và những tác động ảnh hưởng đến tình trạng đó	
NL 1.5	Tôi có thể thảo luận với người cao tuổi để đặt mục tiêu, theo dõi điều trị hay can thiệp vào quá trình điều trị nếu cần thiết	Thảo luận về kế hoạch chăm sóc với người cao tuổi
NL 1.6	Tôi có thể thảo luận và xây dựng năng lực tự chăm sóc bản thân của người cao tuổi.	
NL 1.7	Tôi thừa nhận và thảo luận về những điều không chắc chắn để đạt được sự hiểu biết chung với người cao tuổi	
NL 1.8	Tôi có thể huy động sự hỗ trợ từ người thân của người cao tuổi khi gặp khó khăn trong giao tiếp với họ.	
Năng lực tôn trọng và chăm sóc tận tâm (NL2)		
NL 2.1	Người cao tuổi là một chuyên gia về sức khỏe của chính họ và tự chăm sóc là một phần quan trọng của hoạt động chăm sóc người cao tuổi tại đây.	Đáp ứng sở thích, nhu cầu và giá trị
NL 2.2	Tôi cần hiểu về bối cảnh văn hóa của người cao tuổi (nghĩa là: nhận thức về tôn giáo, tâm linh, lối sống, các yếu tố xã hội và môi trường)	
NL 2.3	Tôi cần đáp ứng nhu cầu và sở thích cá nhân người cao tuổi trong quá trình hoàn thành công việc của mình.	
NL 2.4	Người cao tuổi cần được cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ một cách nhẹ nhàng và đồng cảm.	Cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ
NL 2.5	Tôi có thể nhận thấy những thay đổi trong tâm trạng, nhu cầu tình cảm tâm lý của người cao tuổi để nhận biết sự lo lắng, chán nản hay vui mừng.	
NL 2.6	Tôi thường nói chuyện rõ ràng và chậm rãi với người cao tuổi.	
NL 2.7	Tôi sẵn sàng đưa ra những điều chỉnh tích cực cho các lựa chọn chăm sóc phù hợp với người cao tuổi	Tìm hiểu lợi ích, hỗ trợ phát triển
NL 2.8	Tôi sẵn sàng cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe của người cao tuổi khi họ cần.	
NL 2.9	Tôi nắm được các thông tin về nguồn hỗ trợ xã hội cho người cao tuổi tại đây	
Năng lực đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc với NCT (NL3)		
NL 3.1	Tôi tham gia thiết kế các kế hoạch chăm sóc và các hoạt động dựa vào sở thích và bệnh lý của người cao tuổi.	Thu hút NCT tham gia quản lý tự chăm sóc, điều trị của họ
NL 3.2	Người cao tuổi tham gia vào việc ra quyết định và thiết lập mục tiêu chung trong các kế hoạch hướng tới sự cải thiện, nâng cao đời sống của họ.	
NL 3.3	Tôi luôn luôn sẵn sàng hỗ trợ việc quản lý tự chăm sóc của người cao tuổi.	
Năng lực tích hợp chăm sóc (NL4)		
NL 4.1	Tôi chia sẻ thông tin liên lạc với người nhà của người cao tuổi để phối hợp và chăm sóc liên tục.	Thông tin chia sẻ để phối hợp và liên tục chăm sóc người cao tuổi
NL 4.2	Tôi chia sẻ thông tin liên lạc với bác sĩ và y tá của người cao tuổi để phối hợp và chăm sóc liên tục.	
NL 4.3	Tôi cập nhật và cung cấp tình trạng người cao tuổi thường xuyên cho viện dưỡng lão và gia đình người cao tuổi.	

Nguồn: Tổng hợp của nhóm tác giả

3.2. Kiểm định độ tin cậy thang đo

Để kiểm định độ tin cậy và tính khả thi của thang đo, nhóm nghiên cứu khảo sát thí điểm 80 điều dưỡng viên tại Viện dưỡng lão Thiên Đức (tháng 3/2021) qua bảng hỏi trực tuyến, do bối cảnh COVID-19, các điều tra viên không được tiếp cận trực tiếp Viện

dưỡng lão. Kết quả thu về 71 phiếu hợp lệ (tỷ lệ 90%), đại diện cho gần 90% nhân viên điều dưỡng tại đây. Mẫu đủ ngưỡng kiểm định Cronbach's alpha, đa dạng về độ tuổi, trình độ và thâm niên, tạo cơ sở tin cậy để tinh chỉnh thang đo trước khi mở rộng các nghiên cứu tiếp theo.

Bảng 2. Đặc điểm của mẫu khảo sát

Các tiêu chí khảo sát		Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	28,6
	Nữ	71,4
	Từ 18 đến dưới 30 tuổi	50
Độ tuổi	Từ 30 đến dưới 40 tuổi	32,9
	Từ 40 đến dưới 50 tuổi	17,1
Trình độ học vấn	Đại học/Cao đẳng	50
	Học nghề / Trung cấp	35,7
	THPT	10
	Chưa tốt nghiệp THPT	4,3
Thâm niên chăm sóc người cao tuổi	Từ 0 đến dưới 3 năm	48,6
	Từ 3 đến dưới 5 năm	17,1
	Từ 5 đến dưới 7 năm	8,6
	Từ 7 đến dưới 9 năm	8,6
	Từ 9 năm trở lên	17,1
	Không còn khả năng tự chăm sóc	74,3
Đối tượng NCT	Có khả năng tự chăm sóc	25,7

Nguồn: Tổng hợp của nhóm tác giả

Độ tin cậy của thang đo được kiểm định bằng hệ số Cronbach's Alpha, với tiêu chuẩn chấp nhận tối thiểu là 0.7. Hệ số tương quan biến tổng (Corrected Item-Total Correlation) nhỏ hơn 0,30 được coi là không đáp ứng tiêu chuẩn (Nunnally & Burstein, 1994). Kết quả kiểm định cho thấy, thang đo có độ tin cậy cao với Cronbach's Alpha = 0,955. 22/23 items đều có hệ số tương quan biến tổng nằm trong khoảng 0,400-0,826, đều vượt tiêu chuẩn tối thiểu 0,30. Cụ thể, các items NL2.1 ($r=0,812$), NL2.3 ($r=0,826$), NL31 ($r=0,828$), NL2.9 ($r=0,805$) có tương quan item-total cao, cho thấy đây là những items mạnh của thang đo. Mặc dù NL4.3 có tương quan thấp ($r=0,400$), giá trị này vẫn nằm trong ngưỡng chấp nhận được. NL4.1 có tương quan thấp nhất ($r=0,211$) nên lược bỏ. Điều này cho thấy, cách hiểu năng lực tích hợp hiện đang tập trung chủ yếu vào sự liên tục chăm sóc nội bộ hệ thống y tế thay vì mở rộng ra cộng đồng/gia đình. Thang đo còn 22 items đã sẵn sàng cho các bước phân tích tiếp theo.

Trước khi tiến hành phân tích nhân tố khám phá (EFA), dữ liệu được kiểm định tính phù hợp bằng hai phương pháp: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy và Bartlett's Test of Sphericity. Kết quả cho thấy, chỉ số KMO = 0,848, vượt tiêu chuẩn tối thiểu 0,60 và nằm trong mức tốt (0,80-0,89), cho thấy dữ liệu phù hợp cho phân tích nhân tố, với sự liên kết tốt giữa các biến.

Bartlett's Test of Sphericity kiểm tra giả định rằng, ma trận tương quan không phải là ma trận đơn vị (identity matrix), tức là các biến liên kết tương quan đáng kể để có thể được tập hợp thành các nhân tố chung nhưng không tương quan hoàn toàn với nhau. Kết quả cho thấy, Bartlett's test có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 1786,933$, $df = 253$, $p < 0,001$), bác bỏ giả thuyết không (H_0 : ma trận tương quan bằng ma trận đơn vị).

Bảng Hệ số cộng chung (Communalities) cho thấy tỷ lệ phương sai của mỗi item được giải thích bởi các nhân tố chính. Kết quả cho thấy tất cả 22 items đều có giá trị Extraction nằm trong khoảng 0,650-0,906, cho thấy từ 65% đến 90.6% phương sai của mỗi item được giải thích bởi các nhân tố được trích. Cụ thể, NL1.3 có giá trị Extraction cao nhất (0,906), cho thấy item này được giải thích rất tốt bởi các nhân tố. Mặc dù NL4.3 có giá trị thấp nhất (0,689), nhưng vẫn nằm trên ngưỡng 0,60, cho thấy tính giải thích của mô hình là chấp nhận được. Nhìn chung, kết quả cho thấy mô hình nhân tố được trích có khả năng giải thích dữ liệu tốt, với tất cả items đều được bao phủ tốt bởi các nhân tố trích.

Phân tích nhân tố chính được thực hiện bằng Principal Component Analysis. Kết quả cho thấy, 4 thành phần chính có Eigenvalue > 1 được trích để sử dụng. Cụ thể, thành phần thứ nhất giải thích 55,64% phương sai, thành phần thứ 2 giải thích 11,88%, thành phần thứ 3 giải thích 6,96%, và thành phần thứ 4 giải thích 4,53%. Tổng cộng, 4 thành phần chính này giải thích 79,02% phương sai tổng, vượt tiêu chuẩn chấp nhận 60%. Sau khi áp dụng Rotation (Varimax), sự phân bố phương sai được cân bằng lại giữa các thành phần, với thành phần 1 giải thích 31,699%, thành phần 2 là 25,478%, thành phần 3 là 13,60%, và thành phần 4 là 8,245%, vẫn giữ nguyên tổng phương sai được giải thích là 79,023%. Kết quả này cho thấy cấu trúc nhân tố là phù hợp và có khả năng dự báo tốt.

Sau khi áp dụng Varimax rotation cho thấy cấu trúc nhân tố rõ ràng hơn. Kết quả cho thấy, 4 thành phần chính được tách biệt rõ ràng, với các items phân bố:

- Nhóm 1: 9 items (NL25, NL29, NL28, NL21, NL26, NL22, NL23, NL27, NL24) có loadings cao (0,767-0,841)
- Nhóm 2: 8 items (NL12, NL14, NL15, NL13, NL17, NL16, NL11, NL18) có loadings cao (0,602-0,858)
- Nhóm 3: 3 items (NL31, NL32, NL33) có loadings cao (0,777-0,854)
- Nhóm 4: 2 items (NL42, NL43) có loadings (0,624-0,923)

Mỗi item có loading cao trên một thành phần duy nhất, cho thấy cấu trúc nhân tố rõ. Kết quả này khẳng định, thang đo năng lực đáp ứng PCC của điều dưỡng viên Viện dưỡng lão có cấu trúc đa chiều với 4 khía cạnh riêng biệt.

4. Thảo luận

4.1. Thang đo

Phân tích EFA xác nhận thang đo năng lực chăm sóc điều dưỡng viên Viện dưỡng lão có 4 thành phần đa chiều đáng tin cậy: Nhóm Năng lực chăm sóc tận tâm là nhóm mạnh nhất, ($\alpha \approx 0,969$), Nhóm Năng lực giao tiếp, ($\alpha \approx 0,926$), Nhóm Năng lực đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc với NCT ($\alpha \approx 0,879$) và Nhóm Năng lực tích hợp chăm sóc là nhóm thấp nhất ($\alpha = 0,682$), cũng không đối lập với chuẩn năng lực điều dưỡng Việt Nam². Hotelling's T^2 ($p = 0,002$) và nonadditivity ($p < 0,001$) chứng minh sự khác biệt đa biến giữa các thành phần, khẳng định thang đo hợp lệ cho nghiên cứu viện dưỡng lão.

Kết quả phân tích nhân tố khẳng định, thang đo năng lực điều dưỡng có độ tin cậy và tính hợp lệ tốt, đặc biệt đối với các yếu tố liên quan đến kỹ năng lâm sàng cơ bản. Các điểm mạnh chính được xác định như sau:

Độ tin cậy cao của 3 yếu tố cơ bản, yếu tố 1-3 của thang đo (giao tiếp, chăm sóc tận tâm, đồng thiết kế chăm sóc) cho thấy hệ số Cronbach's alpha từ 0,87-0,96, đáp ứng tiêu chuẩn kỹ thuật của phân tích nhân tố ($\alpha > 0,7$). Cụ thể, năng lực giao tiếp đạt 0,92 và chăm sóc tận tâm đạt 0,96, cho thấy các mục câu hỏi trong 2 lĩnh vực này đo lường một cách nhất quán và đáng tin cậy những khía cạnh quan trọng của năng lực điều dưỡng. Kết quả phân tích cho thấy, nhân viên điều dưỡng ở viện dưỡng lão có những điểm mạnh trong các năng lực thực hành lâm sàng, phù hợp với nhu cầu thực tế của bối cảnh Việt Nam, nơi dân số đang bước vào giai đoạn già hóa nhanh, yêu cầu nhân viên điều dưỡng phải có năng lực chuyên môn vững chắc để quản lý các bệnh lý phức tạp và nhu cầu chăm sóc đa dạng của người cao tuổi.

Mặc dù thang đo có các điểm mạnh đáng kể, phân tích cũng phát hiện ra một số hạn chế cần được giải quyết để nâng cao tính hợp lệ và ứng dụng của thang đo. Độ tin cậy thấp của Nhóm năng lực Tích hợp chăm sóc (Cronbach's alpha = 0,68, $\alpha < 0,70$ được coi là thấp). Điều này phản ánh một thực tế các kỹ năng

tích hợp chăm sóc chưa được phát triển toàn diện ở viện dưỡng lão Việt Nam. Theo một số báo cáo quốc tế, các nước có hệ thống dưỡng lão phát triển như Nhật Bản đã áp dụng những kỹ năng đặc định như "Japan Care Worker"³ bao gồm kỹ năng sử dụng công nghệ hỗ trợ, cũng đang trở nên cần thiết hơn trong bối cảnh chuyển đổi số ở Việt Nam.

Phân tích cũng cho thấy, năng lực không phát triển theo cách tuyến tính (Nonadditivity), tức là không phải mỗi cá nhân sẽ có mức độ phát triển năng lực theo thứ tự từ thấp đến cao. Một số nhân viên có thể mạnh về giao tiếp nhưng yếu về công nghệ, trong khi người khác lại ngược lại. Điều này cho thấy sự cần thiết của các chương trình đào tạo cá nhân hóa chứ không phải một chương trình đào tạo phù hợp với tất cả.

Dựa trên các phát hiện trên, chúng tôi đề xuất giải pháp cải thiện thang đo, thêm 3-5 mục câu hỏi mới liên quan đến công nghệ số hóa (AI trong chăm sóc, telehealth, hồ sơ điện tử) hồ sơ người cao tuổi, ứng dụng công nghệ trong tích hợp chăm sóc, sáng tạo phục vụ người cao tuổi phù hợp với bối cảnh chuyển đổi số ngành y tế ở Việt Nam hiện nay.

Những thang đo này có thể đóng góp có ý nghĩa cho lĩnh vực học thuật, là nguồn tham khảo có giá trị cho những nghiên cứu mối quan hệ giữa một số hình thức đào tạo với năng lực của nhân viên điều dưỡng trong lĩnh vực chăm sóc người cao tuổi. Ngoài ra, các cơ sở dưỡng lão có thể sử dụng các thang đo làm dữ liệu thiết kế bảng câu hỏi khảo sát nhận thức của điều dưỡng viên để đo lường năng lực của họ. Phương pháp thực hiện là sử dụng thang đo Likert 05 điểm để phỏng vấn điều dưỡng viên cho điểm các ý kiến nhận định. Kết quả tính điểm trung bình để từ đó nhận định khoảng trống năng lực cần bổ sung. Thêm vào đó, mỗi khái niệm có nhiều biến đo lường tương ứng với các thực hành chăm sóc cụ thể, nên tùy vào điểm trung bình có thể xem xét cải thiện các hoạt động tương ứng.

Phương pháp phân tích khoảng tin cậy Bootstrap cũng đã được áp dụng, xác nhận rằng các ước lượng trung bình của 4 yếu tố phản ánh các năng lực đều có độ tin cậy cao, với khoảng tin cậy tương đối hẹp và ổn định, từ đó củng cố cơ sở khoa học cho các kết luận và khuyến nghị cải thiện chất lượng chăm sóc người cao tuổi trong viện dưỡng lão. Phương pháp này đảm bảo tính vững chắc của phân tích thống kê, đặc biệt trong bối cảnh mẫu nghiên cứu có kích thước trung bình và phân bố dữ liệu lệch trái nhẹ.

3 Japan Care Worker Guide (JCWG) Website: japancwg.com

2 Quyết định số: 3474/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu "Chuẩn năng lực cơ bản của nhân viên điều dưỡng Việt Nam", ngày 28 tháng 12 năm 2022

Bảng 3. Khoảng tin cậy 95% từ Bootstrap (1000 mẫu)

Yếu tố	Độ chệch (Bias)	Sai số chuẩn (Std. Error)	Giới hạn dưới (Lower Bound)	Giới hạn trên (Upper Bound)
Giao tiếp (F1)	-0,0044	0,1017	3,5441	3,9524
Chăm sóc tận tâm (F2)	-0,0029	0,0951	3,9030	4,2723
Đồng thiết kế (F3)	0,0008	0,1238	3,5212	4,0141
Tích hợp chăm sóc (F4)	-0,0034	0,1006	3,1081	3,5022

Nguồn: Tổng hợp của nhóm tác giả

Phân tích MANOVA xác nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê lớn giữa bốn yếu tố (Pillai's Trace = 0,444; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,444$ - hiệu ứng lớn), với F2 là điểm mạnh nổi bật ($M = 4,10$) và F4 là điểm yếu rõ rệt ($M = 3,31$). Khoảng cách giữa F2 và F4 là 0.79 điểm - khá lớn trên thang Likert 5 điểm. Điều này không chỉ là sự chênh lệch thống kê mà phản ánh mâu thuẫn cấu trúc: nhân viên có động lực chăm sóc cá nhân cao nhưng thiếu hệ thống phối hợp hỗ trợ. Lập luận có thể mở rộng theo hướng: môi trường dưỡng lão Việt Nam hiện đang phát triển năng lực theo chiều dọc (cá nhân giỏi) nhưng yếu ở chiều ngang (phối hợp liên ngành) - đây là khoảng trống hệ thống, không phải khoảng trống

cá nhân.

Sai số chuẩn Bootstrap của F3 (Std. Error = 0.1238) cao hơn hẳn F2 (0,0951), cho thấy ước lượng trung bình của “đồng thiết kế kế hoạch” không ổn định qua các mẫu lặp - tức là nếu khảo sát lại trên mẫu khác, điểm F3 dễ dao động hơn F2. Điều này củng cố nhận định rằng F3 là năng lực đang trong giai đoạn hình thành, chưa được thực hành đồng đều. Khoảng tin cậy của F3 (3,52-4,01) rộng nhất trong 4 yếu tố, trong khi F2 (3,90-4,27) hẹp và cao - một lần nữa khẳng định F2 là năng lực vững nhất của điển dưỡng viên.

4.2. Thực trạng năng lực đáp ứng PCC

Bảng 4. Chỉ số thống kê cơ bản

Chỉ số	Giao tiếp	Chăm sóc tận tâm	Đồng thiết kế	Tích hợp
Trung bình (Mean)	3,7694	4,0955	3,7840	3,3099
Độ lệch chuẩn (SD)	0,8764	0,8144	1,0017	0,8662
Độ lệch (Skewness)	-1,567	-1,595	-1,084	-0,881
Độ nhọn (Kurtosis)	2,781	3,514	0,868	0,737
Hàm ý	Phân phối tập trung ở điểm cao → đồng thuận văn hóa mạnh	Tương tự, nhất quán cao	Lệch ít hơn, phân tán rõ → nhận thức chưa đồng đều	Lệch nhẹ nhất, phẳng nhất → bất đồng rõ nhất

Ghi chú: Độ lệch (Skewness) và độ nhọn (Kurtosis) có Std. Error = 0,285 và 0,563.

Nguồn: Tổng hợp của nhóm tác giả

Năng lực giao tiếp: là một trong những điểm mạnh của viện dưỡng lão, với mức đánh giá trung bình cao và sự đồng thuận tương đối tốt giữa nhân viên. Phân bố lệch trái cho thấy hầu hết nhân viên đều cảm nhận tích cực về chất lượng giao tiếp. Giao tiếp hiệu quả cho phép người cao tuổi trở thành người tham gia tích cực vào quá trình chăm sóc của mình, từ đó nâng cao mức độ hài lòng, duy trì việc sử dụng dịch vụ lâu dài và cải thiện mức độ tuân thủ với các phương pháp điều trị được khuyến cáo. Kết quả này khẳng định, giao tiếp là nền tảng quan trọng trong việc xây dựng mối quan hệ tin cậy, giảm thiểu xung đột và nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện đối với người cao tuổi.

Năng lực chăm sóc tận tâm: là điểm mạnh vượt trội nhất tại viện dưỡng lão, với mức đánh giá trung bình cao nhất và sự đồng thuận cao nhất giữa nhân viên. Phân bố lệch trái mạnh cho thấy hầu hết nhân viên đều cảm nhận tích cực về yếu tố này, khẳng định đây là nền tảng quan trọng trong việc nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc người cao tuổi, đồng thời tạo môi trường làm việc tích cực và nhân văn cho nhân viên.

Năng lực đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc: Kết quả đánh giá cho thấy yếu tố này tuy ở mức cao nhưng có sự phân tán lớn giữa nhân viên, cho thấy cần có các chương trình đào tạo đồng bộ và hướng dẫn thực hành

để nâng cao sự nhất quán, giảm chênh lệch nhận thức và đảm bảo chất lượng chăm sóc đồng đều trong viện dưỡng lão. Việc cải thiện yếu tố này sẽ góp phần quan trọng vào việc xây dựng mô hình chăm sóc lấy người cao tuổi làm trung tâm bền vững.

Năng lực tích hợp chăm sóc: Kết quả đánh giá cho thấy yếu tố này đang ở mức thấp nhất tại viện dưỡng lão, mặc dù vẫn trên trung bình và có sự phân tán vừa phải. Điều này cho thấy, cần có các biện pháp cải thiện cụ thể như xây dựng quy trình phối hợp chuẩn hóa, tăng cường đào tạo và sử dụng công cụ hỗ trợ tích hợp (như hồ sơ sức khỏe điện tử) để nâng cao hiệu quả và sự đồng thuận trong chăm sóc. Việc ưu tiên cải thiện yếu tố này sẽ góp phần quan trọng vào việc xây dựng mô hình chăm sóc toàn diện và bền vững cho người cao tuổi.

Tóm lại, yếu tố chăm sóc tận tâm là điểm mạnh nổi bật và đồng thuận cao nhất, tạo lợi thế cạnh tranh cho viện trong việc xây dựng lòng tin và sự hài lòng của người cao tuổi. Tuy nhiên, yếu tố tích hợp chăm sóc là điểm yếu rõ rệt nhất với mức đánh giá thấp và cần được ưu tiên cải thiện để đảm bảo tính liên tục và hiệu quả của dịch vụ. Yếu tố đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc dù ở mức cao nhưng có sự phân tán lớn, đòi hỏi chuẩn hóa quy trình và đào tạo bổ sung. Tổng thể, kết quả cho thấy viện đã đạt được nền tảng tốt về năng lực lâm sàng, nhưng cần tập trung khắc phục khoảng trống ở khâu phối hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện và bền vững.

Cả 4 yếu tố đều có Skewness âm (lệch trái), nhưng mức độ khác nhau rõ rệt. F1 và F2 có Kurtosis cao (phân phối nhọn) cho thấy đây là chuẩn mực văn hóa phổ biến, không chỉ là kỹ năng cá nhân. F4 có Kurtosis thấp (0,737) - phân phối phẳng - nghĩa là nhân viên hiểu khái niệm tích hợp khác nhau, cho thấy thiếu khái niệm và quy trình chung trong viện.

Kết quả Nonadditivity ($p < 0,001$) đáng được nhấn mạnh hơn như một đóng góp lý thuyết: nó bác bỏ giả định phổ biến rằng đào tạo năng lực có thể thiết kế theo lộ trình tuyến tính từ thấp đến cao. Thay vào đó, mỗi nhân viên có hồ sơ năng lực riêng biệt, gợi ý triển khai mô hình đánh giá năng lực cá nhân hóa thay vì chương trình đào tạo đồng loạt.

5. Kết luận và kiến nghị

Kết quả nghiên cứu xác nhận thang đo năng lực điều dưỡng chăm sóc người cao tuổi có độ tin cậy cao ở 3 yếu tố cốt lõi: Giao tiếp, Tôn trọng và Chăm sóc tận tâm, Đồng thiết kế kế hoạch chăm sóc - trong khi yếu tố Tích hợp chăm sóc đạt mức trung bình và

cần cải thiện. Phân tích MANOVA, khoảng tin cậy Bootstrap và kiểm định giả định đều khẳng định tính ổn định của kết quả, cung cấp cơ sở khoa học vững chắc để đánh giá và phát triển nhân lực tại các cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam.

Từ đó, các kiến nghị được đề xuất như sau:

Thứ nhất, xây dựng hồ sơ năng lực cá nhân hóa thay vì đào tạo đồng loạt. Kết quả kiểm định Nonadditivity ($p < 0,001$) cho thấy mỗi điều dưỡng viên sở hữu hồ sơ năng lực riêng biệt. Do đó, các cơ sở nên triển khai hệ thống “competency mapping” - đánh giá từng nhân viên theo 4 chiều năng lực và thiết kế lộ trình đào tạo có mục tiêu nhằm tối ưu hóa hiệu quả và nguồn lực.

Thứ hai, chuẩn hóa quy trình vận hành cho năng lực Tích hợp chăm sóc trước khi triển khai đào tạo. Hệ số Kurtosis thấp của F4 (0,737) cho thấy, nhân viên chưa có nhận thức chung về yếu tố này, khiến đào tạo sẽ kém hiệu quả nếu thiếu nền tảng quy trình. Kinh nghiệm từ Nhật Bản “Japan Care Worker Framework” cho thấy chuẩn hóa quy trình phải đi trước đào tạo.

Thứ ba, bảo vệ và nhân rộng văn hóa Chăm sóc tận tâm như một lợi thế cạnh tranh. Chỉ số Skewness (-1,595) và Kurtosis (3,514) của F2 cho thấy đây đã trở thành chuẩn mực văn hóa tổ chức - một tài sản vô hình khó sao chép. Cần ghi nhận các hành vi tận tâm điển hình và tích hợp giá trị này vào quy trình tuyển dụng và định hướng nhân viên mới.

Thứ tư, áp dụng đánh giá Bootstrap định kỳ (6 tháng/lần) để theo dõi sự thu hẹp khoảng tin cậy của F3 và F4 theo thời gian - đây là chỉ số khách quan về mức độ đồng đều hóa năng lực, có giá trị đánh giá hiệu quả đào tạo cao hơn so với chỉ theo dõi điểm trung bình.

Thứ năm, xây dựng benchmark năng lực theo loại hình cơ sở dưỡng lão thông qua hợp tác với các cơ sở trong nước và khu vực châu Á, nhằm giúp các đơn vị định vị chính xác năng lực nhân viên trong bối cảnh ngành và xây dựng chiến lược phát triển nhân lực có tính cạnh tranh.

Hạn chế chính của nghiên cứu nằm ở cỡ mẫu nhỏ (71 phiếu hợp lệ), khiến các phân tích theo đặc điểm nhân khẩu học còn thiếu sức mạnh thống kê. Kết quả hiện mang tính thăm dò ban đầu và cần được kiểm chứng qua mở rộng mẫu, áp dụng mô hình phương trình cấu trúc (SEM) để xác nhận mối quan hệ nhân quả giữa bốn yếu tố năng lực với chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của người cao tuổi.

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., De Witte, L., & Hawley, M. (2020). Understanding the care and support needs of older people: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 1919-1930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331279/>
- Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17:269-276. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: Development of the “Nursing Older People - Competence Evaluation Tool”. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59-72. <https://doi.org/10.1111/opn.12057>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Edvardsson, D., Sjögren, K., Lindkvist, M., Taylor, M., Edvardsson, K., & Sandman, P. O. (2015). Person-centred climate questionnaire (PCQ-S): Establishing reliability and cut-off scores in residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 23, 315-323. <https://doi.org/10.1111/jonm.12132>
- Hwang, Jee-In et al. (2019). Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nursing Research*, Volume 13, Issue 2, 130-136
- Fukada, M. (2020). Nursing competency: Definition, structure and development. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 1-7. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5871720/>
- Goodwin, N. (2024). Square Peg - Round Hole? Reflections on the implementation of integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 24(1). <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.9852>
- GSO, 2020 Báo cáo “Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2019 - 2069”
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., ... & Summer Meranius, M. (2020). Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 3-11. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118306232>
- Pakkonen, M., Stolt, M., Edvardsson, D., Pasanen, M., & Suhonen, R. (2023). Person-centred care competence and person-centred care climate described by nurses in older people's long-term care-A cross-sectional survey. *International Journal of Older People Nursing*, 18(3), e12532. <https://doi.org/10.1111/opn.12532>
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018 Apr;21(2):429-440. doi: 10.1111/hex.12640..
- Simces, Z. (2003). Exploring the Link Between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care, Health Canada. Retrieved from <https://coilink.org/20.500.12592/6j6kszo>
- World Social Report. (2023). *Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations. <https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>
- WHO. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. 38 p. ISBN 9241563249 9789241563246
- WHO. (2007). *Regional Office for the Western Pacific. People-Centred Health Care: A Policy Framework*. Manila: World Health Organization, Western Pacific Region
- WHO. (2008). *The world health report 2008: Primary health care - now more than ever*. Geneva: WHO.
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Decade of Healthy Ageing 2021-2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- World Health Organization. (2025). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (2nd ed.). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240103726>
- van der Feltz-Cornelis, C., Attree, E., Heightman, M., Gabbay, M., & Allsopp, G. (2023). Integrated care pathways: A new approach for integrated care systems. *British Journal of General Practice*, 73(734), 422. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10471334/>