

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH LƯU NĂM 2025

Trần Thị Thơ¹, Hồ Thị Quyên

Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu, Nghệ An

Nghiên cứu mô tả thực trạng chăm sóc điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu năm 2025. Thiết kế cắt ngang từ tháng 3 đến tháng 9/2025 trên 384 lượt quan sát, phỏng vấn điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên tại tám khoa lâm sàng. Công cụ xây dựng theo Thông tư 31/2021/TT-BYT, đánh giá ba nhóm hoạt động; kết quả phân thành mức 1 ($\geq 80\%$), mức 2 ($50 < 80\%$) và mức 3 ($< 50\%$). Tỷ lệ thực hiện chung lần lượt là 32,2%, 55,1% và 12,7%. Chăm sóc hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt có tỷ lệ mức 1 cao nhất (58,9%); vệ sinh cá nhân (24,5%) và truyền thông - giáo dục sức khỏe (25,3%) thấp nhất. Tỷ lệ mức 1 giảm từ 48,3% ở nhóm phụ trách dưới 5 người bệnh xuống 29,9% ở nhóm phụ trách từ 10 người bệnh trở lên. Nhóm được đào tạo và giám sát thường xuyên có kết quả tốt hơn. Công tác chăm sóc đạt mức trung bình; cần ưu tiên phân bổ nhân lực, chuẩn hóa chăm sóc cơ bản, đào tạo tại chỗ và giám sát cải tiến.

Từ khóa: chăm sóc điều dưỡng, khối lượng công việc, nhân lực điều dưỡng, giáo dục sức khỏe, bệnh viện.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc điều dưỡng là cấu phần thiết yếu của chất lượng bệnh viện vì điều dưỡng theo dõi liên tục, đáp ứng nhu cầu cơ bản, thực hiện can thiệp, phát hiện diễn biến bất thường và phối hợp điều trị. Thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng theo chu trình từ tiếp nhận, nhận định, chẩn đoán điều dưỡng, can thiệp, đánh giá đến ghi chép và cải tiến chất lượng; chăm sóc phải toàn diện, liên tục, an toàn và phù hợp nhu cầu từng người bệnh [1]. Báo cáo Tình hình điều dưỡng thế giới năm 2025 tiếp tục khẳng định điều dưỡng là nhóm nghề lớn nhất trong lực lượng y tế, nhưng sự phân bố nhân lực và điều kiện làm việc còn bất bình đẳng [2].

Một thách thức nổi bật là chăm sóc điều dưỡng bị bỏ sót, thực hiện không đầy đủ hoặc trì hoãn. Phân tích gộp năm 2025 trên 20.768 điều dưỡng tại 121 bệnh viện cho thấy các nguyên nhân thường gặp nhất là số lượng hoặc mức độ

nặng của người bệnh tăng đột ngột, thiếu nhân lực và xuất hiện tình huống cấp cứu [3]. Trong bối cảnh này, các hoạt động ít khẩn cấp nhưng

có ý nghĩa phục hồi và lấy người bệnh làm trung tâm, như vệ sinh cá nhân, hỗ trợ vận động, nghỉ ngơi và giáo dục sức khỏe, dễ bị ưu tiên thấp hơn so với dùng thuốc hoặc theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

Các nghiên cứu trong nước cho kết quả không đồng nhất. Tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố, mức hài lòng trung bình của thân nhân đối với chăm sóc điều dưỡng đạt 88%, song một số tiêu chí dùng thuốc, theo dõi và giao tiếp vẫn cần cải thiện [4]. Nghiên cứu tại Khối Ngoại Bệnh viện K ghi nhận tỷ lệ hoàn thành chung 12 nhiệm vụ là 60,6% và chỉ ra mối liên quan của tuổi, thâm niên, vị trí phân công và số người bệnh với một số nhiệm vụ [5]. Ở Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Nguyên, năng lực thực hành chăm sóc ở mức khá, nhưng giao tiếp và tổ chức giáo dục sức khỏe có tỷ lệ đạt thấp [6]. Nghiên cứu chăm sóc dinh dưỡng tại Bệnh viện Nội tiết Trung

Tác giả chính: Trần Thị Thơ
Email: tranthobvql@gmail.com

ương cũng cho thấy khoảng trống trong kiểm tra chế độ ăn và hỏi tình hình ăn uống hằng ngày [7].

Bằng chứng gần đây còn cho thấy kinh nghiệm nghề nghiệp, tỷ lệ người bệnh/điều dưỡng, môi trường thực hành và kiệt sức liên quan đến chăm sóc bị bỏ sót và kết quả người bệnh [8-10]. Tuy nhiên, Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu chưa có đánh giá hệ thống toàn bộ nhóm nhiệm vụ theo quy định hiện hành. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng chăm sóc điều dưỡng và nhận định một số yếu tố liên quan tại bệnh viện năm 2025, cung cấp dữ liệu nền cho cải tiến chất lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là các lượt thực hành chăm sóc của điều dưỡng, hộ sinh và kỹ thuật viên tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu. Nhân viên đang nghỉ thai sản, nghỉ ốm hoặc đi học tại thời điểm thu thập số liệu bị loại trừ.

2. Thiết kế, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại tám khoa lâm sàng gồm Nội, Y học cổ truyền, Nhi, Truyền nhiễm, Hồi sức cấp cứu, Ngoại, Sản và Ba chuyên khoa, từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2025.

3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với mức tin cậy 95%, $p=0,50$ và sai số 0,05, cho kết quả 384 lượt. Chọn mẫu thuận tiện, quan sát kết hợp phỏng vấn nhân viên đủ tiêu

chuẩn tại các khoa cho đến khi đủ mẫu. Đơn vị phân tích là lượt đánh giá; một nhân viên có thể được đánh giá ở các thời điểm khác nhau.

4. Công cụ và tiêu chuẩn đánh giá

Phiếu thu thập số liệu được xây dựng từ các nhiệm vụ trong Thông tư 31/2021/TT-BYT [1], gồm: (1) chăm sóc cơ bản: tiếp đón; hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt; dinh dưỡng; giấc ngủ; vệ sinh cá nhân; tinh thần; (2) hỗ trợ điều trị và phối hợp: quy trình kỹ thuật, quy trình chăm sóc, phục hồi chức năng, quản lý người bệnh; (3) truyền thông - giáo dục sức khỏe. Nhóm nghiên cứu thống nhất nội hàm và cách chấm trước thu thập.

Mức thực hiện được quy đổi theo tỷ lệ hoàn thành: mức 1 từ 80% trở lên; mức 2 từ 50% đến dưới 80%; mức 3 dưới 50%. Các yếu tố mô tả gồm tuổi, giới, trình độ, thâm niên, khoa, số người bệnh/điều dưỡng, đào tạo trong một năm và tần suất giám sát.

5. Thu thập và phân tích số liệu

Điều tra viên quan sát trực tiếp, đối chiếu hồ sơ và phỏng vấn ngắn theo phiếu. Số liệu được mã hóa, nhập và phân tích bằng SPSS 16.0 với tần số, tỷ lệ phần trăm. Do dữ liệu không có mã định danh để hiệu chỉnh các lượt quan sát lặp lại, các yếu tố liên quan chỉ được diễn giải theo xu hướng mô tả, không suy luận nhân quả.

6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được lãnh đạo và Hội đồng khoa học bệnh viện cho phép triển khai. Người tham gia được giải thích mục tiêu, quyền từ chối và nguyên tắc bảo mật; dữ liệu được mã hóa, không ghi tên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm các lượt đánh giá

Trong 384 lượt đánh giá, nữ giới chiếm 96,1%; nhóm tuổi 31-45 chiếm 68,5%; trình độ trung cấp/cao đẳng chiếm 84,9%; thâm niên trên 10 năm chiếm 40,1%. Có 45,3% lượt ghi nhận điều dưỡng phụ trách từ 10 người bệnh trở lên. Tỷ lệ đã được đào tạo trong vòng một năm là 97,7% và được giám sát trên ba lượt là 71,1%.

Bảng 1. Đặc điểm các lượt đánh giá (n=384)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	%
Giới tính	Nữ	369	96,1
Tuổi	≤30	82	21,4
	31-45	263	68,5
	>45	39	10,2
Trình độ	Trung cấp/Cao đẳng	326	84,9
	Đại học	58	15,1
Thâm niên	<5 năm	84	21,9
	5-10 năm	146	38,0
	>10 năm	154	40,1
Số NB/DD	<5	60	15,6
	5-<10	150	39,1
	≥10	174	45,3
Đào tạo ≤1 năm	Có	375	97,7
Giám sát >3 lượt	Có	273	71,1

2. Mức độ thực hiện chăm sóc

Kết quả chung có 32,2% nội dung đạt mức 1, 55,1% mức 2 và 12,7% mức 3. Trong chăm sóc cơ bản, hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt có tỷ lệ mức 1 cao nhất (58,9%); tiếp theo là chăm sóc tinh thần (38,0%) và tiếp đón (34,4%). Vệ sinh cá nhân thấp nhất (24,5%), sau đó là giấc ngủ (28,4%) và dinh dưỡng (28,9%). Toàn nhóm chăm sóc cơ bản đạt mức 1 là 35,5%.

Ở nhóm hỗ trợ điều trị và phối hợp, quản lý người bệnh có tỷ lệ mức 1 cao nhất (55,5%); quy trình kỹ thuật, phục hồi chức năng và quy trình chăm sóc chỉ đạt 28,4%-30,2%. Tỷ lệ mức 3 của nhóm là 14,1%. Truyền thông - giáo dục sức khỏe có 25,3% mức 1, 60,9% mức 2 và 13,8% mức 3.

Bảng 2. Mức độ thực hiện theo nhóm hoạt động chăm sóc

Hoạt động	Mức 1 (%)	Mức 2 (%)	Mức 3 (%)
Tiếp đón	34,4	57,0	8,6
Hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt	58,9	31,3	9,8
Dinh dưỡng	28,9	59,9	11,2
Giấc ngủ, nghỉ ngơi	28,4	59,6	12,0
Vệ sinh cá nhân	24,5	62,5	13,0
Chăm sóc tinh thần	38,0	54,9	7,1
Chăm sóc cơ bản chung	35,5	54,2	10,3
Quy trình kỹ thuật	28,4	55,7	15,9
Quy trình chăm sóc	30,2	55,5	14,3
Phục hồi chức năng	28,7	59,6	11,7
Quản lý người bệnh	55,5	30,2	14,3
Hỗ trợ điều trị/phối hợp chung	35,7	50,2	14,1
Truyền thông - giáo dục sức khỏe	25,3	60,9	13,8
Toàn bộ hoạt động	32,2	55,1	12,7

3. Tiêu chí nổi bật và khoảng trống

Lập và treo phiếu theo dõi, chăm sóc tại giường đạt mức 1 ở 83,3% lượt. Theo dõi và phối hợp xử trí bất thường hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt đạt 56,5% và 61,2%. Ngược lại, thông báo, dặn dò người bệnh trong quy trình kỹ thuật chỉ đạt 19,8%; hỗ trợ vệ sinh thân thể 20,8%; phổ biến an toàn người bệnh, kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng và phục hồi chức năng 21,9%. Khâu chuẩn bị thuốc, dụng cụ có tỷ lệ mức 3 là 21,9%.

Bảng 3. Một số tiêu chí có kết quả nổi bật hoặc cần cải thiện

Tiêu chí	Mức 1 (%)	Mức 3 (%)
Phiếu theo dõi/chăm sóc tại giường	83,3	16,7
Báo bác sĩ và phối hợp xử trí bất thường	61,2	11,2
Theo dõi hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt	56,5	8,6
Tôn trọng niềm tin, tín ngưỡng	55,5	6,5
Ghi hồ sơ bệnh án sau kỹ thuật	46,1	3,1
Thông báo, dặn dò người bệnh	19,8	19,5
Hỗ trợ vệ sinh thân thể	20,8	15,9
Giáo dục an toàn/KSNK/dinh dưỡng/PHCN	21,9	15,6
Chuẩn bị thuốc, dụng cụ	28,7	21,9

4. Một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ mức 1 giảm từ 48,3% ở nhóm phụ trách dưới 5 người bệnh xuống 34,7% ở nhóm 5 đến dưới 10 và 29,9% ở nhóm từ 10 người bệnh trở lên; mức 3 tăng từ 5,0% lên 15,5%. Nhóm được đào

tạo có 35,5% mức 1 và 11,2% mức 3, trong khi nhóm chưa đào tạo không có lượt mức 1 và có 44,4% mức 3. Nhóm được giám sát thường xuyên có tỷ lệ mức 1 cao hơn (37,7% so với 27,0%) và mức 3 thấp hơn (9,9% so với 17,1%).

Nhóm thâm niên trên 10 năm có 39,0% mức 1; nhóm trình độ đại học 37,9%. Khoa Hồi sức cấp cứu có mức 1 cao nhất (48,3%). Trong 115 điều dưỡng tại tám khoa, 53 người trực tiếp chăm sóc trong ngày khảo sát (46,1%); 31 người nghỉ có lý do và 31 người làm hành chính hoặc việc khác. Tỷ lệ trực tiếp chăm sóc dao động 23,1%-60,0%.

Bảng 4. Phân bố mức thực hiện theo một số yếu tố

Yếu tố/nhóm	Mức 1 (%)	Mức 2 (%)	Mức 3 (%)
Thâm niên >10 năm	39,0	50,6	10,4
Trình độ đại học	37,9	51,7	10,4
Khoa Hồi sức cấp cứu	48,3	46,7	5,0
<5 người bệnh/ĐD	48,3	46,7	5,0
5-<10 người bệnh/ĐD	34,7	54,7	10,6
≥10 người bệnh/ĐD	29,9	54,6	15,5
Đã được đào tạo	35,5	53,3	11,2
Chưa được đào tạo	0,0	55,6	44,4
Giám sát thường xuyên	37,7	52,4	9,9
Giám sát không thường xuyên	27,0	55,9	17,1

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy chăm sóc tại Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu chủ yếu ở mức 2, trong khi 12,7% nội dung vẫn ở mức 3. Do ngưỡng mức 1 được đặt từ 80%, tỷ lệ 32,2% mức 1 phản ánh số nội dung đạt chuẩn thực hiện cao, không phải tỷ lệ hoạt động được thực hiện. Tuy nhiên, các hoạt động liên quan an toàn, nhu cầu cơ bản và tự chăm sóc cần được hướng tới mức thực hiện ổn định, không chỉ ở ngưỡng trung bình.

So sánh giữa các nghiên cứu cần thận trọng vì khác đối tượng và công cụ. Bệnh viện Nhi đồng Thành phố ghi nhận mức hài lòng của thân nhân 88% [4], còn nghiên cứu này quan sát thực hành. Hài lòng cao vẫn có thể tồn tại cùng các bước chuyên môn chưa đầy đủ vì người bệnh khó nhận biết toàn bộ tiêu chuẩn. Tại Khối Ngoại

Bệnh viện K, tỷ lệ hoàn thành chung là 60,6% và một số nhiệm vụ liên quan tuổi, thâm niên, vị trí phân công, số người bệnh [5]. Cả hai nghiên cứu gợi ý chất lượng chịu ảnh hưởng đồng thời của năng lực cá nhân và tổ chức công việc.

Theo dõi hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt đạt tốt nhất vì gắn với diễn biến cấp tính và y lệnh. Quản lý người bệnh cũng có tỷ lệ mức 1 cao, chủ yếu nhờ phiếu chăm sóc tại giường. Tuy vậy, bàn giao đầy đủ vẫn chủ yếu ở mức 2, cho thấy có biểu mẫu chưa đồng nghĩa hồ sơ phản ánh đầy đủ nhận định, can thiệp và kế hoạch tiếp tục chăm sóc.

Vệ sinh cá nhân, ngủ nghỉ, dinh dưỡng và giáo dục sức khỏe có tỷ lệ mức 1 thấp. Mô hình này phù hợp với chăm sóc bị bỏ sót: khi thời gian hạn chế, điều dưỡng ưu tiên thuốc, thủ thuật và

xử trí cấp tính, trong khi nhu cầu cơ bản dễ bị trì hoãn [3]. Hỗ trợ vệ sinh thân thể chỉ đạt mức 1 ở 20,8%, đáng lưu ý vì liên quan thoải mái, phòng tổn thương da, nhiễm khuẩn và phẩm giá người bệnh. Chăm sóc dinh dưỡng đạt mức 1 là 28,9%; trong khi tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, 72,7% người bệnh cho biết được kiểm tra, giám sát chế độ ăn và 79,6% được hỏi tình hình ăn uống [7]. Khác biệt có thể do cơ sở chuyên khoa xem dinh dưỡng là điều trị cốt lõi, nhưng kết quả hiện tại vẫn cho thấy cần tích hợp theo dõi ăn uống vào giao ban chăm sóc.

Truyền thông - giáo dục sức khỏe chỉ có 25,3% mức 1. Nghiên cứu tại Thái Nguyên cũng ghi nhận tổ chức giáo dục sức khỏe thuộc nhóm năng lực đạt thấp [6]. Bệnh viện nên xây dựng nội dung ngắn theo bệnh thường gặp, áp dụng kỹ thuật nhắc lại để kiểm tra hiểu, ghi nhận nội dung đã tư vấn và phân công giáo dục từ khi nhập viện thay vì dồn vào thời điểm ra viện.

Số người bệnh/điều dưỡng là tín hiệu quản trị quan trọng. Tỷ lệ mức 1 giảm từ 48,3% ở nhóm dưới 5 người bệnh xuống 29,9% ở nhóm từ 10 người bệnh trở lên; mức 3 tăng hơn ba lần. Phân tích gộp toàn cầu xác định thiếu nhân lực và tăng số lượng hoặc mức độ nặng người bệnh là các nguyên nhân hàng đầu của chăm sóc bị bỏ sót [3]. Nghiên cứu tại Australia còn ghi nhận mỗi người bệnh tăng thêm trên một điều dưỡng liên quan với tăng odds tử vong nội viện 30 ngày trong phân tích phân nhóm; môi trường thực hành thuận lợi liên quan với giảm tử vong [9]. Nghiên cứu hiện tại không đo kết quả người bệnh, nhưng xu hướng giảm chất lượng khi tải người bệnh tăng phù hợp bằng chứng quốc tế.

Chỉ 46,1% tổng nhân lực điều dưỡng tại tám khoa trực tiếp chăm sóc trong ngày tổng hợp; phần còn lại nghỉ có lý do hoặc làm hành chính, nhiệm vụ khác. Đây là vấn đề cấu trúc sử dụng nhân lực hơn là trách nhiệm cá nhân. Cần lập kế

hoạch theo mức độ phụ thuộc và khối lượng công việc, giảm nhiệm vụ hành chính không cần kỹ năng điều dưỡng, chuẩn hóa điều phối tăng cường và theo dõi thời gian chăm sóc trực tiếp.

Đào tạo và giám sát cho thấy xu hướng tích cực, dù nhóm chưa tập huấn chỉ có 9 lượt. Kinh nghiệm trên 10 năm và trình độ đại học có tỷ lệ mức 1 cao hơn. Kết quả phù hợp với nghiên cứu ghi nhận điều dưỡng dưới 5 năm kinh nghiệm báo cáo chăm sóc bị bỏ sót nhiều hơn, nhất là chăm sóc cơ bản [8]. Tuy nhiên, nâng bằng cấp cần đi cùng cố vấn lâm sàng, môi trường thực hành và đánh giá năng lực thực tế. Khối lượng công việc kéo dài cũng có thể dẫn đến kiệt sức; phân tích gộp năm 2024 cho thấy kiệt sức liên quan với an toàn, chất lượng và hài lòng người bệnh kém hơn [10].

Nghiên cứu có các hạn chế: thực hiện tại một bệnh viện, chọn mẫu thuận tiện; đơn vị phân tích là lượt đánh giá nhưng không có mã định danh để hiệu chỉnh quan sát lặp lại; quan sát trực tiếp có thể gây hiệu ứng Hawthorne; công cụ chưa có dữ liệu giá trị và độ tin cậy; chưa liên kết mức chăm sóc với kết quả lâm sàng hoặc trải nghiệm người bệnh. Nghiên cứu tiếp theo nên sử dụng mã định danh, công cụ chuẩn hóa, phân tích đa mức theo khoa và bổ sung chỉ số kết quả người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Công tác chăm sóc điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu năm 2025 chủ yếu đạt mức trung bình. Theo dõi hô hấp, tuần hoàn, thân nhiệt và quản lý người bệnh được thực hiện tốt hơn; vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng, giấc ngủ, quy trình kỹ thuật và giáo dục sức khỏe còn nhiều khoảng trống. Kết quả có xu hướng giảm khi số người bệnh/điều dưỡng tăng và tốt hơn ở nhóm được đào tạo, giám sát thường xuyên. Bệnh viện cần phân bổ nhân lực theo khối lượng và mức độ phụ thuộc, giảm việc hành chính, chuẩn hóa

chăm sóc cơ bản và giáo dục sức khỏe, đồng thời duy trì đào tạo tại chỗ và giám sát cải tiến.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Phòng Điều dưỡng, lãnh đạo các khoa và các điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Lưu đã hỗ trợ nghiên cứu. Nghiên cứu không nhận tài trợ thương mại. Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ Y tế. Thông tư số 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Hà Nội; 2021.
- [2]. World Health Organization. State of the world's nursing report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. 166 p.
- [3]. Gong F, Mei Y, Wu M, Tang C. Global reasons for missed nursing care: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2025;72(1):e13096. doi:10.1111/inr.13096.
- [4]. Lê Thị Hồng Linh, Trần Hồ Trung Tín, Nguyễn Thị Bích Ngọc và cộng sự. Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6156.
- [5]. Nguyễn Thị Thanh Mai. Thực trạng công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên và một số yếu tố liên quan tại Khối Ngoại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;522(2). doi:10.51298/vmj.v522i2.4344.
- [6]. Nguyễn Thị Minh Hà. Đánh giá năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thái Nguyên năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538(2). doi:10.51298/vmj.v538i2.9479.
- [7]. Trần Thu Hương. Thực trạng công tác chăm sóc dinh dưỡng của điều dưỡng cho người bệnh đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;538(2). doi:10.51298/vmj.v538i2.9473.
- [8]. Mainz H, Tei R, Andersen KV, Lisby M, Gregersen M. Prevalence of missed nursing care and its association with work experience: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100196. doi:10.1016/j.ijnsa.2024.100196.
- [9]. Al-Ghraiyyah T, Lago L, Fernandez R, Sim J. Effects of the nursing practice environment, nurse staffing, patient surveillance and escalation of care on patient mortality: a multi-source quantitative study. *Int J Nurs Stud*. 2024;156:104777. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104777.
- [10]. Li LZ, Yang P, Singer SJ và cộng sự. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(11):e2443059. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.

SUMMARY

CURRENT NURSING CARE PRACTICE AND ASSOCIATED FACTORS AT QUYNH LUU GENERAL HOSPITAL IN 2025

This study described nursing care practice and selected associated factors at Quynh Luu General Hospital in 2025. A cross-sectional descriptive study was conducted from March to September 2025 using 384 observation-interview sessions involving nurses, midwives, and technicians in eight clinical departments. The checklist was developed from Circular 31/2021/TT-BYT and covered three care domains. Performance was classified as level 1 ($\geq 80\%$), level 2 ($50\% < 80\%$), or level 3 ($< 50\%$). Overall, 32.2% of assessed content was at level 1, 55.1% at level 2, and 12.7% at level 3. Respiratory, circulatory, and temperature care had the highest level-1 rate (58.9%), whereas personal hygiene (24.5%) and health education (25.3%) had the lowest. Level-1 performance decreased from 48.3% among nurses caring for fewer than five patients to 29.9% among those caring for at least ten patients. Better patterns were observed among staff who received recent training and regular supervision. Nursing care was predominantly at a moderate performance level. Workforce allocation, standardized fundamental care, bedside training, and supportive supervision should be prioritized.

Keywords: Nursing care, nursing workload, nurse staffing, health education, hospital.